

# Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Estudios Sociopolíticos y Jurídicos.  
Maestría en Política y Gestión Pública.



## **LAS DESIGUALDADES HACIA LAS MUJERES EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES. EL CASO DE CASA DE LA ESPERANZA, COMUNIDAD TERAPÉUTICA, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

---

Tesis que para obtener el Grado de  
Maestra en Política y Gestión Pública

**Presenta:** María Elvira Sandoval Sánchez

**Tutora:** Dra. Ana Georgina López Zepeda

Tlaquepaque, Jalisco. 17 de febrero de 2021.

## Resumen.

En Jalisco, el desconocimiento de los factores relacionados con las desigualdades de género ha dificultado la atención en el tratamiento para mujeres con problemas de adicción. La enfermedad de la adicción es un problema multifactorial que requiere un enfoque bio-psico-social (Sebastián, Losada y Márquez; 1995), puesto que además de la problemática orgánica y mental, existen otros factores psicosociales y culturales que inciden en su desarrollo, como los antecedentes de consumo en la familia, la disposición de drogas, el acceso a servicios públicos de luz, agua, transporte, entre otros.

La identificación de sucesos relacionados con las desigualdades estructurales no es suficiente, en nuestro estado, los factores relacionados con estas desigualdades de género, han dificultado que las mujeres con adicción accedan a tratamientos que incluyan esta perspectiva, al mismo tiempo que tienen escasas opciones de espacios de internamientos para su atención, lo que visualiza la inexistencia de políticas públicas que promuevan la transversalidad institucional de políticas de género.

El mostrar la brecha de las desigualdades de género y el que una mujer con problemas de adicción no logre acceder a un lugar donde se respeten sus derechos humanos y por consecuencia no se le brinden las oportunidades para el desarrollo pleno de sus facultades, muestra no sólo la invisibilidad de esta desigualdad en el marco de la salud, sino que socialmente se refuerza el estereotipo sexista que lentamente se va instalando como un suceso normal, a través del uso de la violencia como un mecanismo de sumisión con énfasis hacia las mujeres que padecen adicción, obstaculizándose así el desarrollo libre de sus capacidades por no lograr acceder a una justicia social por razón de género, raza o etnia.

El objetivo principal, es que a través del estudio de caso que propongo en Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica, es identificar los factores relacionados con la desigualdad de género que dificultan el acceso y la rehabilitación de mujeres con problemas de adicción.

El diseño de la investigación se proveerá de una metodología mixta, y se combinarán datos cuantitativos y cualitativos que se obtengan en el trabajo de campo.

Los datos cuantitativos partirán de un cuestionario aplicado a 10 residentes (internas) de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica. Los datos cualitativos se extraerán a partir de las entrevistas: a 2 profesionales del ámbito de la intervención en el tratamiento de adicciones. A 1 directivo y 1 operadora del ámbito de la intervención en el tratamiento de adicciones. Y a 5

mujeres de un grupo focal afectadas por el problema de la adicción. Además de un grupo de discusión con mujeres que padecen adicción.

Esperando lograr al finalizar esta investigación, visibilizar las desigualdades de atención que enfrentan las mujeres que padecen adicción y que ello contribuya a incidir en las políticas públicas y a la promoción de espacios que faciliten el acceso a una rehabilitación que garantice, durante su proceso, los derechos humanos.

Palabras clave.

Género, Adicciones, Violencia, Tratamiento, Política Pública.

## ÍNDICE

Introducción.....	5
<b>Capítulo 1. Planteamiento del problema y contextualización.....</b>	<b>7</b>
1.1 Panorama Estatal.....	13
1.2. Pregunta.....	18
1.3. Objetivo general.....	18
1.4. Objetivos específicos.....	18
1.5. Hipótesis.....	19
<b>Capítulo 2. Marco Teórico.....</b>	<b>20</b>
2.1. Sistema Sexo-Género.....	20
2.2. Sistema sexo-género en las adicciones.....	23
2.3. Transversalidad, Interseccionalidad y desigualdades de género.....	30
2.4. Los Derechos Humanos, el Enfoque de las Capacidades y la Teoría del Asco.....	35
2.5. Política Internacional y Nacional de drogas en la perspectiva de género.....	49
<b>Capítulo 3. Metodología.....</b>	<b>60</b>
3.1. Estrategia metodológica.....	60
3.2. Instrumentos aplicados: Cuestionarios y entrevistas.....	63
3.3. Análisis.....	65
<b>Conclusiones.....</b>	<b>79</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>91</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>105</b>

## **Introducción.**

A más de 21 años trabajando en el campo de las adicciones, he escuchado una diversidad de usuarias de drogas que han estado internadas en diversos establecimientos que brindan servicios de rehabilitación; ellas mencionan haber sido víctimas de diversos tipos de violencias como la psicológica, física, sexual y hasta legal. Estas violencias se manifiestan tanto en el ámbito familiar como en el espacio del centro de rehabilitación, con una preponderancia en la violencia sexual. También en estos establecimientos se visualizan las desigualdades en su atención: hay negación de visitas familiares, cuando estas mujeres son madres, existe omisión de que puedan ver o llamar a sus hijos, en ocasiones, se comparten regaderas y sanitarios con el sexo opuesto, hay sometimiento en beneficio de compañeros y directores, así como intercambio y relaciones íntimas a cambio de privilegios; entre otras irregularidades. Otras mujeres con problemas de adicción han sido víctimas de su propia familia y de algunos profesionales de la salud, mostrándose indiferencia o maltrato hacia las mujeres consumidoras de drogas que sean adultas mayores, que tengan hijos, que tengan una preferencia sexual lésbica o que ya desarrollaron algún trastorno mental y son tratadas despectivamente, pero no se derivan a otros servicios para su adecuada atención, porque ello representa dejar de recibir un pago económico. Estas violencias, prejuicios y desigualdades, crean un punto de vista que es determinante para que, las mujeres con adicción, reduzcan considerablemente la demanda para su atención, no la busquen y eviten ingresar a tratamiento por temor a estas violencias. Otro factor que se suma, es que la permanencia de las mujeres en programas de rehabilitación, su adherencia y el que concluyan su proceso, es menor en relación con los hombres. Cuando son madres, la propia familia les reprocha las dificultades que representa “el cuidado de sus hijos”, con énfasis en lo económico, lo que facilita que sea frecuente retirarles la custodia de los hijos, lo que provoca en ellas una desconfianza hacia los y las profesionales que obstaculizaron su rehabilitación, (Márquez, 2015).

Sumando a este listado de desigualdades, en Jalisco se omite incluir la perspectiva de género en los tratamientos de adicciones, no hay capacitaciones en torno a ello y son escasos (menos de 10) los establecimientos que dicen atender mujeres con adicciones, esta minoría de centros desconocen el enfoque de género y creen que, al recibir mujeres, queda implícita esta perspectiva. En una diversidad de establecimientos en nuestro Estado ingresan hombres, mujeres, adultos y adolescentes en los mismos espacios, sin anteceder adecuadamente con

evaluaciones clínicas. En estos espacios no hay una identificación de los orígenes ni de las necesidades particulares de mujeres adultas o adolescentes. Una desigualdad que, aunque queda descubierta, continúa siendo invisible en un marco de políticas públicas de salud y de derechos humanos.

Acción que parece opuesta a lo que institucionalmente propone el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en el cual a través del primer eje transversal promueve la igualdad de género, la no discriminación y la inclusión. Cuando son precisamente estos ejes transversales, los que hacen referencia a las características que agudizan los problemas a los que se enfrenta México y que por ende su atención debe estar presente en todas las políticas públicas.

## **Capítulo 1. Planteamiento del problema y contextualización.**

La Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) a través del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, en 2014 realizaron la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE), sus datos ofrecen un amplio panorama de la situación actual y las variables asociadas, como la oportunidad de exposición, las edades de inicio y las prevalencias de consumo. Este estudio marcó una referencia pues no existía un estudio similar en nuestro país desde 1991. El objetivo de esta encuesta era replantear las estrategias y acciones hacia las zonas y grupos en mayor riesgo, y precisamente con sus resultados, se buscó una mayor efectividad en la aplicación de las políticas relacionadas con la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social, acciones que se han ignorado en las políticas públicas de salud acarreando consecuencias severas como el aumento significativo del 1.3% al 2.9% entre 2002 y 2011, en la prevalencia de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida en la población con edades entre los 12 y 17 años de edad (ENA, 2011).

En el año 2016 a través de la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), se entrevistaron a 56,877 personas, de las cuales 12,440 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, lo que contribuyó a marcar una referencia en el consumo de drogas en la población total (12-65 años), en el aspecto de prevalencia de cualquier droga en el rango de “alguna vez”, anunciando un aumento de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016. En la población adolescente de 12 a 17 años, en la prevalencia, alguna vez de drogas ilegales, aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%: en el último año de 1.5% a 2.9%. De la misma forma, la mariguana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%).

Otra dificultad grave relacionada con las mujeres con problemas de adicción, es que la mayoría de ellas fueron inducidas al consumo de drogas por un amigo o por su pareja sentimental, cuando alguna de estas personas desaparecen o son aprehendidas, ellas ocupan el puesto de su pareja, ya sea para mantener el comercio de drogas o su consumo, recurriendo por lo tanto a la venta de drogas o a la prostitución, así como varias de ellas son sorprendidas intentando introducir droga para su pareja sentimental y son detenidas. Los delitos contra la

salud representan, el 13.5% de los delitos del fuero común por los cuales son ingresadas las mujeres y en los que prevalecen las modalidades de posesión simple y posesión con fines de venta.

Según los datos de los últimos años, en 2014, las mujeres que ingresaron por delitos de narcomenudeo fueron 940; en 2015, fueron 1,617 y, en 2016, se registró el ingreso de 1,911 mujeres. Se observa, por tanto, que la tendencia en la persecución de estos delitos ha ido al alza para las mujeres, mostrando una tasa de crecimiento del 72% para el 2015 y un incremento del 103,3% en los últimos dos años.

### **COMPARATIVA DE DELITOS CONTRA LA SALUD EN MUJERES.**

Prevalece la modalidad de posesión simple y posesión con fines de venta.

<b>COMPARATIVA DE DELITOS CONTRA LA SALUD (NARCOMENUDEO) EN MUJERES</b>			
<b>AÑO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
MUJERES EN PRISIÓN	940	1,617	1,911
% DE AUMENTO		172 %	118 %
<b>ALZA DE 2014 A 2016</b>			<b>203 %</b>

Fuente: Elaboración propia

Los últimos datos registrados sobre los ingresos de mujeres por delitos de drogas cometidos a nivel federal reflejan que 1,073 mujeres ingresaron en 2014; 1,242 en 2015 y 1,169 en 2016. Aunque hubo una disminución de los ingresos respecto del año anterior, la tasa de incremento fue del 15,75% para el año 2015 y del 8,9% para el año 2016.

<b>COMPARATIVA DE INGRESOS DE MUJERES POR DELITOS DE DROGAS A NIVEL FEDERAL</b>			
<b>AÑO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
MUJERES QUE INGRESARON	1,073	1,242	1,169
% DE AUMENTO		116 %	94 %
<b>ALZA 2014 A 2016</b>			<b>109 %</b>

Fuente: Elaboración propia

A nivel federal, los delitos contra la salud representan claramente la primera causa de privación de la libertad de mujeres, con el delito de posesión ocupando el primer lugar (INEGI, 2016).

En las variaciones estatales de la ENCODAT-2016 (Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco), Jalisco con 15.3%, Quintana Roo con un 14.9% y Baja California con 13.5%, son los estados que reportan los porcentajes más altos de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez, en la población de 12 a 65 años, con respecto a la prevalencia nacional que es del 9.9%.

La ENCODAT- 2016, concluye que tanto en Jalisco, Quintana Roo y Baja California, que son los estados con las más altas prevalencias, las acciones preventivas deben realizarse con mayor atención y celeridad.

**Comparativo porcentual del consumo de drogas entre la población de 12 a 65 años, cualquier droga:**

<b>Nacional</b>	<b>Jalisco</b>
10.3%	16%
Ilegales	
9.9%	15.3%
Marihuana	
8.6%	12.2%
Cocaína	
3.5%	6.9%
Estimulantes anfetamínicos	
0.9%	2%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, se define droga de impacto: “como la droga que el paciente identifica con más capacidad de producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral, que motiva

principalmente la demanda de tratamiento”. A diferencia de la droga de inicio que es “de acuerdo con la información aportada por el propio paciente, se refiere a la primera droga consumida” (SISVEA, 2017).

Observamos entonces que, en el año 2017, la droga de impacto en mujeres es el alcohol, siendo el municipio de Tonalá con un 43% el del mayor porcentaje de la Zona Metropolitana de Guadalajara, pero también este municipio tiene la problemática del consumo de cristal con un 27%. Esta sustancia, reportada como droga de impacto está presente en diversos municipios con porcentajes muy elevados: Ameca y Autlán con un 75% para cada uno, Zapotlán con un 66%, La Barca con 64.4%, Tepatitlán con 53%, Zapopan con 40.3%, Tlaquepaque 39.3% y Guadalajara con un 37%; es la metanfetamina conocida también como “cristal”, la droga de mayor impacto en Jalisco (SISVEA, 2017).

En el Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, del año 2017, se menciona que:

- La actividad que desarrollan los pacientes es el empleo estable en el 40%, existe diferencia en cuanto al género.
- Las mujeres acuden a tratamiento en forma más temprana que los hombres.
- En el género femenino no existe diferencia entre estudiante de tiempo completo, hogar y empleo estable.
- El nivel máximo de estudios es la secundaria, seguido por la primaria y sin diferencias en el género.
- En cuanto al estado civil, el 58% son solteros; hay diferencia en el género femenino, es más común en las solteras y en los varones, los casados.
- El 55% acude de manera voluntaria, es más frecuente en las mujeres por indicación médica y en varones por amigos y familiares.
- En el género femenino son más frecuentes el tabaco, opio, morfina, anfetaminas y los tranquilizantes, mientras que en los varones es más frecuente la heroína, la cocaína y las metanfetaminas.
- Las drogas de mayor consumo son el alcohol, metanfetaminas, tabaco, marihuana y cocaína.

- No existe diferencias en la edad de inicio en el consumo de drogas por género.
- Las principales drogas de inicio son el alcohol, tabaco, marihuana y metanfetaminas.
- Más del 90% que iniciaron con alcohol, tabaco, cocaína e inhalantes, consumen hasta una tercera droga.
- Las drogas de mayor impacto son las metanfetaminas (cristal) en la mitad de los casos.

Debemos conocer que la droga llamada “cristal”, es un estimulante poderoso y sumamente adictivo que afecta el sistema nervioso central. “La metanfetamina de cristal es una forma de droga con aspecto de fragmentos de vidrio o piedras blanco-azuladas” (NIDA, Metanfetamina, 2019), de ahí su nombre. Esta droga trae consecuencias más graves y en menor tiempo en las mujeres, además de ser altamente adictiva debido a que cuando se intenta dejar de consumirla se producen episodios de ansiedad, fatiga, depresión, psicosis y por lo tanto, fuertes deseos de volver a consumirla (NIDA, Metanfetamina, 2019); la negligencia pública en la atención a las consumidoras de drogas, está fortaleciendo la continuidad de la reducción de oportunidades en el campo de la salud y en la esfera social: familiar, académico, laboral, económico y en las relaciones interpersonales.

Uno de los motivos por los cuales se ha incrementado el consumo de drogas en mujeres, en particular en drogas estimulantes, está relacionado precisamente con la fisiología femenina, un estudio realizado por el NIDA, explica que las mujeres son más sensibles que los hombres a los efectos gratificantes y motivadores de las drogas estimulantes, por una hormona femenina llamada “estriadol”, que es la responsable del aumento en la sensibilidad a través de 2 receptores: el mGluR5 y el cannabinoide CB1R, a través de los cuales el estriadol aumenta, en el consumo de drogas, la euforia en las mujeres (NIDA, ¿Por qué las mujeres son más sensibles a cocaína?, 2019).

Conociendo el aumento de consumo de drogas en mujeres, ¿por qué entonces no existen suficientes investigaciones sobre adicciones y género en México? Se menciona en varios textos y en diversos países trabajar a favor de la erradicación de la violencia de género, mencionando mujeres y niñas, pero la indiferencia gubernamental propicia la escasez de centros especializados para mujeres.

Al no tener centros con la atención profesional para mujeres consumidoras de drogas, hecho que al menos en nuestro Estado, refuerza el estigma socio-familiar de que es una enfermedad individual (sólo la persona la padece) y se padece por una falta de voluntad para dejar de consumir (no es una enfermedad, es un problema moral, de valores). Esta opinión actual, en algunas sociedades y familias, reduce considerablemente las expectativas de una reintegración plena en el caso de estas mujeres.

Varios sucesos que muestran las desigualdades de la atención a las mujeres con problemas de adicción, como es la doble estigmatización, por una parte los estereotipos sociales de género y por la otra, la estigmatización de la propia familia; los escasos centros de tratamiento que hay en Jalisco para mujeres, el tratamiento de rehabilitación que les ofrecen no tiene la perspectiva de género femenino, a lo cual, las mujeres que logran y deciden internarse en algún establecimiento de adicciones, son asistidas con el mismo esquema de tratamiento para hombres, ¿será este hecho, otra forma de violencia contra las mujeres?.

Este tipo de violencia, el seguir ignorando su atención y tratamiento específico, puede dejarnos mayores efectos en la salud mental y en el ámbito social, el desarrollo humano de una mujer está ligado a estas oportunidades en todos los ámbitos, paralelamente estas mujeres tienen el mismo derecho a desarrollar sus capacidades sin distinción y sin ser revictimizadas (ONU, 2016).

Y si añadimos que algunas consumidoras de drogas no desean internarse por el temor de ser violentadas nuevamente durante su proceso de rehabilitación; además algunas de ellas creen, que su internamiento representa la oportunidad para sus familiares o autoridades de arrebatarles sus garantías legales como madres y comúnmente pierden su trabajo, su pareja, la custodia de los hijos, sus bienes y hasta su familia suele abandonarlas en su proceso, sólo se tienen a ellas mismas; faltan muchos efectivos para atender a víctimas de la violencia de género (Contreras, 2019).

## 1.1 Panorama Estatal.

El Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) es la instancia pública responsable de normar y de regular los centros que brindan servicios para la rehabilitación de adicciones a través del instrumento de la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones) que define adicción o dependencia como:

“es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (CONADIC, 2009; pág.16).

Por lo tanto, al referirme a una mujer adicta o con problemas de adicción, vamos a considerar a la persona que ya desarrolló una dependencia (física y psicológica) a una droga o sustancia psicoactiva, entendiendo por droga:

“cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo” (CONADIC, 2009; pág.18).

Y por sustancia psicoactiva o psicotrópica:

“la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol” (CONADIC, 2009; pág.24).

Cuando una mujer desarrolla una dependencia a alguna droga, se declara la enfermedad de la adicción, entonces hay que buscar lugares en los cuales de acuerdo a su problemática (con valoración médica, psiquiátrica y psicológica) pueda ser atendida y llevar un proceso “de recuperación”, que en teoría este proceso (esquema o plan de tratamiento) debe garantizarle íntegramente su reinserción a la sociedad.

Leyendo los registros 2013-2019 de la Red de Establecimientos especializados en adicciones del CECAJ, y haciendo un comparativo de ese sexenio, encontré que: en el año 2013, de 229 centros de rehabilitación, sólo un 15% funcionaban en apego a la norma NOM-028-SSA2-2009, la cual continúa siendo la normatividad vigente. En 2014 de 280 centros, 75 de ellos estaban debidamente registrados; para el 2015 se conocían 290 espacios de rehabilitación y un mínimo 20%, 56 de estos tenían un registro oficial.

En 2016 de 251 centros, sólo 72 tenían registro y para el 2017 sólo 38 grupos contaban con registro de un total de 169, deduciendo que no desaparecieron los 82 centros restantes del 2016, hay una alta probabilidad de que estos siguen operando y tal vez de forma clandestina. Refiriéndome a la función clandestina, como aquella carente del proceso de regulación por parte de las autoridades públicas y competentes para el funcionamiento legal del establecimiento.

Para el año 2018, el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) tenía datos de aproximadamente 300 centros de rehabilitación, de los cuales, sólo 31 contaban con su registro del CECAJ (Informe CECAJ, 2018).

Considerablemente en abril del 2019 el CECAJ publicó un listado con los centros de rehabilitación que cuentan con un “registro”, apareciendo para todo Jalisco solo 31 establecimientos; de estos, 7 mencionan dar tratamiento a población femenina, en rango de edades desde adolescentes hasta adultas. Si recordamos la cifra del 2015 de 290 centros, es visible que en Jalisco la mayoría de centros de rehabilitación no ofrecen “servicios profesionales, ni formales”, porque funcionan en desapego con la normatividad vigente y carecen de profesionales de la salud con cédula que avale su ejercicio profesional, hecho por el cual se dificulta el respeto de los derechos humanos de las mujeres adictas que son internadas en alguno de estos lugares, mostrándose la amplia brecha de desigualdad de género en la atención, ya que “en Jalisco de cada 9 adictos a narcóticos, cinco son mujeres” (Solís, 2019). Además, que la función pública o un servidor público no garantizan (se deslinda de su función de garante) en el respeto a los derechos humanos de una mujer con problema de adicción.

En nuestro Estado, este suceso llamó la atención no sólo en el campo de la salud, sino en el aspecto de la función pública que debe realizar el CECAJ, en cuanto a regular y normar estos establecimientos, cuestionándose la forma en la que esta autoridad estaba regulando, evaluando y capacitando al personal de los centros de rehabilitación; este dato se publica en un diario local, con el encabezado de: “sólo 1 de cada 10 centros, obtienen su registro” (Informador, 2019).

En el siguiente cuadro comparativo de centros registrados que brindan tratamiento de adicciones en Jalisco, observemos el aumento de apertura de estos espacios y la disminución de la función regulatoria por parte de la autoridad correspondiente (CECAJ). Comparativo del periodo 2013-2019 de centros con registro y el porcentaje de cumplimiento de la autoridad en el proceso de la regularización de los mismos.

**Cuadro 1. Centros registrados que brindan tratamiento de adicciones en Jalisco.**

AÑO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centros de rehabilitación Identificados	229	280	290	251	169	300	SIN DATO
Centros que cuentan con Registro de la autoridad competente	34	75	56	72	38	31	31
Porcentaje de cumplimiento de la función de regulación de Centros	15%	27%	19%	29%	22%	10%	SIN DATO

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 2. Representación porcentual de las opciones (espacios) para la atención de mujeres con problemas de adicción existentes en Jalisco, hasta el año 2019.**

AÑO	2019
<b>Total de Centros de rehabilitación identificados</b>	Desconocido
<b>Centros que cuentan con Registro de la autoridad competente</b>	31
<b>Porcentaje de cumplimiento de la función de regulación de los Centros</b>	Desconocido
<b>Centros con registro y que dicen atienden mujeres sin distinción de edad (adolescentes y adultas)</b>	7
<b>Porcentaje de opciones (espacios) en Jalisco para la atención de mujeres con problemas de adicción</b>	22%

Fuente: Elaboración propia

Frente a este mínimo 22%, lo que equivale a sólo 7 centros de un total de 31, cuyos directores expresaron dar atención a mujeres con adicción; aun así, estos procesos de rehabilitación son y refuerzan esquemas de tratamiento masculinizados<sup>1</sup>, lo que obstaculiza que éstas intervenciones sean afines con el género que se atiende<sup>2</sup>: mujeres; si el propósito perseguido es realmente que a través de un proceso de rehabilitación, se incida en la reinserción socio-familiar de las mujeres consumidoras de drogas.

Otro factor que ha frenado el enfoque de género, además de su desconocimiento teórico y profesional, es que en estos establecimientos se cree que, por el sencillo hecho de recibir e ingresar sólo a mujeres, queda implícita la perspectiva género y que los esquemas de

<sup>1</sup> Un esquema de tratamiento masculinizado, es porque toda la percepción, la mirada con la que se aborda la rehabilitación de adicciones es a favor del hombre y se empodera la figura masculina.

<sup>2</sup> En Jalisco, los tratamientos de rehabilitación para mujeres los ofrecen hombres, algunos con escolaridad básica y con el respaldo del dueño del grupo por haber concluido su rehabilitación en ese centro. Tratamientos en los cuales hombres y mujeres comparten instalaciones y grupos terapéuticos, con prioridad hacia los hombres por ser mayoría de internos.

tratamiento funcionan con los mismos resultados ignorando la condición del sexo. Además, se debe perseguir que, a través de la rehabilitación, aún, con el paso del tiempo se mantenga la abstinencia a cualquier droga (legal e ilegal) y se muestre así una mejora en la calidad de vida, que destaquen los factores de salud física y mental de las mujeres que egresen de estos tratamientos.

El reto de la atención es mayor cuando estas mujeres son madres y son económicamente responsables de la manutención de sus hijos, y que esta condición en relación a un hombre, convierte su rehabilitación en un proceso más complejo y lento (pausado). En el caso de los varones, reciben más apoyo familiar y social (Sánchez, 2006).

Frecuentemente la familia de la madre que se interna para rehabilitarse, ya no puede o no quiere seguir con el cuidado ni con la manutención de los infantes, por lo que, en estas familias, el proceso de rehabilitación de estas mujeres pasa a un segundo plano. La prioridad en esa familia, es ahora el factor económico; se presiona por los ingresos monetarios para la manutención y gastos de los hijos de las mujeres madres que decidieron internarse, vertiendo quejas innecesarias del aporte económico que la residente o interna debe dar, así como temas de coacción en el sentido de los gastos que representan su recuperación y la manutención de sus hijos.

También dentro de esta exigencia económica familiar, cuando no se cumple en un breve tiempo y de forma satisfactoria, de acuerdo a la cantidad que la familia considere proporcional para el cuidado de los “hijos de”, con frecuencia, la familia suele lanzar amenazas de retirar la custodia de los menores por varios aspectos: uno de ellos es que al no aportar económicamente se relaciona con el hecho de no tener la solvencia monetaria para mantener a sus hijos y el segundo de ellos (lo que la familia pasó a un segundo plano) es evidenciar el problema de adicción, situación que la familia expone como una incapacidad para la crianza sana de sus hijos.

En este mismo campo económico, cuando la residente o interna no tiene hijos, la familia considera muy elemental que ella trabaje para su manutención o de lo contrario, continúe con sus estudios para lograr su independencia económica. Estas opciones de reincorporación familiar, académicas y/o laborales son extremadamente limitadas cuando se trata de una mujer

adulta mayor con adicción, pues a pesar de que estas mujeres tengan hijos, entre ellos no se comparten las responsabilidades para la atención y el cuidado de la madre, mucho menos se comparten gastos para la rehabilitación. Las cargas familiares no compartidas es otro factor añadido de riesgo para las mujeres drogodependientes (Mosteiro & Rodríguez, 2005; pág.15).

La recuperación de una mujer con problemas de adicción requiere analizar y valorar además de los aspectos de salud física y mental, el mayor fragmento de su contexto social y familiar, para generar en la interseccionalidad, las mayores oportunidades de reinserción. Este enfoque de interseccionalidad, obliga de manera urgente la creación de políticas públicas que contemplen el enfoque de género con la temática de mujeres y adicción.

“La mujer con consumo abusivo o dependencia a sustancias psicoactivas, además de la pérdida de recursos personales, familiares y sociales...soporta un diferente juicio social por la asignación del rol de género; de hecho, el uso de drogas ilegales es visto en la sociedad con mayor desviación en la mujer que en el varón....así el consumo abusivo de sustancias y/o la drogodependencia no es un fenómeno homogéneo; los recursos y capacidades personales, familiares y sociales mantienen una perspectiva individualizada de los problemas tanto en las mujeres como en los hombres” (Mosteiro & Rodríguez, 2005; pág.15) .

## **1.2 Pregunta.**

¿Cómo operan las condiciones de desigualdad hacia las mujeres con problemas de adicción, en el caso de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica?

## **1.3 Objetivo general.**

Identificar los factores relacionados con la desigualdad de género que dificultan el acceso y la rehabilitación de mujeres con problema de adicción.

## **1.4 Objetivos específicos**

1.4.1 Identificar los factores de desigualdad de género en la incidencia en el menor acceso de rehabilitación de mujeres con problema de adicción.

1.4.2 Identificar los factores de desigualdad de género en la incidencia en la menor permanencia en los procesos de rehabilitación de mujeres.

### **1.5 Hipótesis.**

La falta de atención en el acceso y permanencia en los procesos de rehabilitación hacia las mujeres, tienen que ver con las desigualdades de género y la falta de perspectiva transversal en género y derechos humanos.

## **Capítulo 2. Marco Teórico.**

### **2.1. Sistema Sexo-Género.**

Es importante distinguir los conceptos que fueron construyendo epistemológicamente el enfoque de género y cómo llegamos a la consolidación de lo que también en la actualidad conocemos como perspectiva de género. A lo largo de la historia el concepto de género ha ido ganando terreno, aunque simultáneamente ha ido adquiriendo diversos significados, estos significados o simbolismos van a depender o están sujetos a los contextos en los cuales se usa el término.

La Dra. Martha Leñero (2010) explica que, no porque alguien nazca siendo hombre o mujer significa un comportamiento como tal “femenino o masculino”, respectivamente. Estas opiniones culturales pueden ser ocasionalmente incorrectas. Es claro que sexo y género son dos conceptos muy diferentes y que debemos evitar usarlos como sinónimos (mismo significado). La diferencia física-sexual es un concepto básico para entender la base sobre la cual se construye el criterio de género, seguido de los estereotipos de lo que simboliza “femenino y masculino”. Los estereotipos son “las preconcepciones, generalmente negativas y con frecuencia formuladas inconscientemente, acerca de los atributos, características o roles asignados a las personas, por el simple hecho de pertenecer a un grupo en particular, sin considerar sus habilidades, necesidades, deseos y circunstancias individuales” (CONAPRED, 2016; pág.19).

El “sexo” está definido como “una variante biológica que diferencia a miembros de una misma especie en hombres y mujeres” (UNAM, 2010; pág.9). Por lo que entenderemos por “género”: “la fabricación cultural e histórica de lo femenino y lo masculino, la cual determina el tipo de comportamientos considerados como femeninos y masculinos” (Lozano & Montalvo, 2005). Por este tipo de estereotipos es que llegamos a tener problemas socioculturales, es decir, en nuestra sociedad a una mujer se le estereotipa a ser una persona de cierto carácter (amable, afectiva, sumisa, otros) y un hombre con carácter opuesto (independiente, activo, fuerte) y esto lo que ha provocado es reforzar los casos de desigualdad de género, reconociéndose como el

factor clave para lograr la igualdad, el reconocer las capacidades de mujeres y de hombres sin importar su sexo.

Leñero (2010) menciona que, cuando se habla de discursos de género, se han logrado provocar muchas confusiones, ya que este término ha adoptado diferentes significados, muchas veces erróneos. Es erróneo pensar que los temas de “género” solamente tienen que ver con mujeres o que, por mencionar a las mujeres, ya se da un enfoque de género. El género se trata de una construcción cultural determinada por el contexto histórico, no por un rasgo biológicamente determinado (UNAM, 2010).

Al limitarse una función o rol de acuerdo al sexo se denomina “sexismo”, término presente en todas las instituciones y ha sido equivalente al término de “racismo”, donde se discrimina y excluye a las personas en función de sus rasgos y características raciales. Este término existe cuando hay una jerarquización y desigualdad socio-cultural que ha sido sustentada en la diferenciación entre los sexos. El sexismo violenta el ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad, de la identidad personal y de la identidad sexual, a elegir ser como individualmente queramos ser, de conformidad con nuestros caracteres físicos e internos, nuestras acciones, valores, ideas y gustos. Es por ello que adyacentemente con los estereotipos de género (asignación de roles y funciones para los sexos) se van construyendo los sesgos de género; lo que implica la coacción de prácticas y representaciones sociales que favorezcan los estereotipos, muchos de los cuales suelen encontrarse en los discursos. Es el sexismo se rige por una práctica muy peculiar: el sometimiento de las mujeres. Si en nuestra realidad se nos otorgara la libertad de hacer cualquier cosa, si estuviera abierto otro medio de vida o de ocupar nuestro tiempo y nuestras facultades, en verdad habría más mujeres dispuestas a rechazar la ocupación “natural” asignada para nosotras.

Para Nussbaum el “sexismo es un conjunto de creencias. El sexista cree que las mujeres son inferiores a los hombres, menos aptas para toda una serie de funciones importantes. También es posible que el sexista crea que la naturaleza dicta que los hombres son los más adecuados para trabajar y para la política, y que las mujeres lo son para los roles domésticos” (Nussbaum, M., 2019; pág.200). Por eso el sexismo va de la mano con la “misoginia”, etimológicamente significa “odio hacia las mujeres” y este concepto en un plano social es mucho más amplio, llega a ser un mecanismo de imposición de normas, un conjunto de comportamientos dirigidos a mantener a las mujeres “a raya” y en “su lugar”; la misoginia es una imposición intencionada y decidida de unos privilegios de género, determinación que en ocasiones puede obedecer al

odio y que normalmente se acompaña de “unos sentimientos paternalistas benevolentes. Su causa primaria es el interés propio, unido a la angustia por la potencial pérdida” (Nussbaum M. C., 2019; pág.205).

Es importante mencionar que, no se trata de que las mujeres asuman roles masculinos ni los hombres femeninos, sino que el enfoque de igualdad de género nos permita edificar proyectos de vida equitativos y libres de estos estereotipos. Se trata de al menos, aspirar dejar de ver a la mujer como la “encarnación del cuerpo físico” con el hereditario deseo humano de “trascender lo meramente animal”, dejar de caracterizarlas como seres más físicos y corporales que los hombres (Nussbaum M. C., 2012). Por el hecho de que las mujeres den a luz, menstrúen y seamos receptoras de los fluidos sexuales de hombres, naturalmente se nos conecta con el parto y el sexo, proyectándose en ellas la angustia humana que produce nuestra “naturaleza física y mortal” (Nussbaum M. C., 2012); esa angustia humana es la que nos convierte ante los demás como sociedad, en suciedad, fluidos y muerte (Nussbaum M. C., 2012), este temido vínculo simbólico por el cual el hombre considera que una mujer debe ser relegada, no a cualquier relego, sino a un ámbito de preferencia doméstico y estar estrechamente vigilada, sus funciones fisiológicas deben de la misma manera ser controladas con una ávida obsesión (Nussbaum M. C., 2012).

Para poseer este enfoque o una visión diferente acerca de lo femenino, es indispensable empezar a incluir en todo momento la perspectiva de género y así, enfocar nuestra mirada para descubrir los estereotipos de género y las desigualdades sociales que se promueven. Dejar de mirar como algo normal las “etiquetas” o estereotipos en los sexos. La adopción de esta perspectiva nos regala una forma distinta de observar, de analizar y de acceder a debatir las situaciones sociales y culturales entre mujeres y hombres. Principalmente en el tema de consumo de drogas, no perder de vista la tan anhelada “feminización de la adicción” y empezar a reflexionar de forma integral:

- ¿Cómo percibimos y cómo valoramos las diferencias y desigualdades de género en los diferentes espacios: ¿casa, escuela, trabajo, otros?
- ¿Qué papel desempeñan las mujeres y cuáles son sus contribuciones en sus diversas etapas? madre, pareja, empleada, otros.
- Proponer en distintos ámbitos sociales actividades colectivas en la que las tareas y funciones no se dividan tajantemente entre lo que debe ser el rol de una mujer y el de un hombre, dejar de fragmentarnos como sociedad y dividirnos por cuestión de sexo.

Nos queda claro que el género al ser una construcción social puede cambiar con el paso del tiempo, el sexo no, siempre y cuando la persona así lo decida y es en esta pequeña palabra donde pueden gestarse varios problemas, pues las diferencias llegan a construir las desigualdades en torno a debatir en nuestra sociedad ¿cómo debe ser un hombre o una mujer, y cómo debe conducirse cada uno de ellos? ¿Cuál es el rol o la función social de un hombre o de una mujer?, y si este rol no se cumple ¿Cuál es la sanción para cada sexo? ¿Cuál es la sanción (castigo) para un hombre o una mujer con adicción?; las mujeres consumidoras de drogas, ¿son ignoradas para construir opciones de soluciones en el ejercicio de su derecho a la salud y son invisibles en las políticas públicas? A pesar de que las estadísticas muestran un aumento en el consumo de drogas en mujeres y en adolescentes ¿Por qué en Jalisco, aún no se incluye la perspectiva de género en los esquemas de tratamiento?

## **2.2. Sistema Sexo-Género en las adicciones.**

Es insuficiente creer que un logro de la igualdad relacionado con las oportunidades de tratamiento con perspectiva de género, sólo considere el hecho de abrir espacios –centros- para la atención de mujeres adictas, además se tiene la necesidad de generar las políticas públicas que contemplen esta perspectiva en los esquemas de tratamientos.

Descifrar que es a través de este proceso de rehabilitación que debemos incidir no sólo en la reinserción social, entendiendo esta como el hecho de mejorar, reducir o erradicar los causales o motivos que llevaron a una mujer a consumir drogas, causales que describiré próximamente Sino que conjuntamente estos tratamientos deben promover lo que Martha Nussbaum (2012) nombra “justicia social”; término que más adelante describiré como una acción y un espacio igualitario, en el cual se accede y se garantiza el desarrollo pleno de las capacidades de las mujeres internadas. Contrariamente al bloquearse y negarse estos escenarios para el desarrollo de dichas capacidades, estaremos entrando al campo de la teoría del miedo, accionada con una teoría básica del asco, la cual da origen a la acción de la discriminación, reacción de asco hacia personas con determinadas características sociales y por ello son miembros de grupos considerados minoritarios (Nussbaum M. C., 2019).

En base a un análisis de autobiografías de residentes de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica Femenil, logro identificar las siguientes causales, que son los motivos de consumo

de mujeres experimentados de forma continua y cíclica, repitiéndose algunos de estos causales como si fueran “hechos generacionales” (pasan de una generación a otra, por lo común de madre a hija). En la medida que se logre quebrantar directa e indirectamente alguno de estos motivos de consumo, podremos equitativamente, ir disminuyendo los efectos o daños colaterales del consumo de drogas en mujeres, como el caso de la violencia de género.

La enfermedad de la adicción es multifactorial, pues en ella se mezclan causas de índole social, familiar y personal, éste último alude a la mujer, como la condición de género femenino. A continuación, describiré en los ámbitos social, familiar e individual, los causales o motivos que como factores de riesgo pueden anticipar la adicción (ciclo que revisamos anteriormente) y que se correlacionan de lo general a lo particular, de lo social a lo individual.

En lo social, iniciaré por los estigmas sobre las mujeres con problema de adicción – entendiéndose estos señalamientos como una expresión de discriminación-; así como la falta de establecimientos en Jalisco que traten a mujeres adictas desde el enfoque de género; la ausencia de capacitación en el tema de género y adicciones, desde dos vertientes, capacitar a las instituciones públicas en fortalecimiento de la cultura de transversalidad y en segundo plano ellas capaciten a instancias privadas para promoción de la interseccionalidad; así como la falta de una cultura institucional sobre la transversalidad que visibilice los efectos colaterales de la violencia de género como los feminicidios, actos que bloquean el acceso de las mujeres a procesos de rehabilitación libres de violencia y a su permanencia en ellos.

Comunitariamente hay una facilidad para adquirir las sustancias, aunque sabemos existen reglamentos para la no venta a menores de edad de solventes (inhalantes), de bebidas con alcohol y de tabaco, observamos como ciudadanos el fácil acceso a estas sustancias; por mencionar un ejemplo está la venta de drogas legales (alcohol y tabaco) en el Auditorio Benito Juárez durante la celebración de las Fiestas de Octubre, su venta no requiere presentar identificación y al ser un espacio abierto y familiar, se debe considerar que las gradas no evitan que un niño inhale el humo del tabaco de la persona que está sentado a su lado.

La presencia de comunidades marginales ubicadas en la periferia de Guadalajara con falta de servicios públicos: luz, agua, drenaje, transporte, escuelas, entre otros; lo que conlleva a ir formando zonas caóticas, de una diversidad de conflictos por lo que también se les nombran “zonas expulsoras”, que son ambientes sociales donde existe una mayor vulnerabilidad que

aumenta la probabilidad (predispone) a que los infantes, adolescentes y adultos que crecen en esa “zona o ambiente” opten por consumir drogas y/o desarrollen conductas violentas, siendo más factible en este contexto la aparición de pandillas, de grupos de adictos o de grupos delincuenciales, estos grupos rivalizan (pelean) con otros, de la misma localidad o localidades (colonias o barrios) vecinos.

Otros causales sociales o comunitarios es el tener amigos consumidores y la apatía por parte de autoridades (en sus diversos niveles locales, municipales y estatales), que dejan en abandono a estas localidades (zonas expulsoras) con la falta de caminos (calles y banquetas), falta de vigilancia y de luminarias públicas; lo que probablemente (por pláticas con personas de una zona caótica) conlleva a que los residentes locales recíprocamente respondan a la autoridad con el incumplimiento de normas, violación de reglamentos y leyes, propiciando de forma colateral, el aumento de suicidios, homicidios y muertes tanto prevenibles, como prematuras y violentas. Los contextos discriminados generan además de aumento de violencia, grupos de “asco” y de odio (Nussbaum M. C., 2019). Todo lo anterior es un obstáculo visible para la reconstrucción de comunidades socialmente equitativas y propositivas.

En lo familiar, diversas situaciones que ahí se presentan, tienden a repetirse transgeneracionalmente; por ejemplo, la desinformación de los padres en torno a los temas de adicciones y género, desborda el estigma sobre la enfermedad de la adicción y entorpece la decisión para que una mujer consumidora acuda por ayuda profesional y acepte el internamiento.

De acuerdo al Anuario del Instituto de Adicciones de Salud en Madrid, hay ciertas características de la dinámica familiar propias de las mujeres drogodependientes:

1. Cuando salen de su casa a una edad más temprana y aun viviendo en casa manifiestan un mayor nivel de autonomía. (Rodríguez, M., 2001).
2. La familia no suele enterarse directamente por la hija del consumo, sino a través de situaciones límite o hechos fortuitos. En algunas situaciones aun mostrando síntomas claros de deterioro (pérdida de peso, de hábitos de higiene y alimentación, hábitos de vida irregular) no se producía la petición de ayuda ni la detección por parte de los padres del problema (Rodríguez M. 2001).
3. Es habitual encontrarnos con mujeres drogodependientes que no cuentan a su madre el problema (sienten vergüenza, ven a su madre muy sobrecargada, etc.) y a madres que

no detectan el consumo de sus hijas o a quienes les resulta más difícil tolerar la adicción. Ambas refieren frecuentemente falta de una relación íntima y de confianza.

4. La madre suele vivir el consumo como una transgresión que afecta a su rol en los aspectos de educación y crianza y a la continuidad de la familia, ya que ambas (madre e hija) comparten la misión de estabilizar las relaciones intrafamiliares (Walters, M. 1988).
5. El consumo de drogas es vivido además por la madre, como un fracaso muy grave en la crianza y educación de su hija (Mosteiro & Rodríguez, 2005).

En estas familias es más fácil se adopte la adicción cuando uno o ambos progenitores fueron o son consumidores de sustancias; cuando alguna de las figuras paternas son mental y emocionalmente inestables; cuando existe violencia familiar y el nivel de estudios de los padres es el básico (primaria-secundaria), las madres en este contexto, fueron madres adolescentes, algunas fueron víctimas de violaciones y abusos, repitiéndose el ciclo de la misma forma cuando los padres tenían que irse a trabajar largas jornadas y la madre tener que apoyar económicamente; cuando hay un bajo ingreso económico familiar y hay desempleo, ello conlleva a una ausencia física de los padres, porque tienen que salir a trabajar o por cuestiones legales (separaciones, divorcios, abandonos); en este punto es muy difícil separar las causas familiares de las individuales, porque una lleva a otra y en el ciclo repetitivo se mezclan. La participación de la familia en el tratamiento es considerada por Coleman como un indicador de evolución más favorable frente a la intervención sin apoyo familiar (Mosteiro & Rodríguez, 2005).

En lo individual se aprecia cómo se compromete la personalidad, porque a veces frente a estas situaciones, las hijas (aunque sean adolescentes) también necesitan salir a trabajar, hecho que facilita el abandono de los estudios, repitiéndose el patrón de deserción escolar y quedarse con un nivel básico de estudio (primaria o secundaria), igualmente como sus padres. En un futuro estos estudios básicos se verán reflejados y gestarán bajos ingresos económicos a la familia, además de elevar la probabilidad de repetir el ciclo cercano a la condición de “desempleo”.

Al mismo tiempo de reproducirse un patrón de baja escolaridad que facilitan los problemas de economía familiar, particularmente en las hijas, en el ámbito privado en mi trabajo con mujeres drogodependientes, he observado cómo se repiten los casos de abusos físicos y

sexuales (violaciones), cometidos por parte de un familiar o de la pareja, aumentando el riesgo de un embarazo en adolescentes, un embarazo no deseado y la transmisión de infecciones sexuales. Estas mujeres y a veces adolescentes, deben enfrentar la presión social (compartida, disminuida o aumentada) a través de la búsqueda de amistades o parejas relacionadas con drogas (consumo o venta) desarrollando también un trastorno por codependencia (Noriega, 2017).

Algunas veces, frente a una hostilidad socio-familiar, para algunas mujeres el consumo de drogas aligera sus problemas emocionales, la baja autoestima, la depresión, disminuye la ansiedad y sus temores (miedos). Recordemos que consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, también se valora de diferente manera según contexto social y familia. Para los primeros su consumo puede ser visto como una conducta “natural, social y culturalmente aceptada”, mientras no muestre conducta violenta o antisocial. Motivo por el cual las mujeres con problema de adicción “toleran” un mayor rechazo social, que se identifica en un menor apoyo familiar o social (Sánchez, 2006; pág.12). Esta tolerancia social femenina acelera los daños que ocasiona el consumo de drogas.

El dejar de atenderlas oportuna y profesionalmente, junto con el seguir minimizando la perspectiva de género en el tratamiento de adicciones, agrava la salud mental de las usuarias.

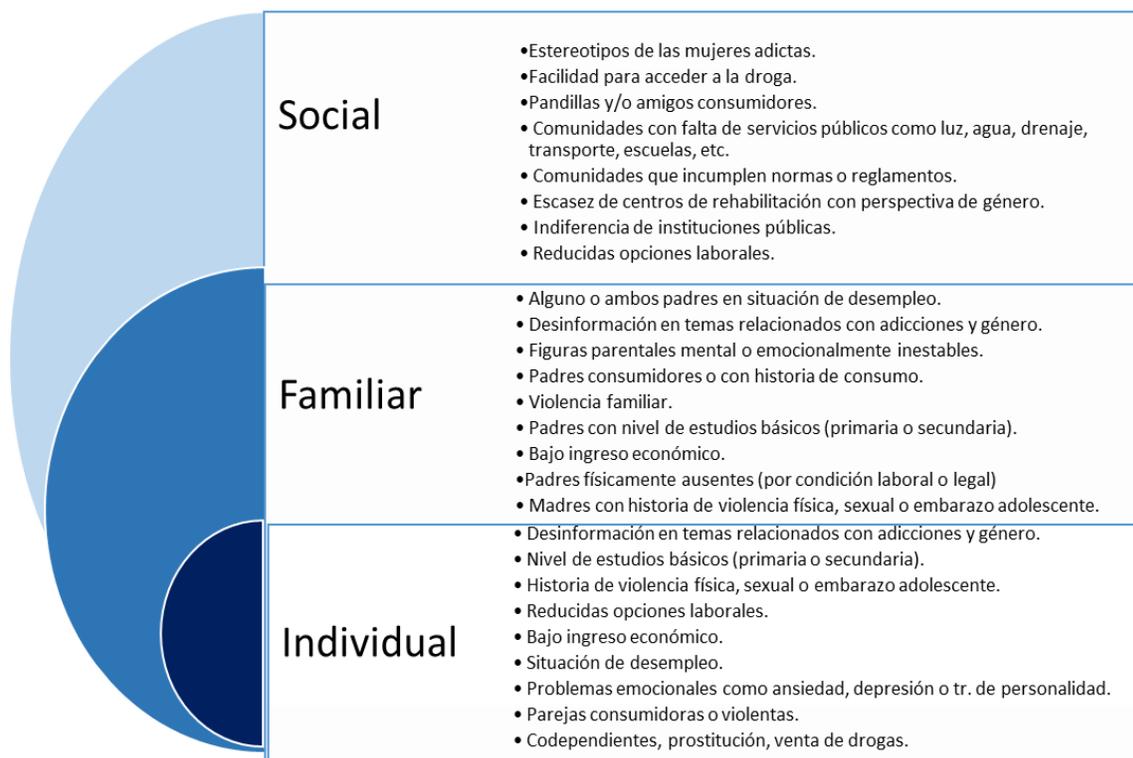
Las mujeres que ingresan a tratamiento para el abuso de drogas a menudo tienen problemas complejos, como una baja auto-estima, depresión u otros trastornos de salud mental; a pesar de que el consumo problemático de drogas sea mayoritariamente masculino, las mujeres con consumos problemáticos existen y el hecho de que su presencia sea minoritaria ha tenido como efecto la invisibilización de su presencia, sus necesidades y sus especificidades (Cantos, 2016); estas mujeres constantemente están en relaciones abusivas (codependientes), tienen poco acceso a servicios médicos, de salud mental y de asistencia social; no hay las capacidades cognitivas para acceder a trabajos de bajo riesgo <sup>3</sup>; y al tener algunas de ellas,

---

<sup>3</sup> Son aquellos empleos en los cuales, por su natural ejecución, presentan situaciones que se consideran de “riesgo” para la obsesión del consumo, como el manipular efectivo, ambientes con presencia de sustancias incluyendo alcohol y tabaco; horarios libres o abierto (normar a través de un horario); caminos inseguros y se debe valorar el uso de cierto equipo, herramientas y maquinaria pesada.

preocupaciones y distracciones relacionadas con la custodia de sus hijos, no desarrollan adherencia ni permanencia a los tratamientos.

## ALGUNOS CAUSALES EN MUJERES CONSUMIDORAS DE DROGAS



Fuente: Elaboración propia

En base al estudio de documentos como autobiografías, planes de tratamiento y expedientes de residentes, que posteriormente fueron entrevistadas, se identificaron estas probables causas que motivan a una mujer a consumir drogas, la adicción no es un suceso aislado y que actualmente a nivel nacional en lo que respecta a mujeres, estamos observando. En el tema de alcohol y de acuerdo a datos del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), una mujer por cada 11 hombres desarrolla síndrome de dependencia al alcohol.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), también arrojó información preocupante: la dependencia a la bebida entre los hombres se duplicó, mientras que en las mujeres se triplicó. En el tema de tabaco México ocupa el sexto lugar a nivel mundial en número de

fumadores y el segundo en fumadoras, la edad de inicio para el consumo del tabaco se encuentra ahora en los 14.1 años.

La ENA, 2011 muestra en el factor de prevalencia de drogas, principalmente marihuana y cocaína que en las mujeres se incrementó, pasando del 2.1% al 3.0%. y específicamente en el abuso de sustancias como psicofármacos, las mujeres indicaron utilizar psicofármacos para calmar entre otras condiciones, la tensión producida por la situación psicosocial en que viven, como sentir un estado de discriminación, en un sentido más general.

De acuerdo a un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) y publicado en la revista Salud Mental, la mitad de las mujeres que consumen alcohol todavía son dependiente, pero “solicitan ayuda debido a la intolerancia social hacia la mujer alcohólica” y a que tienen una percepción diferente de la gravedad de la enfermedad (CIMAC, 2006).

La Secretaría de Salud Federal expresó que en las mujeres siempre están presentes el deseo de dejar de beber y los esfuerzos para lograrlo, contrario a los hombres que optan por abandonar o reducir sus actividades, para dedicar gran cantidad de tiempo a conseguir alcohol o a salir de sus efectos (CIMACNOTICIAS, 2006).

Recordando un poco los causales del consumo de drogas en mujeres, vimos que es muy común buscar parejas consumidoras de drogas y que desarrollan además un trastorno emocional por codependencia, es así como también debido a este causal, va en aumento las mujeres que entran en prisión por una sumisión y en el nombre “del amor” acceden a traficar con drogas; estas relaciones codependientes se fundamentan en el temor de perder a la pareja con la cual se consume y crece el temor de quedarse solas.

Las relaciones basadas en una dependencia enfermiza se les conocen como "amor adictivo" o "codependencia", la cual es más fuerte y se agrava conforme pasa el tiempo. La investigadora Gloria Noriega Gayol (2017) indica que el factor de riesgo más alto para desarrollar codependencia es precisamente creer y asumir el "guion femenino de sumisión", una historia familiar de maltrato emocional o de tipo sexual y mujeres que han sufrido de pérdidas tempranas (separación, abandono o muerte) comúnmente denominado "crecer rápido" (Noriega, 2017).

Varios estudios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) y de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), también indican que son las mujeres las que acuden con menor frecuencia a solicitar ayuda médica o profesional ante estos problemas y que los hombres lo hacen de forma más oportuna. Para una mujer con problemas de adicción es de vital importancia contar con el apoyo familiar, para lograr reconocer su problema de adicción (aceptarlo) y permitir la ayuda (CIMAC NOTICIAS, 2006).

### **2.3. Transversalidad, interseccionalidad y desigualdades de género.**

Cuando una intervención incluya el enfoque de género, es importante distinguir las necesidades propias de cada sexo para brindar de forma adecuada su atención. En este aspecto cuando las raíces feministas y de la política pública suscitan la construcción de programas, propuestas o soluciones de género, exhibirán dos términos que son indispensables y se entretengan: la transversalidad y la interseccionalidad; ambas al considerarse dentro de un enfoque integral pasan a ser piezas indispensables en los temas de índole político o social.

El tema de género para poder ser parte fundamental de cualquier política que se dirija a alguno de los sectores públicos, debe empezar por erradicar que este sea un tema de bandera política sexenal, es necesaria la inclusión de todas las áreas para funcionar en base a esta perspectiva y que todas las dependencias incluidas, asuman responsablemente este enfoque en sus programas y acciones a fin de erradicar en todas (o el mayor número posible) de las áreas de gobierno, la desigualdad de género. Así como también la funcionalidad de estos programas o acciones deben verse reflejados en la planeación presupuestal, no podemos operar o hacer que un programa funcione cuando queda excluido de un presupuesto que asegure su operación y mantenimiento. La inclusión del género en los presupuestos institucionales es actualmente imperante para modificar patrones económicos andrógenos (masculinizados) y rígidamente verticales. El tema de género no es exclusivo de una dependencia de gobierno como salud, educación, seguridad u otros, por lo tanto, la perspectiva de género en Jalisco deberá estar ya sumergida en las políticas y, por ende, los presupuestos deben evidenciar y extender esta coyuntura en todos los niveles de gobierno.

La transversalidad de la perspectiva de género en las políticas públicas, surgió como un efecto de la demanda de las mujeres frente a la prohibición de acceder a logros o avances en el marco de las políticas públicas; cuando esta acción como estrategia para lograr la igualdad entre

mujeres y hombres fue promulgada en la IV Conferencia Internacional de la Mujer, en 1995 en la ciudad de Beijing, China.

Es a partir de ese momento que brotan algunas definiciones sobre la transversalidad de la perspectiva de género:

<b>Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1997)</b>	<b>Consejo de Europa (1998)</b>	<b>Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2000)</b>
<p>Es el proceso para evaluar las implicaciones que tiene para hombres y mujeres, cualquier acción que se planifique, incluyendo las de tipo legislativo, las políticas o los programas en todas las áreas y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las experiencias y necesidades o intereses de hombres y mujeres una dimensión integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, sociales y económicas a fin de que hombres y mujeres se beneficien por igual y desaparezca la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad de géneros</p>	<p>Implica la reorganización, fortalecimiento, desarrollo y evaluación del proceso de las políticas públicas, a fin de que la perspectiva de la igualdad de género sea incorporada en todas las políticas, a todos los niveles y en todas sus fases, por los actores normalmente involucrados en su elaboración.</p>	<p>Tiene como propósito integrar el interés en la igualdad de géneros en todas las políticas, programas, procedimientos administrativos y financieros y en el marco cultural de la institución u organización. Es una estrategia para asegurar que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La igualdad de hombres y mujeres esté incluida en todas las fases menores o mayores del proceso de toma de decisiones de una organización.</li> <li>2. El producto o resultado de las decisiones que se hayan tomado sea sistemáticamente monitoreado en lo que se refiere a su impacto en la igualdad de géneros.</li> </ol> <p>Requiere la integración compleja de numerosas habilidades y competencias coordinadas en un equipo integrado para tal fin.</p>

Cuadro elaborado por Evangelina García Prince en 2011; publicado por el Instituto Nacional de las Mujeres, 2014.

La transversalidad se considera la estrategia facilitadora para lograr institucionalizar la igualdad de género en los tres poderes públicos o de gobierno: el ejecutivo, el legislativo y el judicial.

Para considerar que esta transversalidad sea una acción estratégica que nos permita avanzar institucionalmente en la perspectiva de género debe ir de la mano con las acciones de la

administración pública, relación que fue planteada en los orígenes de las políticas públicas para la igualdad de género en nuestro país.

De acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres, la transversalidad es el proceso mediante el cual las prácticas de “género” se regularizan y son continuas, pueden ser sancionadas y mantenidas por normas, tienen una representación en la estructura institucional y en la definición de los objetivos y las metodologías (Ávila, 2014).

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es el primer documento donde se incorpora la perspectiva de género y se plasman los 3 principios rectores: la igualdad sustantiva, la no discriminación y la no violencia. Esta perspectiva debe de contemplar todos los tipos de violencia y los hechos relacionados con estos, coincidiendo con para Martha Nussbaum cuando refiere que “Si bien algunas mujeres son más vulnerables a la violencia que otras, lo cierto es que ninguna mujer que sea racional está completamente libre del miedo de padecer dicha violencia, ya sea que la haya sufrido personalmente o no. Este miedo –que es una forma de violencia psicológica– causa estragos en la vida de las mujeres” (Nussbaum M. C., 2019).

Es en noviembre de 2016, que la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), aprobó el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2016-2020 en el que se subraya la importancia de transversalizar la perspectiva de género.

Para el año 2011, se exhorta al gabinete a la realización de una investigación documentada como consecuencia del Programa Operativo Anual (POA), en el cual se menciona como objetivo parlamentario el analizar las políticas públicas encaminadas a la atención y prevención de adicciones en mujeres, ponderando a la población de jóvenes en base a 2 observaciones:

- a) En México se registra un aumento en el número de personas que padecen alguna adicción de drogas legales como ilegales.
- b) Si bien es mayor el número de hombres, en relación a mujeres, que consumen drogas ilegales y legales (alcohol y tabaco), en algunas edades como adolescentes y jóvenes, el crecimiento es mayor en mujeres que en hombres.

Para Verena Stolcke el concepto de interseccionalidad es el producto de un movimiento social. El surgimiento de este término lo lanza un movimiento de mujeres negras en Estados Unidos, entre feministas y lesbianas, a finales de los setentas en un Congreso Feminista acusan a las “supuestas hermanas blancas”, de no ser conscientes de sus “vivencias específicas”: no existe

una mujer, sino existen experiencias muy distintas (Stolcke, 1993). Tiempo después Kimberle Crenshaw, jurista activista de este movimiento de afroamericanas y para fines de políticas sociales (públicas), su intención no fue construir una “teoría de la opresión”, sino crear un concepto de uso práctico para analizar las omisiones jurídicas y los casos de desigualdades concretas (Viveros, 2016; pág.5). Perfecciona el término acuñándolo como interseccionalidad para identificar las dificultades especiales que en esos tiempos tenían específicamente las mujeres negras y pobres. Para Stolcke, falta realizar trabajo etnográfico para sustentar el término y no quede solo como una moda teórica del feminismo. En cambio, para Mara Viveros la interseccionalidad es la “la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (Viveros, 2016; pág.2).

Es así como el término de interseccionalidad será entendido como el principio político rector de un cambio real en el ámbito social. Es la Interseccionalidad lo que facilitará el entendimiento y desafiará las desigualdades entre hombres y mujeres, con la característica de poder sumarse a otras desigualdades sociales de las mujeres como la etnia, la edad, diversidad sexual, diversidad funcional sea laboral o cognitivamente, situación económica y demás desigualdades socio-política-culturales. La perspectiva de género como contenido de las políticas públicas, deben garantizar soluciones fuertes y para ello es necesaria la sensibilidad que tengamos en relación con los temas de sexismo y machismo, pues sabemos que estos son los pilares fundamentales en los cuales se construyen y se reproducen fuertes desigualdades (estereotipos) que fragmentan y violentan nuestra comunidad.

A través de la interseccionalidad entendemos que la mezcla de estas desigualdades de las mujeres, no es sólo una acción sumatoria, sino que produce estilos de discriminación y de desigualdades sustancialmente únicas (como ser mujer y tener un problema de consumo de drogas) que deben ser visibilizadas para generar las condiciones necesarias para su combate y erradicación, por lo tanto es la interseccionalidad la que nos ayuda a visibilizar en la esfera política la desigualdad y poder colocarla para la prevención o para la atención. Esta flexible característica le permite ser considerada una metodología necesaria para entender la variedad de mujeres, las desigualdades en torno a ellas y sus peticiones expresadas; como metodología, la interseccionalidad enfoca desde las esferas del análisis, de la práctica y del diálogo entre mujeres. Y que no por ello sólo debe atenderse las necesidades de las mujeres, sino de la sociedad como un conjunto de personas con una gama de necesidades políticas e institucionales.

En el plano social la interseccionalidad nos ayuda a comprender que las desigualdades se pueden presentar en los espacios públicos, privados, locales, regionales, municipales y globales; existentes en lo político, lo económico, lo social y lo cultural. En lo social, para motivar el cambio en nuestra cultura política, debemos promover la redistribución económica como un reconocimiento cultural y de identidad de aquellos grupos que han sido discriminados, no favorecidos. Para Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) el principal problema estructural en México es precisamente la desigualdad económica, la primera desigualdad de las mujeres es la brecha salarial (Bárcena, 2020). Se debe revertir la desigualdad social de género a través de lograr la 3ª autonomía de las mujeres que es la económica, en estos días es fundamental para una mujer tener ingresos propios.

Una política pública a favor de la democracia debe asimilar la interseccionalidad en todos los niveles y ámbitos, permitiendo que las personas seamos los protagonistas del cambio, generemos alianzas con otros movimientos sociales y diversos sectores en la lucha por la igualdad de género y la no discriminación. El patriarcado ha construido esta enorme desigualdad estructural entre hombres y mujeres, como un mecanismo de poder que controla la sexualidad y el género, perpetuando así las diferencias estructurales entre hombres y mujeres: vivir una serie de desigualdades por ser mujer, por ser mujer con problemas de adicción y por ser una mujer lesbiana.

Este enfoque interseccional debe propiciar uniones (alianzas) entre movimientos o grupos desfavorecidos, de igual o diversa causa, podemos tener diferentes objetivos y “reclamos”, pero las mujeres debemos visibilizar en conjunto estas discriminaciones aun perteneciendo o no a un mismo grupo: mujeres y mujeres con problemas de adicción; mujeres con problemas de adicción y mujeres violentadas. Para Mara Viveros las intersecciones son específicamente intersecciones de raza y género; de clase y género (Viveros, 2016). Por ello debemos ampliar y complejizar las desigualdades que siguen dominando a una mayoría de mujeres en nuestro Estado. Patricia Hill Collins (2000) la interseccionalidad debe abordarse desde las esferas macro y micro sociológicas (dualidad analítica); cuando la cadena de opresiones tiene efectos en las estructuras de desigualdad social en lo particular (en cada individuo) y se produce en los espacios microsociales la denomina “interseccionalidad”; y cuando hace referencia a sucesos macrosociales que investigan la forma en que se relacionan los sistemas de poder en la

producción, organización y mantenimiento de estas desigualdades, entonces le llamará “systems of oppression” (Viveros, 2016; pág.6).

Compartir las opresiones, interseccionar las desigualdades desde la academia para reducir hasta eliminar la generación de estereotipos de género y que en su lugar germine la igualdad, los derechos humanos y una sociedad incluyente y libre de violencia. Para aspirar a este objetivo es urgente también la participación de los hombres, sobretodo comprometer a los servidores públicos varones a deconstruir los modelos hegemónicos de masculinidad, a combatir las violencias de la cultura machista y a analizar los efectos de mantener los privilegios andrógenos, el verdadero cambio social inicia con la modificación de esas creencias y posturas públicas.

En nuestro estado, actualmente es necesaria la implantación y ejercicio de políticas públicas desde una transversalidad con enfoque de género, que incida en de la misma manera en una política de interseccionalidad y de interconexión.

#### **2.4. Los Derechos Humanos, el Enfoque de las Capacidades y la Teoría del Asco.**

Esta propuesta teórica se inserta en el campo del desarrollo y de las políticas públicas, conocida también como el “enfoque de las capacidades”. La idea de que un país mejora su calidad de vida, porque se incrementa su producto interno bruto (PIB), son los países con grandes desigualdades porque el mayor porcentaje de la población no goza de esas “mejorías”. Pero al afectarse la reputación internacional, esa idea los invita a centrar los esfuerzos en el crecimiento económico, descuidando el nivel de vida de sus habitantes más pobres desatendiendo temas de calidad de vida o desarrollo como el de salud y de educación. Desgraciadamente este modelo se sigue aplicando en países en vías de desarrollo. Opuesto a este modelo, el enfoque de desarrollo humano o el enfoque de las capacidades, debaten situaciones relacionadas con el bienestar humano desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) debatiendo dos preguntas: ¿Qué son capaces de hacer y ser las personas? Y ¿qué oportunidades tienen verdaderamente a su disposición para hacer y ser lo que pueda? La auténtica riqueza o progreso de un país, está en el bienestar que poseen sus individuos (Guichot-Reina, 2015).

En el enfoque de Justicia social se busca que todos gocemos de unos mínimos de calidad de vida, que no nos limitemos a sobrevivir, si no que disfrutemos de lo que Martha Nussbaum nombró “una vida decente”; es así como esta teoría del desarrollo de las capacidades propone 10 capacidades:

1. Vida. Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.
2. Salud física. Poder mantener una buena salud, incluida la reproductiva; recibir la alimentación adecuada y disponer de un lugar adecuado para vivir.
3. Integridad física. Poder moverse libremente de un lugar a otro; estar protegido de los asaltos violentos, incluyendo los sexuales y la violencia doméstica, disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder usar los sentidos, la imaginación y el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo “auténticamente humano”, que es un modo que se cultiva y se configura a través de una adecuada educación, lo cual incluye la alfabetización y la formación matemática y científica básica. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y eventos religiosos, literarios, musicales, etc. según la propia elección. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión tanto en el terreno político como en el artístico, así como de la libertad de prácticas religiosas. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar los dolores no beneficiosos.
5. Emociones. Poder mantener relaciones afectivas con personas y objetos distintos a nosotros mismos, poder amar aquellos que nos aman y se preocupan por nosotros, y dolernos por su ausencia; en general poder amar, penar, experimentar ansia, gratitud y enfado justificado. Que nuestro desarrollo emocional no quede bloqueado por el miedo y la ansiedad. Defender esta capacidad supone defender formas de asociación humana.
6. Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente sobre los propios planes de la vida. Esto implica una protección de la libertad de conciencia de la observancia religiosa.

7. Afiliación. a) Poder vivir con y para los otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, participar en diversas formas de interacción social; ser capaz de imaginar la situación de otro. Implica proteger las instituciones que constituyen y promueven estas formas de afiliación, así como proteger la libertad de expresión y de asociación política; b) Que se den las bases sociales del auto-respeto y la no humillación; ser tratado como un ser dotado de dignidad e igual valor que los demás. Esto implica introducir disposiciones contrarias a la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión y origen nacional.
8. Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.
9. Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.
10. Control sobre el propio entorno. a) Político. Poder participar de forma efectiva en las elecciones políticas que gobiernan la propia vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación; b) Material. Poder disponer de propiedades (mobiliarios e inmobiliarios) y ostentar los derechos de propiedad en un plano de igualdad con los demás; no sufrir persecuciones y detenciones sin garantías. En el trabajo, poder trabajar como un ser humano, ejercer la razón práctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los demás trabajadores (Guichot-Reina, 2015; pp. 50 y 51).

Estas capacidades no son habilidades, van de la mano con las libertades o las oportunidades que se forman por la combinación entre estas facultades personales y el contexto político, social y económico. Este enfoque de las capacidades parten de la concepción de la dignidad humana y de una vida acorde con esa dignidad. El desarrollo de estas capacidades como parte de la educación se convierten en competencias, que es la posibilidad de usar adecuadamente un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes necesarias para realizar varias actividades con un grado de calidad y eficacia. Para Martha Nussbaum estas capacidades son “los requisitos mínimos” para una existencia digna dentro de una teoría mínima de Justicia Social.

Estas capacidades se relacionan con la importancia y las oportunidades en base al entorno donde se desarrolle la persona; oportunidades de igualdad en espacios para su rehabilitación

que buscan las mujeres con problema de adicción. Así como también de las oportunidades para el desarrollo de capacidades que visualicen las intersecciones de clase, raza y género.

Hay posturas políticas que facilitan las desigualdades de género, al hacer mención de dichas desigualdades, no sólo hago referencia a las desigualdades marcadamente visibles de los espacios de la atención en materia de salud y de las breves oportunidades de desarrollo en lo público y en lo privado, en la esfera individual, en lo familiar y en lo social que tienen las mujeres consumidoras de drogas, sino que además vivimos en un país donde aún no se alcanza en plenitud la promoción, el ejercicio y el resguardo de los derechos humanos, menormente frente a estas mujeres. Tenemos derechos constitucionales, estos se plasman en nuestra Constitución de 1917 los cuales otorgan a cualquier persona garantías individuales, entonces ¿por qué se siguen promoviendo y manteniendo las diferencias de género en el ejercicio y garantía de estos derechos? A pesar de que existen distintos Instrumentos Internacionales que debieran, además de promover, garantizar el ejercicio pleno de ellos hacia las mujeres en cualquier campo y ambiente político. Estos derechos son libertades políticas con una importante función en la humanización de un bienestar. Para Amartya Sen “los derechos políticos no son sólo importantes para la satisfacción de las necesidades, sino que son cruciales para la formulación de las necesidades es el respeto de unos a otros como partícipes de la condición humana” (Nussbaum M. C., 2012).

En el campo legal cuando una persona no puede acceder a estos derechos y cuando los ejerce se le bloquean o anulan, hablamos de una violación a estos derechos, quedando la persona con el título de víctima; igualmente debiera tratarse la parte contraria con el apelativo de victimario a quien promueva y ejerza injusticias en menosprecio de grupos sometidos como el de las mujeres, las cuales de cara a la enfermedad de la adicción se coartan tanto sus garantías individuales como sus derechos humanos. Poco se han promovido en este grupo de mujeres estos derechos, a pesar de la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), responsable de vigilar el cumplimiento de la política nacional en materia de obediencia y defensoría de los derechos humanos desde 1990 (SEGOB, 1990). La CNDH describe los derechos humanos como “el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona” (CNDH, 2018-2020). Los derechos humanos no tendrían que ser ejercidos en

vigilancia de una Comisión, que en el actuar de evitar una sanción, mayormente lo que se promueve es la evitación de un castigo más que el libre y respetuoso ejercicio de los derechos, no se promueve la libre elección hacia ellos aunque el desarrollo de capacidades de una mujer está implícitamente relacionado con los derechos humanos (Nussbaum M. C., 2012), puesto que estas capacidades cubren los terrenos de los llamados “derechos de primera generación (las libertades políticas y civiles) y de los llamados “derechos de segunda generación (los derechos económicos y sociales)” (Nussbaum M. C., 2012; p.143). La CNDH declara que: “estos derechos son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición” (CNDH, 2018-2020). No sólo la realización efectiva de estos derechos es indispensable para el desarrollo integral de la persona, sino para una real transformación social en la cual se reconozcan legal y políticamente los derechos humanos de las mujeres sin distinción de “cualquier otra condición”, al amparo de la Secretaría de Gobernación quien debe fomentar la convivencia armónica, la paz social, el desarrollo y el bienestar de las mexicanas y de los mexicanos en un Estado de Derecho, representando así al “Gobierno Federal ante los organismos nacionales y en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, ante los internacionales...en cuestiones relacionadas con la promoción y defensa de los derechos humanos” (SEGOB, 1990), recordando que en los años 2008, 2011 y 2012, se aprobaron en México diversas reformas en materia de seguridad, justicia y derechos humanos.

Es así como el 10 de junio de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la más importante reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) en materia de derechos humanos desde la promulgación de la misma en el año de 1917, en la cual se modificaron once artículos. Uno de los puntos más relevantes en esta reforma, se hizo al Artículo 1º incorporando el concepto de derechos humanos, instaurando así la diferencia entre estos y las garantías individuales, como estaba establecido en la Constitución de 1917.

Se incluyeron obligaciones dirigidas a todas las autoridades del país en los tres niveles de gobierno, para que en el ámbito de sus competencias promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos. Reiterando la obligación del Estado de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos. La reforma obligó al Congreso a

expedir una ley que reglamentara el derecho de toda víctima de violaciones a derechos humanos, a obtener una reparación (SEGOB, 1990).

También esta Reforma permitió el apego al cumplimiento de los tratados internacionales en los cuales México está incluido. Es así como la ONU Mujeres a través del Centro Virtual de Conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas, promueve los siguientes tratados internacionales, apareciendo al final de cada acuerdo o tratado, la fecha en que se firmó. Éstos son: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1992. La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, 1984. La Asamblea general de las Naciones Unidas, declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1993. La Plataforma de Acción de Beijing, 1995. La Resolución 52/86 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre medidas de prevención del delito y de justicia penal para la eliminación de la violencia contra la mujer, 1998. La Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2000. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (sin fecha). La Asamblea General de las Naciones Unidas, Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, 2000/2004. La Resolución 1820 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2008. La Resolución 1888 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2009. La Resolución 1889 del Consejo de Seguridad sobre las mujeres y la paz y la seguridad, 2009. La Resolución 1960 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2010. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), 1994. El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, 2003. La Plataforma de Acción del Pacífico para el adelanto de la mujer y la igualdad de género, 2005-2015: revisada sección regional 2004. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Resolución sobre el derecho a interponer recursos y a obtener reparación para las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, 2007. El Planteamiento global para la aplicación por la Unión Europea de las Resoluciones 1325 (2000) y 1820 (2008) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la mujer, la paz y la seguridad. El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011). Si desean conocer los objetivos de alguno de estos tratados o acuerdos internacionales, pueden referirse al Cuadro 1, en el apartado de anexos.

El Artículo 102 Constitucional, fortaleció a los organismos públicos autónomos de derechos humanos, adicionando la obligación a los servidores públicos de responder a las recomendaciones que emita la CNDH, y en caso de no aceptar o cumplir con ellas, deberán fundar y motivar su negativa, para lo cual podrán ser llamados a comparecer ante el Senado o la autoridad legislativa a la que corresponda para explicar el motivo de su rechazo” (Salazar, 2012); otorgando a estos organismos facultades que anteriormente sólo correspondían a la SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación).

Aún con esta Reforma que además de proveer y garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos desde la instancia pública, aun siendo un parte aguas en el marco jurídico de nuestro país, vemos que las mujeres seguimos en búsqueda y en ininterrumpida lucha para acceder a ellos, lucha que se problematiza en grupos minoritarios de mayor vulnerabilidad como las mujeres con problemas relacionados con consumo de drogas.

Entonces, ¿los derechos pertenecen solamente a las personas individuales o también a los grupos? (Nussbaum M. C., 2012). Este cuestionamiento supone que si se pretende relacionar derechos con deberes, estamos poniendo en diferentes niveles de función y de realizar tales derechos, omitiendo la controversia de que si en lo individual es un derecho, en lo grupal es un deber, por lo tanto alguien tiene “el deber de proveer” y hemos perdido el proceso por el cual se decide quien tiene tal deber (Nussbaum M. C., 2012).

Esta Reforma también ha promovido el elemental principio de igualdad y no discriminación, el cual se sustenta en la dignidad humana y de protección a las personas de ser discriminadas por cualquier motivo, principio que se establece como norma común en todos los tratados internacionales del primer artículo de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.” Esta declaración obliga a la igualdad, entiendo esta, como el recibimiento del mismo trato y la obtención de las mismas oportunidades, evitando la prohibición originada “por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condición de salud, religión, opinión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas” (Salazar, 2012).

Razón por la cual se crea el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la cual establece la necesidad en los Estados accionar medidas que disminuyan la discriminación en ciertos grupos y erradicar la discriminación sustantiva. En el terreno de la justicia penal, hay un largo historial de prejuicios que deberían servirnos de advertencia (Nussbaum M. C., 2019; pág.150). Estas acciones denominadas “acciones afirmativas”, son las que tienden a restringir y en algunas situaciones a erradicar la desigualdad sustantiva en el detrimento de los derechos humanos.

El enfoque de las capacidades humanas básicas de Martha Nussbaum nos ayuda a tener una visión más central y por ende tomar una posición más clara en relación a interrogantes como ¿son los derechos humanos primariamente derechos a recibir un trato determinado? ¿Son los derechos un cierto nivel de bienestar alcanzado? ¿Son derechos a recursos con los que las mujeres podamos perseguir la realización del propio plan de vida? ¿Son derechos a ciertas oportunidades y capacidades con las cuales, podamos realizar opciones acerca del propio plan de vida? (Nussbaum M. C., 2012).

A pesar que, a través de esta Reforma, el estado mexicano ha pretendido llevar a cabo estrategias obligatorias que promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos “de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad” (SEGOB, 1990). Las mujeres seguimos buscando el acceso libre a estos derechos no como un medio para lograr definirlos, sino ejecutarlos desde la visión de una capacidad combinada en la cual estamos convencidas que hablar del derecho de una mujer a una participación política, no es porque se plasmó en un documento, este se debe reflejar en medidas efectivas en las cuales las personas (mujeres), seamos verdaderamente capaces de desarrollar este ejercicio político. En este sentido, el enfoque de las capacidades visualiza este derecho a la participación política, sin ser amenazadas o violentadas por “abandonar nuestros hogares” (Nussbaum M. C., 2012).

Esta acción liberadora (una de muchas acciones feministas) de salir de nuestros hogares, puso en desbalance un sistema tradicional, ocasionando con ello una crisis política basada en la necesidad de marcar rígidamente las diferencias no sólo de género, sino de un sistema social que pretende clasificar (marcar) a las personas en ciertos grupos sociales o minorías, este

sistema irracional tiene sus orígenes en lo que Martha Nussbaum (2019) llama la teoría del asco, un asco motivado por el miedo que genera precisamente una política de exclusión. Un asco que se simboliza en políticas con matices de discriminación, de racismo, de rechazo, de abandono y de odio: discriminación de mujeres lesbianas, abandono de mujeres madres adictas, rechazo de mujeres consumidoras de drogas (en cualquier edad); odio de mujeres que además de ser consumidoras, fracturan los estereotipos familiares y sociales; y un mayor racismo que reciben las mujeres adictas que son indígenas y que se excluyen del grupo social considerado privilegiado. En esta política de exclusión, cada formación concreta “del asco” tiene sus propios matices y su propia historia (Nussbaum M. C., 2019; pág. 148). Entonces, ¿los derechos humanos son iguales para todas las personas? Esta teoría del asco o del miedo, pretende demostrar que no es así, que hasta por características física (más que las de género), no accedemos igual a ellos. Teoría que en el apartado de análisis interpretaré.

En 1989 se crea la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, A.C. (CMDPDH), que es una organización civil, autónoma e independiente. La CMDPDH es un órgano consultivo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Es un miembro de la Federación Internacional de los Derechos Humanos (FIDH); de la Coalición de la Corte Penal Internacional, el Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio, del Observatorio Ciudadano del Sistema de Justicia, de la Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Coalición Internacional de Organizaciones por los Derechos Humanos en las Américas.

Además de la CNDH, la CMDPDH, A.C., tiene como misión contribuir a la erradicación de las causas que producen la violación de los derechos humanos. Diseña y ejecuta estrategias legales, psicosociales, de investigación, de incidencia y de difusión, para contribuir a la construcción de una sociedad justa, igualitaria y reparativa, donde los derechos humanos de todas las personas se garanticen; busca con estas estrategias generar cambios sociales estructurales que propicien la implementación de políticas públicas de derechos humanos con instituciones sólidas que rechacen la violación a los derechos humanos y su impunidad. Pensar en el enfoque de las capacidades nos permitiría tener una medición en el sentido del cuestionamiento de ¿qué significa garantizarle a una persona un derecho? (Nussbaum M. C., 2012).

El enfoque basado en el concepto de utilidad enfrenta un grave problema, que es creer que las personas que tradicionalmente sufren la privación de sus derechos, tal vez estén satisfechas

por pertenecer a un grupo con un nivel de vida muy bajo, creyendo que esto que viven o les sucede, es todo a lo que pueden llegar obtener. En cambio, el enfoque de las capacidades debe analizar a cuáles capacitaciones reales acceden estas personas para lograr vivir, por ello este lenguaje de las capacidades tiene otra ventaja sobre los derechos, y es que no se encuentra ligado de forma estrecha a una tradición cultural e histórica particular (Nussbaum M. C., 2012). Es lograr unir las ideas de actividad y capacidad que sumergidas en cualquier cultura las personas puedan preguntarse qué es lo que son capaces de hacer y cuáles oportunidades se tienen para su funcionamiento (Nussbaum M. C., 2012). La concepción de libertad que debe tener una mujer de sí misma es la de una “mente humana libre”, no derivada como producto del contexto externo (la cultura), sino contrariamente ser la combinación de experiencia e historia.

Esta historia de derechos nos señala por una parte la garantía como una forma de justificar los derechos en la postura de que, en ausencia de esta justificación, el reclamo de los derechos resulta incomprensible, de aquí “una lista de derechos fundamentales” que tenemos en virtud de una condición humana y por otra parte está la violación de los derechos humanos. El enfoque de las capacidades hace énfasis en dejar un espacio de movimientos para la elección y dejarle la opción a ella misma sin escuchar dentro del lenguaje tradicional de los derechos la forma en que se considera válida su funcionamiento.

Hay enfoques que utilizan un lenguaje de funcionamiento y capacidad que no enfatizan con el sentido de libertad: toda violación a los derechos inutiliza la dignidad humana (Nussbaum M. C., 2012). En un intento de invalidar estas violaciones y de deconstruir términos como el de garantía se van construyendo los tratados de derechos humanos de funcionalidad internacional. Estos tratados internacionales, guían las obligaciones de los países frente al respeto de los derechos humanos, convirtiendo a los estados como los responsables del libre acceso de los mismos y a las instituciones públicas como los garantes del ejercicio de estos. Así, al mencionar libre acceso no tendríamos que estar aclarando que las mujeres entran en igual consideración para acceder a estos derechos y que contrariamente se requiere obligadamente de leyes, instrumentos y acuerdos internacionales para indicar las obligaciones respecto a los derechos de las mujeres y las niñas.

Ahora bien, a pesar de que existen estos mandatos internacionales en la promoción, procuración y respeto de los derechos humanos con énfasis en las mujeres y niñas, observamos que es visible en nuestro país la desigualdad de oportunidades que permitan, en lo particular a las mujeres con problemas de adicción el pleno desarrollo de sus capacidades. Que México es un país que, aun promoviendo estrategias en la necesidad de alcanzar la igualdad de género, se siguen ejecutando desigualdades sociales entre hombres y mujeres dentro de un marco legal. En un intento de un funcionamiento verdaderamente humano, según el enfoque de las capacidades, y como una acción mínima del derecho político, corresponde a las mujeres legitimar y reconocer sus derechos en pro de la creación de políticas públicas que visualicen las desigualdades en relación al tratamiento de adicciones. México requiere iniciar la fusión de la justificación política con la implementación política en pro de la construcción de una real política democrática que represente a amplios segmentos de la población. Recordemos que, en la política de la exclusión, aunque las expresiones del asco tengan elementos comunes, no nos libera de la responsabilidad de diseccionar nuestro propio momento y nuestras propias patologías (Nussbaum M. C., 2019; pág. 148).

Nos queda claro que México adopta estos tratados internacionales, con la intención de sumarlos a su legislación nacional, pero también es indiscutible que el estado sigue teniendo un papel fundamental para su implementación, brindar principios políticos que puedan subyacer a las constituciones nacionales y que la implementación práctica en gran medida gire como tarea de los y las ciudadanas (Nussbaum M. C., 2012).

En la medida que como ciudadanas sigamos creyendo que la transversalidad en temas de género es exclusiva del sector político, seguiremos contribuyendo a la desigualdad social entre hombres y mujeres, y por lo tanto, al pretender edificar una democracia a favor de la igualdad y la inclusión, estaremos alimentando una monarquía del miedo (Nussbaum M. C., 2019), a pesar de que los políticos también son ciudadanos y personas; pero a ellos les favorece robustecer los grupos de privilegio social que funcionen en alianza discriminativa. Las mujeres, entre más alejadas estemos de crear propuestas de participación social, más fortalecemos la cultura de la discriminación, otorgándole al estado a través del asco y del miedo, un mayor poder para dividirnos y someternos.

Todas las sociedades marginan o subordinan a ciertos grupos de personas, pues es la subordinación (dominantes-dominados) la forma oficial para gobernar, cuando en nuestra política actual la norma debiera ser que todas las personas merecemos por igual respeto y

dignidad, esta subordinación grupal quebranta las normas mismas de la justicia social (Nussbaum M. C., 2012). La política pública en materia de género, requiere de buenas normas sociales y buenas leyes que apuntalen a la igualdad; México arrastra historias de exclusión por razón de raza, género, orientación sexual, discapacidad, edad y religión. En este momento político la reivindicación de igualdad y dignidad formuladas hasta hoy, han surgido de los grupos excluidos (colectivos gays, indígenas, personas afro, personas con algún trastorno mental, entre otros); pero la respuesta hacia estos grupos ha sido contestada públicamente con pseudo-propaganda (agresivas, violentas) y con expresiones de odio (feminazis), hasta llegar al crimen, como los feminicidios (Nussbaum, 2019; pág.124).

El asco como emoción visceral (fisiológica), es primario a la vulnerabilidad. Asco y miedo son parte de nuestra herencia evolutiva, que, a diferencia de los infantes, el miedo en edades tempranas no está presente, pues vemos como les gusta jugar con su excremento (Nussbaum, 2019; pág.127). Es la cultura la que empieza a moldear esta emoción de forma específica hasta llegar a lo que significa el asco primario; cuando nosotros sentimos asco, una reacción es el vómito; como este, otros hechos resultan repugnantes para el resto de otras personas; como el caso de una mujer adicta en situación de calle, resulta repugnante por su mal olor y su suciedad, los fluidos corporales de una mujer adicta, vieja, indígena, analfabeta, etc., no tienen las mismas propiedades sensoriales que una mujer sin problema de adicción, joven, culta, etc., Hay personas que no pueden definirse frente a lo inmundado, pero identificamos que el rasgo distintivo es el asco que provocan.

Lo que desencadena el asco primario es la idea de la descomposición, por lo que se habla de que existe un contenido cognitivo (un tipo de queso que se le dice a la persona antes de probarlo, que huele a flatulencia), no es una reacción sensorial simple, implica pensar que es algo que contamina o que perjudica con sólo tocarlo o acercarnos, por eso la boca representa un límite con una especial carga emocional. El asco es una forma de miedo a lo peligroso, relación entre lo asqueroso y lo peligroso... el asco evoluciona como un mecanismo que nos protege de los peligros que representa la descomposición (Nussbaum, 2019; pág.129).

Entonces ¿por qué la percepción del peligro, no explica la aversión de algunas personas a ingerir ciertas sustancias? Porque el asco representa un vocabulario simbólico relacionado con las formas y el contacto, lo que llamamos en psicología el pensamiento mágico; ejemplo: una tarro en forma de un seno, habrá persona que será agradable beber en ese tarro y para otra creará vergüenza y lo rechazará; además si en ese tarro bebió una persona que me despierta

ese rechazo, pasa a ser además un objeto repugnante o asqueroso aunque tenga conocimiento que fue lavado, concluyendo que el asco es una aversión al contacto que viene motivada por un pensamiento de contaminación. En los años ochentas y noventas, el hecho que un estudiante presentara problemas de adicción era expulsado de esa comunidad educativa, que una adolescente estuviera embarazada, era igualmente rechazada, como si las conductas contaminaran al resto de estudiantes.

Este pensamiento puede ser peligroso por significar rechazo a “ser” aquello o “tener” dentro de mí, aquello corrompido; la angustia subyace al asco y la reacción física es la aversión, pero también provoca la huida. En el caso de las mujeres con problema de adicciones comportamentales (no tóxicas), como los trastornos de conducta alimentaria (TCA), ¿cómo huir de mi cuerpo? ¿cómo huir de mi familia, de mi origen si me provocan asco? Esta angustia no es un miedo al peligro, es de naturaleza simbólica. Recordemos que principalmente los objetos de asco se asocian con animales (recordatorios animales) que nos hacen pensar en nuestra propia animalidad y en nuestra mortalidad (Nussbaum M. C., 2019; pág. 131). Da asco lo corrompido y lo que corrompe, lo que está muerto y lo descompuesto, lo que huele mal, como la muerte y lo podrido. Si el miedo se relaciona con la muerte y con el potencial de descomposición que tenemos como humanos, eso nos lleva a actuar de forma simbólica, por eso las mujeres nos negamos a ingerir putrefacción y a morir socialmente. El resto pretende ocultar sus señales de animalidad y rehuir cuando se les confronta por ellas; el usuario de drogas muestra totalmente su animalidad cuando el alcohólico se vomita, cuando el adicto se orina y cuando la mujer drogodependiente tiene prácticas sexuales de riesgo. Empeñarnos en huir de nuestra animalidad y de la muerte, adopta una forma peligrosa que se llama “asco proyectivo” (Nussbaum M. C., 2019; pág. 134).

Una preocupación de las mujeres con problema de adicción ha sido mantener rutinas (roles sociales y tradicionales) dirigidas a conseguir no dar asco a los demás ni a ellas mismas. De las mujeres se ha esperado que persigamos con afán obsesivo, máxime en un estado conservador como el nuestro, un rol de “diosas”, que permita trascender nuestra humanidad corporal mortal, si no, corremos el riesgo de ser consideradas repugnantes. Cuando en la pornografía a las mujeres se les despoja de toda culpa y hasta de toda clase de olores.

Este asco primario, más común de lo que creía, ligado a los fluidos corporales, objetos malolientes y pegajosos, inspirados en el miedo, es una expresión social de nuestra negación de la muerte. Es un trastorno mental, igualmente una muerte social. Siempre que nos creamos

por encima de “lo animal, lo primitivo”, es un autoengaño nuestras artimañas son endeables y fáciles de desenmascarar; aunque intentemos huir de contaminarnos y mantenernos puros, no lo lograremos. Pues recordemos que la aversión a las secreciones corporales propias y de otras personas, está racionalmente ligado al temor a un peligro: es difícil excluir de nuestra vida todo lo que nos asquea (Nussbaum M. C., 2019; pág. 134).

¿Cómo cambiar este pensamiento de miedo? Literatura donde se menciona la muerte, y también cadáveres, se mencionan inodoros, periodos menstruales, todo tipo de desechos humanos, para no proyectar en las personas esa sensación de que ellas son los desechos. A veces hay horror en la representación de lo cotidiano, leer o escuchar las noticias en relación a la violencia que estamos viviendo sobre personas desaparecidas, asesinadas, feminicidios, muertos por el COVID-19, eso sí es un “vicio monstruoso-perverso”, sucio, obsceno. En el campo legal la palabra obscenidad hace alusión a lo repugnante o asqueroso. Esto si es una provocación consigo mismo.

¿Una mujer adicta cómo puede librarse del asco que siente por ella misma? Ponemos en práctica lo aprendido en la cultura, identificar un grupo de personas a los que vemos como más animales, más mal olientes, más sexuales y más impregnadas de muerte, subordinarlos y tal vez así, nos sintamos más seguras. Ellos son los animales, los apestosos y por lo tanto, los que están por debajo de nosotras. Los hijos de mujeres consumidoras aprenden a calmar sus temores echando la culpa a una figura “fea”, diciéndose a sí mismos que pueden controlarla y dominarla; proyecciones de sus temores para sentirse más seguros; asociamos normalmente que lo malo es literalmente feo.

Socialmente lo asqueroso se proyecta hacia afuera de uno, hacia un grupo vulnerable, si evitamos que ellos nos contaminen, podremos creer que evitáramos nuestra animalidad. Este asco proyectivo aleja lo que provoca el asco del “yo”, de lo que me repugna y lo envío a otra persona, lo proyecto hacia otros, expresiones de mujeres consumidoras como “mujerzuelas adictas”, en el caso de los hombres, bestias y asquerosos.

Este asco proyectivo está presente en nuestra sociedad, una mujer lesbiana con una sexualidad no convencional, provoca expresiones de repudio por mostrar una naturaleza física y sexual; personas con discapacidades físicas y mentales severas han sufrido rechazo por asco; personas que se sienten mejor apartadas de cuerpos viejos y arrugados; el asco por el cuerpo de algunas mujeres (combinación entre el miedo y el deseo); como si la estigmatización fuera el pócima

de la vida. Locura es creer que nos podemos desconectar de nuestra animalidad, como lo imposible de evitar contacto con personas de subgrupos simbólicamente contaminados.

Las personas lésbicas-gays han tenido que, literal, guardar en el armario, su vida sexual y mostrar públicamente lo que encaje con las normas del grupo dominante, el asco proyectivo obliga a muchas personas, como las mujeres consumidoras de drogas, a ocultarse o a arrinconarse. La presencia del grupo repugnante facilita el desarrollo de rituales que presiden las interacciones y evitan la contaminación (Nussbaum M. C., 2019; pág. 139). Las mujeres repugnantes son visibles en todo momento, mientras realizan las útiles labores que tienen asignadas, pero el sistema de conductas evita la contaminación, significados como “la violentan porque se droga; la discriminan para que reaccione; la anexan por su bien”, de tal forma que si tu como mujer no te drogas, eres una mujer limpia sin riesgo de contaminar; el sistema nos coloca entre el asco y la ira, entre la pureza y la suciedad.

¿Y el asco moralizado? Es creer que el asco es sinónimo de algo inmoral, por lo tanto las mujeres que consumen drogas son inmorales, tan inmoral como tener sexo, tan inmoral como ser lesbiana; entonces hay otras inmoralidades como la corrupción política, tan inmoral como el racismo y tan inmoral como el sexismo. Socialmente oímos expresiones como “la política me da asco; ese político me da asco”, como de quejarnos y de mostrar enojo y enfado por un sistema sentido como repugnante. Cuando el asco tiene una construcción social, la persona asqueada no desea, al menos en ese momento, solucionar su problema, lo que más desea es huir. El asco es productivo y es fiable como guía de criterio político (Nussbaum M. C., 2019; pág. 141).

## **2.5. Política Internacional y Nacional de drogas en la perspectiva de género.**

En 1789 por primera vez se intentó fundar un sistema político y social en la convicción de que “todos los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos”, pero esta declaración restringía esos derechos literalmente sólo para los “hombres”, ya que el nombramiento de “ciudadano” hacía referencia al varón, propietario y al padre de familia. En 1791, Etta Palm hace una crítica argumentando que la justicia es la condición necesaria para la igualdad, “la justicia, hermana de la libertad, llama a la igualdad de los derechos de todos los individuos sin diferencia de sexo”. En este mismo año, Olympe de Gouges propone la Declaración de los Derechos Humanos (DH) de la Mujer y de la Ciudadana, defendiendo que la mujer nace libre

y es igual en derechos que el hombre: “la ignorancia, el olvido o el desprecio de los derechos de la mujer son las únicas causas de los males públicos”. Las mujeres como ciudadanas deben ser admitidas en todas las “dignidades”, puestos y empleos públicos, de acuerdo a sus capacidades, virtudes y talentos. Para 1791 y 1793, se había creado el concepto de “ciudadanía pasiva y activa”, las mujeres tenían que ser representadas públicamente por un varón de su familia (su padre, su esposo o un hermano). En 1793 la declaración del “sufragio universal” exclusivo masculino, prohibió los clubs políticos femeninos, así como también que más de 5 mujeres se reunieran en la vía pública, pues eran hechos considerados en contra del orden. Hechos que causaron la muerte de Olympe de Gouges en 1793, al ser guillotizada por los demagogos al acusarla de “contrarrevolucionaria”.

También en América Latina hubo rebeldes indígenas que fueron ejecutadas, violadas, torturadas, con burlas y descuartizadas. Estas mujeres fueron víctimas de la violencia colonial, por sus luchas por la tierra y en defensa de su etnia, recibieron mucha crueldad y sufrimiento, fueron arrastradas por caballos, degolladas, sometidas a torturas y vejaciones bajo el mensaje de “para que se perpetúe la memoria del castigo aplicado” ya que “La igualdad proclamada, solo alcanzaba a una parte de la humanidad” (Carosio, 2011; pág.83).

En 1776 el Presidente Thomas Jefferson, expresó que la mujer blanca era muy inteligente para arrugarse su cara por la política, lo que puso a las mujeres en la posición de ser “la mujer del ciudadano”, definiéndosele en base a una relación privada, pues su función era tener hijos para la Patria y educarlos como buenos ciudadanos. Desde entonces se institucionaliza la función del esposo como mediador y representante público de la mujer, lo que se destaca en el Código Civil napoleónico de 1804: la obediencia de la mujer a su marido. Este concepto de “ciudadanía” era condicionado para los “llamados a ejercer los derechos políticos” como los menores de edad, deficientes mentales, condenados y las mujeres, siendo igualadas con los menores de edad por su condición de “dependientes”. Con el fin de lograr sociedades más justas, se gesta el primer feminismo, en donde se promulga que la igualdad y la libertad son conceptos de la humanidad, no de los varones.

En 1792, la inglesa Mary Wollstonecraft escribió el texto de “La vindicación de los derechos de la mujer”, en el cual se cuestionaba “¿Quién ha erigido al hombre en único juez si la mujer comparte con él, el don de la razón?”, ensalzando el hecho de que no debe haber una educación diferente para hombres y para mujeres.

Para 1830 se compara el matrimonio con la esclavitud y es en 1837 cuando se abre la discusión sobre los derechos de las mujeres, aprovechando esto, en 1838, Sarah Grimké redacta cartas sobre la igualdad de los sexos y la condición de las mujeres, escribiendo sobre la libertad espiritual y mental: “Los hombres y las mujeres fueron creados iguales, pues ambos son morales y responsables”.

En 1848 a la par de la Declaración de Independencia de los Estados Unidos se crea la primera declaración feminista colectiva que expone la “conciencia articulada de los derechos de las mujeres” (Davis, A; 2006; pp.62).

Entre 1834 a 1944 movimientos de mujeres trabajadoras luchaban por diez horas de trabajo, por sus derechos, por igualdad salarial y laboral, por la protección y por la segregación laboral. Para 1843, Flora Tristán, pilar de la lucha social al crear la Unión Obrera Universal, evidenciando que la desigualdad genera violencia y una forma de erradicarla, es precisamente, educando a las mujeres. Persiguiendo que la libertad debe ser un derecho para todos.

Estas luchas feministas fortalecen colectivos para que en el S-XX se dan las huelgas más importantes de mujeres, es por ello que entre 1908-1909, las costureras de Nueva York fueron quemadas, suceso que inspira a Clara Zetkin en 1910 a proponer el 8 de marzo como el Día Internacional de la Mujer, conmemoración que se mantiene hasta la actualidad.

A pesar de que la Carta de las Naciones Unidas de 1945, reconocía la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, y a pesar de los movimientos sufragistas de las mujeres, físicamente no se respetaba el sufragio femenino de forma completa; es decir, seguía limitándose la participación de las mujeres en la vida pública, el derecho a elegir y a ser elegidas, y también el derecho a participar en la función pública. A favor del voto femenino, junto con los argumentos de justicia y equidad que adquiere el sufragio femenino, se fortalece el argumento de que, si no se le reconocía el derecho al voto a la mujer, la democracia y las instituciones estaban en riesgo.

En 1952, las Naciones Unidas propuso el primer organismo dedicado exclusivamente a las mujeres, la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, el cual establece que todas

las mujeres tienen derecho a votar en todas las elecciones en igualdad de condiciones que los hombres, sin discriminación alguna, serán elegibles para todos los organismos públicos electivos establecidos en condiciones de igualdad y tendrán el derecho a ocupar cargos públicos y a ejercer las funciones públicas establecidas. El voto en México se logró hasta el año 1953. Siendo presidente de la república el Lic. Adolfo Tomás Ruíz Cortines, quien después del histórico mitin del 6 de abril en el cual se congregaron 20 mil mujeres, cumple su palabra el 17 de octubre de 1953 promulgando las reformas constitucionales que dieron el derecho a voto a las mujeres en el ámbito federal. Un sueño cumplido. Pero se continúa con la lucha por alcanzar la “ciudadanía plena” de las mujeres mexicanas.

En el siglo XX, las mujeres se dieron cuenta que con obtener el derecho al voto no realmente se conseguía la igualdad real y que la participación política no representaba aún la igualdad. Los años 60 fueron los años de grandes movilizaciones y revoluciones en favor de las mujeres, se conformaron movimientos como el antirracista, el estudiantil, el pacifista y el feminista. La característica distintiva de todos fue su carácter contracultural, formando nuevas formas de vida y nuevas relaciones sociales.

En la segunda ola feminista con la visión de “lo personal es político” se propuso como práctica a la política radical para reconciliar el factor personal y privado con el público. No tratar de tener un acceso igualitario al mundo masculino sino redefinir lo político desde el ser femenino. Fue hasta 1975 que la Asamblea General de las Naciones Unidas declara el año internacional de la mujer nombrando el 8 de marzo el “Día internacional de la mujer” y se da la primera conferencia mundial sobre la mujer, realizada precisamente en México. La conferencia dio pie a interesantes debates, tanto que la Asamblea proclamó el periodo de 1975-1985 como el Decenio de las Naciones Unidas para la mujer. Los principales temas de estos debates fueron la igualdad, el desarrollo y la paz. Paralelamente se formó un foro de organizaciones no gubernamentales (ONG) como una manera de oír la voz de mujeres y abrir espacios donde pudieran incidir. La Conferencia de México dio lugar la creación del Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y al Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Surgió la iniciativa de elaborar una Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), que fue adoptada en 1979 y que tiene carácter vinculante, por ser considerada como uno de los instrumentos de Derechos Humanos actuales (1993).

El aporte de las mujeres a los Derechos Humanos ha sido el mostrar que los derechos deben ser encarnados desde las personas con sus diferencias, sus situaciones históricas y culturales. La perspectiva feminista ha hecho evidente que la igualdad no implica que todos y todas deban ser tratados de la misma forma en todas las ocasiones, el tratar de forma igualitaria a quienes son diferentes en cualquier contexto o suceso, podría significar ser injustos por dejar de considerar estas diferencias o diversidad; aunque moralmente es obligatorio corregir estas desigualdades que impiden el desarrollo de las potencialidades humanas.

Es precisamente en el enfoque de Justicia Social de Martha Nussbaum, donde se hace referencia al desarrollo de capacidades planteadas como un modelo que le apuesta a personas y sociedades educadas en la justicia social y del bienestar individual para lograr precisamente sociedades más justas. Estamos frente a una sociedad con crisis moral porque es precisamente este tipo de justicia la que se ha sustituido por un capitalismo, esta libertad de mercado se refleja en el hecho de que un dirigente político hable de moral, de ética, de valores humanos, con un sentido de responsabilidad, se le considere ingenuo y despierta compasión. Estamos inmersos en un sistema de corrupción generalizada, en el cual los tomadores de decisiones se ofrecen o negocian con otros que estén dispuestos a “comprarlos”. La educación y la sanidad en los países más pobres, la sobre explotación de los más débiles, como la infancia o la mujer, violan valores, supeditándolos a los intereses materiales. El concepto de libertad es tergiversado de forma irresponsable para permitir abusos de los poderosos (Guichot-Reina, 2015). Cuando el objetivo de la responsabilidad social ciudadana debe ser el construir una sociedad en la que todos disfrutemos de unos mínimos de calidad de vida, esta teoría de justicia social con el enfoque de las capacidades, cuestiona el término de progreso que se ha descuidado su incidencia de las personas y de su dignidad como ser humano, el reto es crear una sociedad donde el bienestar social sea para todos y la felicidad del individuo, sean los principales protagonistas de una educación pluralista e intercultural.

### **2.5.1 Política Internacional de drogas.**

En Washington, D.C., de octubre de 1889 a abril de 1890 se realiza la Primera Conferencia Internacional Americana, en esta reunión, se acordó crear la Unión Internacional de Repúblicas Americanas y se empezó a tejer una red de disposiciones e instituciones que llegaría a darse a conocer como el primer “sistema interamericano”, el más antiguo sistema

institucional internacional. Es 58 años después, un 30 de abril de 1948 que se inaugura la Organización de los Estados Americanos, la que actualmente conocemos como la “OEA”, instalada con el objetivo de crear un foro político para la toma de decisiones, el diálogo multilateral y la integración de los países de América, siendo así una de sus funciones pilares el construir relaciones más fuertes entre las naciones y los pueblos de este continente. A pesar de que nuestro país México es socio fundador desde 1948 cuando se suscribió el “Pacto de Bogotá”<sup>4</sup>, ha dado pauta para diversos cuestionamientos relacionados con el cumplimiento de la declaración de la organización, la cual señala que los países miembros “deben trabajar para fortalecer la paz, la seguridad y consolidar la democracia, así como también deben promover los derechos humanos, apoyar el desarrollo social y económico para el favorecimiento del crecimiento sostenible en América”.

Actualmente la OEA, a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ha propuesto como objetivo a los Estados (países) miembros, en su sección de la reducción de la demanda de drogas, que se le dé prioridad a la educación y capacitación al cuerpo de profesionales que gestionen programas de prevención y ofrezcan servicios de tratamientos; por lo tanto los proyectos y programas de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas se están convirtiendo en una gran prioridad, y el programa de reducción de la demanda de la CICAD sirve para apoyar a los gobiernos y a las organizaciones de la sociedad civil que proporcionan servicios de prevención y tratamiento en el ámbito de la comunidad (OEA, 2018), en el cual el tema de perspectiva de género está incluido y para atenderlo de forma puntual se crea “la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) es un órgano especializado a cargo de guiar el trabajo de la Organización (OEA) en sus esfuerzos de promover la equidad de género en América, estableciéndose en 1928 con objetivos como:

- Asegurar el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres.
- Colaborar con otras organizaciones internacionales para apoyar los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
- Informar anualmente a la Asamblea General sobre el trabajo de la CIM, incluyendo aspectos relevantes de la condición de las mujeres en el hemisferio, los progresos alcanzados en materia de derechos humanos de las mujeres y la equidad e igualdad de género y sobre temas de especial preocupación en este contexto.

---

<sup>4</sup> La Carta de la OEA se firmó en Bogotá en 1948.

- Contribuir al desarrollo de la jurisprudencia internacional e interamericana sobre los derechos humanos de las mujeres y la equidad e igualdad de género.
- Fomentar la elaboración y adopción de instrumentos interamericanos para el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos y agentes de la democracia.
- Promover la adopción o adecuación de medidas de carácter legislativo necesarias para eliminar toda forma de discriminación contra las mujeres (CIM, 2020).

Con el mismo interés y constancia el National Institute on Drug Abuse (N.I.D.A.) de la ciudad de Washington, D.C, ha sugerido e insistiendo en la inclusión de mujeres en las investigaciones relacionadas con el consumo de drogas, puesto que, en España, es desde el año 2007 que se publican constantemente resultados de estudios relacionados con el tema de drogas y la violencia de género (Gasteiz, 2007).

A través del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, se plasman 7 políticas públicas para la igualdad de género; los 7 países son:

En el caso de Brasil y Uruguay, se establecieron políticas para el enfrentamiento de la violencia hacia las mujeres, por ser mujeres; esta política muestra cómo las sociedades y los estados pueden avanzar e incidir en la conceptualización de lo “privado”, politizar lo privado para llevarlo a un objeto de política pública y erradicar el enfoque de que el problema de la violencia, tradicionalmente es considerado un suceso “privado” y lograr que esta política favorezca la justicia de género.

En Colombia la política se vincula a la autonomía física de la mujer, su política se inclina hacia la decisión como derecho de la interrupción voluntaria del embarazo de y que a través de la “despenalización” lograr incidir en las injusticias relacionadas con el derecho a la salud, la discriminación, pues sólo las mujeres abortan y la criminalización ante este hecho.

Bolivia y Costa Rica, hacen énfasis a la paridad de género como estrategia para resolver la desigualdad en la política, evidenciando lo difícil para las mujeres en poder participar y competir en igualdad de condiciones con los hombres y acceder a puestos de elección popular y de toma de decisiones.

Chile implementa una política sobre la reforma previsional (principalmente en pensiones de vejez e invalidez), una política más allá de lo redistributivo, enfocada en reconocer a las mujeres como ciudadanas con iguales derechos que los hombres, con trabajo remunerado y no remunerado realizado por mujeres.

En México, la política es particularmente sobre el rol redistributivo del Estado, éste pasa a ser garante de la igualdad, asegurando que un porcentaje del presupuesto federal nacional será destinado a políticas, programas y actividades para mujeres, en lo que se ha denominado el “gasto etiquetado para las mujeres” (CEPAL, Políticas Públicas para la Igualdad de Género, 2014):

PAÍS	POLÍTICA PÚBLICA	OBJETIVO
1. Brasil	Brasil: la Ley 11340 María da Penha (2006)	Proteger a las mujeres de la violencia doméstica y familiar
2. Uruguay	Política de lucha contra la violencia de género	Erradicar la violencia doméstica y promover la equidad y el pleno goce de los derechos humanos.
3. Colombia	Política de garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).	Asegurar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de acuerdo con lo establecido en la ley.
4. Estado plurinacional de Bolivia	Paridad y alternancia de género en los órganos de elección del Estado y en las instancias intermedias.	Garantizar la participación de las mujeres en los órganos de elección del Estado y en las directivas de partidos y agrupaciones políticas.
5. Costa Rica	Política de paridad y alternancia en la Ley Electoral	Asegurar el acceso igualitario de las mujeres en las instancias de elección popular.
6. Chile	Ley 20255 (2008), que establece la Reforma Previsional.	Contribuir a la construcción de un sistema de protección social que garantice la seguridad social en la vejez de todos los chilenos y chilenas, y que aporte a la reducción de la pobreza y la erradicación de la indigencia entre los adultos mayores y los que sufren de invalidez.
7. México	La política de Gasto Etiquetado para las Mujeres y la Igualdad de Género (GEMIG).	“lograr el bienestar y la igualdad sustantiva (de hecho) entre mujeres y hombres, ello implica financiar programas, medidas y acciones públicas que entiendan (identifiquen) y atiendan las especificidades de género, las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres en

		los distintos ámbitos de la vida y se enfoquen a eliminar las expresiones de violencia, discriminación y desigualdad por motivos de género” (CEAMEG, 2011).
--	--	---

Fuente: Elaboración propia

Este cuadro nos brinda la oportunidad de realizar un análisis en el marco de la conceptualización de género, y brinda como resultado el avance de los derechos de las mujeres, hablar de políticas públicas no sólo es plasmarlo en el plano legislativo, sino en aspectos prácticos como la aplicación de normas, en su instalación en el aparato gubernamental, en su gestión, en sus resultados y en sus efectos en la condición real de las mujeres. La política pública habrá de permitir poner en la agenda pública el análisis interseccional de las desigualdades que viven las mujeres con problemas de adicción y que la transversalidad de la perspectiva de género sea formalmente una cultura institucional.

### **2.5.2. Política Nacional de drogas.**

La política de drogas en México se argumenta en tres principios: 1) enfoque de salud pública; 2) prevención y reducción del daño social asociado al fenómeno de las drogas; y, 3) contención y disuasión de la producción, tránsito y distribución de drogas. A su vez, se enmarca en los siguientes ejes de actuación: a) reducción de la demanda; b) control y reducción de la oferta; c) prevención de la violencia y delincuencia; d) procuración y administración de justicia; e) investigación, evaluación y capacitación; y, f) cooperación internacional. Lo anterior bajo coordinación de los tres órdenes de gobierno (Salud, 2019).

En nuestro país, la estrategia para la atención del consumo de drogas está basada principalmente en 3 acciones: la prevención, la detección oportuna y el tratamiento del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.

Respecto a la primera acción de prevención, la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) promueve el Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana, publicando en el año 2016 los Lineamientos Nacionales para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras

Drogas, con el objetivo de impulsar y consolidar los programas preventivos que operen en el territorio nacional, con bases que se fundamentan en la evidencia científica y las mejores prácticas; es también que a través de la CONADIC, que se promueven los criterios para homologar el desarrollo y evaluación de estas intervenciones.

Específicamente en el campo de la prevención, se define esta práctica como “el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, retrasar, reducir, regular o eliminar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, en tanto riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales, a fin de reducir su impacto en la salud” (CONADIC, Lineamientos Nacionales, 2016). Uno de principales lineamientos generales es el No. 3. El cual propone que dentro del programa preventivo que se ejecute se deberá considerar, no sólo la etapa del desarrollo de la población objetivo, sino también los aspectos vinculados al género, a la estructura familiar, al contexto cultural, a la religión y la etnia en donde se lleve a cabo tal intervención.

Llama la atención que en el Informe de Evaluación 2018 del CONEVAL<sup>5</sup> se expone una pronta necesidad de superar la planeación sectorial y que dicho trabajo se encamine hacia una planeación más enfocada en la atención del cumplimiento progresivo de los derechos sociales, que cercanamente nos permita alcanzar un país con grupos sociales diversos, pero al mismo tiempo esta diversidad acceda a mismas o iguales oportunidades para tener éxito en lo económico y en lo social (CONEVAL, 2018).

Es lamentable que a nivel nacional en las intervenciones en prevención selectiva, nivel que requiere de un trabajo con evidencia científica, el trabajo con mujeres embarazadas y sus parejas, madres, padres y/o cuidadores, sus componentes de intervención estén limitadamente relacionados con a) autocuidado de la salud materna; b) afrontamiento de cuestiones socioeconómicas; c) habilidades de crianza positiva; d) cuidado de la salud y e) corresponsabilidad y acompañamiento de la pareja; con nota aclaratoria al final del texto, que “sólo se cuenta con evidencia empírica” (CONADIC 2, 2018).

---

<sup>5</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018.

Cuando en base a la segunda acción de detección oportuna, entenderemos que la meta de la detección del abuso de sustancias es “identificar a la persona que tiene o está en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol o sustancias adictivas, y dentro de ese grupo, identificar a aquellas y aquellos pacientes que necesitan una evaluación posterior para diagnosticarlos y brindar/referir a tratamiento” (Centro Nacional de Equidad de Género, 2005).

Entonces ¿cuáles debieran ser estos criterios para los establecimientos en la atención de mujeres con adicción? Los cuales van más allá del cumplimiento de la NOM 028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; que conociendo las diferencias de una política pública en base a la utilidad de los derechos y el enfoque de las capacidades, estamos frente a un panorama desolador en la ayuda a la rehabilitación y oportunidades de desarrollo para mujeres adictas.

### **3. Metodología.**

#### **3.1. Estrategia metodológica.**

El diseño de la investigación se abasteció de una metodología mixta, basándose en fuentes provenientes de documentos técnicos como autobiografías, planes de tratamiento, cuestionarios; y se combinaron los datos cuantitativos y cualitativos que se obtuvieron en el trabajo de campo.

Los datos cuantitativos surgieron de un cuestionario aplicado a 17 residentes (internas) de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica. Los datos cualitativos se extrajeron de las entrevistas: a 2 profesionales del ámbito de la intervención en el tratamiento de adicciones. A 1 directivo y 1 operadora del ámbito de la intervención en el tratamiento de adicciones. Y a 5 mujeres de un grupo focal afectadas por el problema de la adicción y que concluyeron su proceso de rehabilitación. Además de un grupo de discusión con mujeres que padecen o padecieron adicción.

#### **Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica.**

Casa de la Esperanza, se encuentra ubicada en la calle López Cotilla No.99 de la Colonia Santa Paula, localidad del municipio de Tonalá, Jalisco. Esta colonia abarca un área cercana a 220 hectáreas y operan cerca de 710 establecimientos, que en conjunto emplean alrededor de 444, y la mayoría de estos establecimientos se dedican a comercio minorista, son negocios familiares.

En Santa Paula habitan alrededor de 13,000 personas en 2,810 hogares. Se registran 615 personas por km<sup>2</sup>, con una edad promedio de 24 años y una escolaridad promedio de 7 años cursados. De las 20,000 personas que habitan en Santa Paula, 5,000 son menores de 14 años y 4,000 tienen entre 15 y 29 años de edad. Cuando se analizan los rangos etarios más altos, se contabilizan 4,000 personas con edades de entre 30 y 59 años, y 730 individuos de más de 60 años (MarketDataMéxico, 2019).

De acuerdo al estudio de estimaciones de MarketDataMéxico, Santa Paula tiene un output económico estimado en MXN \$1,500 millones anuales, de los cuales MXN \$490 millones corresponde a ingresos generados por los hogares y unos MXN \$920 millones a ingresos de los 710 establecimientos que allí operan, la mayoría son negocios familiares. Adicionalmente, se estima que en esa colonia laboran 3,000 personas, lo que eleva el total de residentes y trabajadores a 20,000 (MarketDataMéxico, 2019).

No fue el aspecto económico, ni se realizó estudio de mercado, lo que motivó a implementar en la colonia Santa Paula una propuesta terapéutica como “Casa de la Esperanza”, fue que bastó hacer un recorrido para darnos cuenta la situación de abandono institucional, marginalidad, inseguridad y diversos tipos de violencia que existen en esa colonia, zona propicia y expulsora para el consumo de drogas en niñas, niños y adolescentes. Con el objetivo de discernir para este estudio, una apreciación personal de un suceso real, se revisó la Encuesta Nacional de Seguridad (ENSU) realizado en la primera quincena de marzo del 2019 en 67 ciudades de interés, incluyendo Jalisco, el 74 por ciento de la población de 18 años considera que, vivir en su ciudad es inseguro. Información que se complementa con la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en seis ciudades de Jalisco con las siguientes cifras en cuanto a percepción de inseguridad, tres de ellas por arriba del 80 por ciento: obteniendo Tonalá el primer lugar con un 85.1 por ciento, seguida de Guadalajara con 81.2 por ciento y Tlaquepaque con 80.2 por ciento. Busqué edades, escolaridad y sexo, encontrando que 1351 tonaltecas con 15 años y más, tienen estudios de primaria incompleta; de los cuales 595 son hombres y 669 son mujeres. Tonalá, un municipio donde las viviendas particulares habitadas es más fáciles que dispongan de un televisor (2677 hogares), aunque sigan siendo escasas las que cuentan con un servicio de internet (179); Tonalá un municipio que lo que lo ha sostenido es su Fe (18459 católicos).

Tristemente para septiembre de 2019 en Tonalá, la percepción de inseguridad se incrementó de manera alarmante y si en diciembre era de 80.4, hoy se marca 85.1%; lo mismo en San Pedro Tlaquepaque, donde se pasó del 77.2 al 80.2 por ciento. Algo se debe estar haciendo de forma equivocada en la gestión pública, para que la ciudadanía se sienta tan desprotegida en su contexto de vida.

Santa Paula de día



Santa Paula de noche



Con la motivación de colaborar en la reestructuración social de una colonia que ha sido indiferente en el panorama político de nuestro estado, es que se decide abrir Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica en junio de 2017, como un espacio pacífico y digno que apoya a mujeres en situaciones críticas, además de presentar algún problema de consumo de drogas. Su capacidad de instalación es para 25 residentes, pero al incluir la perspectiva de género en el tratamiento, se redujo a una capacidad máxima de 18 mujeres, para poder brindar una atención personalizada y alcanzar algunos objetivos dentro de la interseccionalidad.

## **Participantes.**

Residentes de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica Femenil. Participaron 17 mujeres internas con problema de adicción, que oscilan entre los 15 y 56 años de edad. Estas 17 mujeres suponen, en el tiempo del estudio, una representatividad del 100%.

Las 5 mujeres del grupo focal afectadas por problemas de adicción, son mujeres egresadas de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica, quienes de forma clínica satisfactoria concluyeron su proceso de rehabilitación.

La selección obedeció a la diversidad de las siguientes variables: droga de impacto, estado civil, situación laboral, situación académica, en proceso de rehabilitación o ya rehabilitadas o multitratadas, con o sin hijos, consecuencias por el problema de la adicción, estrategias de enfrentamiento y tiempo sin consumir (en abstinencia).

Las entrevistas a profesionales se realizaron a Dra. Carmen Monjarraz, médico psiquiatra y al Lic. Ricardo Mireles, psicólogo clínico; ambos del ámbito de la intervención en el tratamiento de adicciones.

La entrevista a un directivo fue al Sr. Pedro Aceves, Director de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica y a Fabiola Oropeza, Consejera de esta comunidad terapéutica.

Las 5 mujeres del grupo focal afectadas por la adicción, en apego al principio de confidencialidad sólo mencionaré alguno de sus nombres: Fabi, Moni, Bonnie, Tania y Xime. Todas son egresadas de esta Comunidad Terapéutica y concluyeron su plan de tratamiento y obtuvieron su alta clínica.

### **3.2. Instrumentos aplicados: Cuestionarios y entrevistas.**

La técnica de recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- I- La aplicación de un cuestionario a 17 mujeres residentes o internas. El cuestionario se compone de 56 preguntas, clasificadas en 5 segmentos:
  - 1- Datos de identificación.
  - 2- Familia.
  - 3- Consumo.
  - 4- Violencia de género.
  - 5- Tratamiento.

II- Se realizaron nueve entrevistas semi-estructuradas con un tiempo aproximado de 30 minutos para su desarrollo.

III- Se entrevistaron a 5 mujeres con problema de adicción que terminaron su plan de tratamiento y son egresadas de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica Femenil.

IV- Las entrevistas semiestructuradas a personal profesional de la salud, como directivo y técnico fueron:

- 1) Dra. Carmen Monjarraz; médico psiquiatra responsable.
- 2) Lic. Ricardo Mireles; psicólogo clínico responsable.
- 3) Sr. Pedro Damián Aceves; Director.
- 4) Fabiola Oropeza; técnica-consejera.

V- Un grupo de discusión (focal) con 5 mujeres con problema de adicción; quienes son egresadas que concluyeron su plan de tratamiento. A este grupo se le aplicó un cuestionario de 28 preguntas y se les realizó la entrevista semi-estructurada.

VI- Análisis mixto.

Estas herramientas se contrastaron para la obtención de una variedad de datos cualitativos y cuantitativos; y se generó un mejor análisis de la información.

<b>Instrumento</b>	<b>Participantes</b>	<b>Criterios</b>
1 Cuestionario	17 mujeres	Internas o residentes en Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica Femenil.
9 Entrevistas • semiestructurada • dirigida	2 profesionales de la salud 1 director 1 técnico-consejera	Todos en el ámbito del tratamiento de las adicciones
	5 mujeres afectadas por la adicción	Egresadas de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica que concluyeron su plan de tratamiento.
1 Grupo de discusión	Mujeres con problemas de adicción	Internas o egresadas

Fuente: cuadro de elaboración propia

El cuestionario tiene preguntas de tipo cuantitativo, que nos arrojó datos estadísticos y cifras, así como de tipo cualitativo que permitió recoger las aportaciones de las participantes y el Director, y acceder a obtener la información más próxima a la realidad (Campenhoudt, 1992). El grupo de discusión (focus group) fue semiestructurado y de tipo abierto, para poder contar con la participación libre de las mujeres, de tal forma que, si teníamos que desviarnos del guion original, poder mantener la flexibilidad, siempre y cuando fuera para obtener la mayor información posible de tipo cualitativo, desde la perspectiva de las participantes (Llopis, 2004).

Este instrumento permitió abordar áreas de datos personales, de la maternidad, del ámbito familiar, del ámbito laboral, de la relación de pareja, de los tipos de violencia de género y sus sucesos específicos, situaciones que llevan tanto al consumo como al abandono del tratamiento, situaciones que llevan a la adhesión al tratamiento y al mantenimiento de la evitación del consumo.

#### VII- Cronograma del Trabajo de campo.

Diseño de cuestionario: enero/marzo 2020. Aplicación de cuestionarios: marzo/abril 2020.

Diseño de entrevista: abril 2020. Aplicación de entrevistas: mayo 2020.

Interpretación de datos: mayo/noviembre 2020.

### **3.3. Análisis de resultados.**

El análisis de los resultados lo hago desde el marco de la teoría del “asco” o del miedo como uno de los escenarios discriminativos que bloquean el desarrollo de las capacidades de una persona, en lo particular hago referencia a una mujer con problema de adicción. Tanto el enfoque del desarrollo de las capacidades, como la teoría del asco o del miedo, son propuestas por Martha C. Nussbaum. Para este estudio daré relevancia a la teoría del asco o del miedo, como el componente principal de la política de la exclusión y para resaltar las desigualdades que viven las mujeres que padecen alguna adicción, sea esta adicción de tipo comportamental (no tóxica) o a sustancias (tóxica). Estas mujeres en ocasiones viven una doble desigualdad o discriminación, por un lado, en su contexto social y por el otro, dentro de sus propias familias.

Es importante aclarar que la información que aquí se presenta, a través de las entrevistas que se realizaron tanto a internas como egresadas de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica; se comparte con la autorización en previo consentimiento de las mujeres encuestadas y entrevistadas. A ellas se les definieron los objetivos del estudio y accedieron a colaborar y que se compartiera la información, manteniendo la confidencialidad para salvaguardar su identidad, es por ello que sólo aparecerá uno de sus nombres, este, ellas lo decidieron. Al final de los cuestionarios firmaron su consentimiento cada una de las mujeres que fue entrevistadas y/o encuestadas.

En el enfoque de justicia social se busca que todos gocemos de unos mínimos de calidad de vida, que no nos limitemos a sobrevivir, sino que, por el contrario, disfrutemos de lo que Martha Nussbaum (2012) nombró “una vida decente”. Recordemos que esta teoría del desarrollo de las capacidades propone diez de estas: vida, salud física, integridad física, sentido-pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, otras especies, juego y control sobre el propio entorno. Todas estas capacidades para poder considerárseles como tal, deben ser expresadas en algún escenario o ambiente, de lo contrario no podremos identificarlas y cometer el error de ignorarlas. Por ello, los temas se clasificaron en los casilleros de sucesos y vivencias antes, durante y después del consumo de sustancias psicoactivas.

El director de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica, desde el inicio del estudio permitió el contacto con las residentes y mostró toda cooperación para la realización de este trabajo; así como ponerlo a consideración de las familias de las residentes, para aquellas que tuvieran objeción en la recolección de la información tenían esa libertad de elegir por la no colaboración. Además de las familias, los profesionales de la salud que colaboran en este lugar, mostraron competitiva apertura y agrado por la propuesta de este tema como un estudio clasificado en cinco segmentos:

- 1- Datos de identificación.
- 2- Familia.
- 3- Consumo.
- 4- Violencia de género.
- 5- Tratamiento.

Referente al Secretario Técnico del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) Dr. Ignacio Contreras, al inicio del estudio accedió amablemente a facilitar el estudio, pero lamentablemente en diciembre del 2019 falleció. En el transcurso de este año (2020), ante la situación de la pandemia del COVID-19, no fue posible contar con el apoyo del CECAJ.

### 3.3.1. Entrevistas egresadas

<p><b>1. Fabi</b>            Edad: 39 años            Residencia: Col. La Tuzanía, Zapopan.            Edo. Civil: soltera            Escolaridad: Lic. en leyes            Hijos: niño de 8 años            Ocupación.            Antes: cuidar a persona mayor.            Después: ayuda en labores en casa de sus padres y venta de bisutería.            Droga de impacto: cristal.            Diagnóstico: trastorno de personalidad límite (TLP).</p>	<p><b>2. Moni</b>            Edad: 46 años            Residencia: Col. Libertad, Guadalajara.            Edo. Civil: soltera            Escolaridad: secundaria            Hijos: mujer de 18 años y niño de 11 años.            Ocupación.            Antes del consumo: negocio propio de estética.            Después del consumo: estilista.            Droga de impacto: alcohol.            Diagnóstico: trastorno de ansiedad.</p>	<p><b>3. Bonnie</b>            Edad: 41 años            Residencia: Col. Moctezuma, Zapopan.            Edo. Civil: separada            Escolaridad: Lic. en pedagogía.            Hijos: hombre de 21 años, 2 mujeres de 18 y 15 años.            Ocupación.            Antes del consumo: maestra de preescolar.            Después del consumo: junto con su hijo, venta de comida (jugos y lonches).            Droga de impacto: cristal            Diagnóstico: trastorno depresivo mayor.</p>
<p><b>4. Tania</b>            Edad: 16 años            Residencia: Col. Centro, Tlajomulco de Zúñiga.            Edo. Civil: soltera            Escolaridad: secundaria (prepa)</p>	<p><b>5. Xime</b>            Edad: 16 años.            Residencia: Col. Centro, Tlajomulco de Zúñiga.            Edo. Civil: soltera            Escolaridad: secundaria (prepa trunca).            Hijos: No</p>	

trunca).	Ocupación.
Hijos: No	Antes del consumo: ayudar a su familia en tienda de abarrotes y estudiante.
Ocupación.	Después del consumo: ayudar en casa.
Antes del consumo: estudiante	Droga de impacto: cristal
Después del consumo: ayudar en casa.	Diagnóstico: Tr. de conducta alimentaria (TCA) y distimia.
Droga de impacto: cristal	
Diagnóstico: distimia.	

Posterior a las entrevistas de las mujeres egresadas y a los profesionales de la Comunidad y en este contexto, pudimos analizar ¿cómo viven las desigualdades, las mujeres en relación al tratamiento de adicciones?

Anteriormente expuse la teoría del asco o cultura del repudio que describe Nussbaum (2019), como el cimiento filosófico de la monarquía del miedo, la cual expresa que la reacción de asco se origina por un miedo, y es a través de este miedo que en las sociedades actuales se van formando lo que ella nombra los grupos de exclusión o discriminados, los cuales al ser ignorados por y en la esfera pública, abre camino a la política de exclusión. Recordemos que las historias de exclusión por razón de raza, género, orientación sexual, discapacidad, edad y religión; se anteceden por expresiones de odio que pueden llegar hasta el crimen, como los feminicidios (Nussbaum, 2019; pág.124). Esta política de exclusión forma y mantiene grupos subordinados cuyos miembros se consideran repugnantes, que dan asco, inmorales y que, al poder contaminar, se deben generar acciones que los aparten (aislen) y así el sistema pueda justificar su rechazo y la discriminación hacia estas minorías.

Sabemos que el miedo está en la esencia del asco primario, pero al no alejarnos completamente del miedo, nos obliga a construir un mecanismo protector llamado asco proyectivo, momento en el que se arriesga la igualdad y el respeto mutuo, dando lugar a una diversidad de estigmatizaciones por asco, expusimos como ejemplo de ello, el asco físico (corporal) hacia las lesbianas, provocando reacciones negativas y de odio, sobre todo hacia las mujeres que muestran éxito ante las combinaciones de asco, ira, culpa y envidia. Uno de los males sociales actuales es la discriminación hacia las mujeres por razón de edad y de discapacidad (física o mental); el asco hacia las sexualidades no convencionales, personas que son portadoras de una impureza terrible (Nussbaum M. C., 2019; pág. 143).

Hay ascos que se fundan en una fantasía, pero que terminan por convertirse en una realidad física, como en el caso actual de la crisis política de EEUU, donde parece que permanece una repugnancia (mayor o menor) hacia personas de origen musulmán, judío, latino o afro; así como la creencia de que los niños de piel morena y oscura aprenden menos o más lento, en relación a uno de piel blanca (Nussbaum M. C., 2019).

La exclusión se alimenta del miedo y de la ira, estas emociones impulsan y configuran la discriminación, es esta conducta discriminatoria la realidad física que padecen mujeres drogodependientes que deciden por voluntad personal o familiar, internarse en un centro.

Algunas de las residentes entrevistadas que han estado internadas en diversos establecimientos para su rehabilitación, expresan la violencia que han recibido como un ejercicio común de la realidad física del asco, de esa repugnancia que se va introyectando como un aspecto “normal” del estereotipo femenino. Preciado motivo por el cual, cuando estas mujeres son violentadas, guardan silencio, como en un intento de evitar se engrandezca esta repugnancia (asco) y no denuncian ese hecho por las siguientes creencias: “no sabía que podía denunciar” y creer que “así son los anexos” (caso 1). “No se trata igual a hombres que a mujeres” (caso 2); “nos trataban peor que a los hombres” (caso 3); “ahí no tienes derecho a nada” (caso 4).

Estas mujeres hoy sienten la confianza de describir cómo fueron maltratadas y sometidas en esos lugares: “no se basan a las necesidades en especial (refiriéndose a las mujeres)” (caso 5). El tipo de violencia que recibieron iba desde amarrarlas si presentaban una crisis emocional: “las amarraban en una silla si se ponían mal” (caso 6), “daban golpes en pompis” (caso 7), las amenazaban y si gritaban “nos metían un trapo” (caso 8), “nos gritaban y nos sopapeaban” (caso 9), “si no querías comer te lo daban en la boca” (caso 10); “sólo podía ver al piso” (caso 11) y “a que no entendía con golpes” (caso 12).

Moni, una de las mujeres egresadas que entreviste, en el ámbito personal, mujer de 46 años de edad, con estudios de secundaria y oficio de estilista. Tiene dos hijos, una mujer de 18 años y un varón de 11 años, son de diferentes padres. Familiarmente viven en misma casa: su madre, su hermano menor y sus 2 hijos; escenario que le promueve la creencia de que su madre “quiere más” a su hermano, quien además vive con VIH +, expresa que tal vez la conducta de

su madre es “como un intento de protegerlo del rechazo social por su enfermedad”. Socialmente, vive en una colonia (Col. Libertad), considerada de nivel medio-bajo, está próxima al mercado Felipe Ángeles y zona conocida de Hermosa Provincia. Junto con su hermano trabaja en la estética que es propia.

Ella empieza a salir con un hombre, propietario de un taxi e inician una relación sentimental, en la cual él la induce al consumo de alcohol, para después tener relaciones. Como parte del estereotipo femenino, Moni creía que era normal, la violencia física y sexual que ejercía su anterior pareja hacia ella, ya que la consideraba “justa” por su problema de dependencia al alcohol.

“Iba por mí al trabajo (estética); me subía al taxi, empezábamos a beber y después no podía decirle que no quería tener relaciones sexuales... me daba miedo” (Moni).

En el período de las entrevistas, Moni tuvo que poner una denuncia de restricción física, debido a que este hombre amenazó con arma de fuego, para que ella regresara con él, debido a que había egresado de la Comunidad. En el marco de la política de exclusión (del asco), Moni, se refirió a la instancia donde presentó su denuncia por violencia, como una institución con servidores públicos “fríos”, indiferentes y apáticos y que finalmente le respondieron que “por el momento no contaban con brazaletes”, cuando este es indispensable para activar el código violeta<sup>6</sup>.

Socialmente, ella tiene un empleo porque es un negocio familiar, a pesar de esto, no logra sentirse tranquila y segura después de reinserción socio-familiar.

“Me siento algo extraña, observada por mis vecinos y amigos, no me he integrado totalmente...me siento algo “rara, nerviosa, confusa” (Moni).

---

<sup>6</sup> El **Código Violeta** tiene como objetivo proteger a las mujeres cuando sean víctimas de agresiones o amenazas que pongan en riesgo su integridad. Se les brindará protección en un sitio seguro, mientras la autoridad responsable llega para brindarles servicios integrales y especializados.

El caso de Xime, una joven de 16 años con preparatoria trunca, vive con ambos padres y su hermana menor. Familiarmente tienen un negocio de abarrotes (tiendita), del cual, por el fácil acceso, Xime empezó a sustraer cervezas y tabaco para compartir con sus amigos. Al vivir en una colonia considerada de nivel bajo (Tlajomulco de Zúñiga), inicia con estos amigos de su colonia su primer consumo con alcohol. Después roba dinero de la tienda, para comprar drogas, conseguida fácilmente también por las mismas amistades. El consumo de cristal favoreció el desarrollo del TCA (trastorno de conducta alimentaria), al perseguir un estereotipo físico-estético en relación al concepto de mujer “bonita”. En su reinserción quedó impactada al saber que las “amistades” con las que consumía, fueron “levantados y desaparecidos”. Motivo por el cual ella siente mucho miedo regresar a su colonia.

“Si mi familia no me hubiera internado, también me hubieran levantado” (Xime)

En el marco de las políticas públicas, en lo referente a la transversalidad de la perspectiva de género, es urgente hallar soluciones a la violencia de género, primordialmente cuando se está de por medio la vida de estas mujeres. Entender ¿cuáles son sus raíces? Visibilizar las emociones relacionadas a estos sucesos de exclusión y violencia, es permitirnos más allá de identificar las desigualdades de género, el esclarecerlas ¿cuál es la situación actual de las mujeres adictas en México? y ¿hacia dónde vamos si seguimos omitiendo la perspectiva de género en el campo de las adicciones?

Esta exclusión de la perspectiva de género en los tratamientos, facilita la normalidad de la violencia hacia mujeres con adicción. Esta violencia de género, se acrecienta cuando hay una recaída (reincidencia en el consumo) y regresan a los establecimientos en los que ya estuvieron internadas. Durante las entrevistas ellas comentaban que: “se te castiga, el trato es más duro”; “comíamos del bote de basura y no nos daban de comer”; “peor que las otras veces”; “si es en el mismo anexo que regresas, te aplican en otros que te golpean”.

El caso de Fabi, una mujer de 39 años, licenciada en leyes, vivía con su pareja (también consumidor) padre de su hijo. Se dedicaba a cuidar a una señora mayor, pero lo que percibía económicamente lo gastaba en comprar cristal y pastillas psicotrópicas. Los padres de ella, al saber y verla físicamente muy deteriorada, deciden internarla el año pasado (2019); durante

una salida de “desprendimiento gradual<sup>7</sup>” recae (vuelve a consumir), a lo que sus padres deciden internarla nuevamente sin definir tiempo de estancia. Primero fue necesario y con estancia breve (1-2 meses) internarla en un centro de contención<sup>8</sup>, por presentar conducta violenta y auto-lesiva, además de su problema de tiroides. Después, sus padres deciden trasladarla nuevamente a Casa de la Esperanza por tiempo indefinido hasta lograr ver en su hija una mejoría clínica y alcanzar su alta psiquiátrica. Fabi y su familia viven en la colonia La Tuzanía, considerada de nivel bajo, pero de muy alto riesgo para el consumo de drogas. Familiarmente recibió apoyo por parte de sus padres, ya que ambos, asumieron durante su proceso el cuidado de su hijo de 8 años. Después de 2 años continuos de proceso clínico-terapéutico y con el apoyo de su familia, Fabi logró su alta clínica, con un seguimiento psiquiátrico por su TLP (trastorno límite de la personalidad). Actualmente vive en casa de sus padres con su hijo y su hermano mayor. A sido difícil la reinserción laboral por su trastorno de personalidad, desde su proceso de reinserción estudia de manera virtual la carrera de Técnico Superior Universitario en Consejería y Educador en estrategias de prevención de conductas antisociales. Actualmente para apoyarse económicamente para la manutención del niño, ella vende bisutería que elabora junto con su madre y algunas piezas con su hijo. Continúa estudiando la carrera de TSU.

“Mi mayor miedo es avergonzarme de mi actitud, de que el haber cometido tantos escándalos y actitudes que tenía, por estar bajo efecto de las drogas...creía me iban a rechazar...pero hasta este momento, en mi familia, no noto me discriminen o me juzguen” (Fabi).

“Me siento insegura, siento que la gente me va a rechazar por mi condición del consumo de drogas...yo sola me etiqueté, yo me sentía “rara, juzgada” (Fabi).

El miedo juega un papel fundamental en la formación de jerarquías. El miedo es un motivador de malos comportamientos cuando se combina con la ira y la culpa (Nussbaum, 2019;

---

<sup>7</sup> Un mes antes del egreso de la usuaria, se refuerza la convivencia familiar permitiendo se vaya a su casa un fin de semana e ir haciendo los ajustes terapéuticos con la familia, hasta su salida o egreso.

<sup>8</sup> Son lugares que tienen mayor vigilancia e instalaciones acordes a conductas violentas por los ingresos que son involuntarios. Los tratamientos tienen una disciplina de tipo militarizada.

pág.125). El temor genera culpa y esta puede expresarse a través de una violencia negativa, como la violencia de género.

El caso de Bonnie, una mujer de 41 años y pedagoga, tenía una relación de violencia con su pareja, padre de sus tres hijos, a lo cual ella decide “dejarlo”, pero como padece diabetes, deja a sus tres hijos con él para que lo apoyen. Entonces ella se va a vivir sola a un departamento. Conoce a un señor que la invita asistir a un concierto de rock, le invita una bebida y después de 3 o 4 cervezas, empieza a sentirse mal (ebria), razón por la cual este acompañante le ofrece fumar cristal para sentirse “mejor”. Empieza a consumirlo frecuentemente. Dice que desconocía “estaba deprimida” y la droga la hacía sentirse mejor. Empieza a tener ausencias laborales en la escuela (preescolar) donde era docente, sospechan de su problema y le ofrecen solicite un “permiso” para ausentarse de sus funciones educativas, ella acepta y “la descansan” un ciclo escolar, lo que la motiva a irse a vivir con el hombre que la indujo al consumo de cristal. En esta condición personal, se entera que sus dos hijas fueron abusadas sexualmente por el abuelo (padre de Bonnie) por lo que empieza a drogarse de forma desmedida. Esta confesión de sus hijas y de ella hacia su madre, resulta en la separación de sus padres. Su papá se va de la casa y su madre se va a vivir a un municipio cercano a Chapala. Su hermano mayor radica en Guadalajara, quien al verla física y emocionalmente dañada decide internarla. A causa de la pandemia se detuvo su proceso de reincorporarse laboralmente, por el tiempo transcurrido, hay altas probabilidades que ya no le regresen su empleo. Actualmente vende comida (jugos y lonches) con su hijo mayor, pues a esta fecha Bonnie no ha logrado recuperar su trabajo. Ella minimiza el bloqueo en el campo de la interseccionalidad diciendo:

“Siento vergüenza.... pero con la cara muy en alto porque ahora sé que a nadie más que a mi familia tengo que rendirle cuentas” (Bonnie).

“Sé hacer muchas cosas, de manos cruzadas no me quedo” (Bonnie).

La irracionalidad del asco, subyace a numerosos males sociales: los ogros y brujas además de ser amenazadores, son deformes, feos, mal olientes, sucios, etc. Simbólicamente atribuimos a ello formas de animales que nos produzcan asco (ratas, murciélagos, serpientes, etc).

Socialmente estas características se las atribuimos a los “cuerpos (personas) de unas minorías humanas”, a las que se les considere igualmente indeseables, como algunos grupos étnicos (indios) y sexuales (homosexuales o prostitutas), son socialmente viscosos y claro ejemplo de un “asco proyectivo”, de un asco como una emoción particularmente visceral (fisiológica). Como lo expresa Moni:

“Mi mayor obstáculo en mi reinserción, es mi relación con mi madre” (Moni).

Cuando ella habla de su madre, lo hace con mucho sentimiento y llora porque se siente rechazada por ella.... “Siento que cuando mi madre se comunica conmigo, lo hace con enojo o coraje” (Moni).

Que, a pesar de su recuperación, Moni sigue sintiendo el rechazo y enojo por parte de su madre. En su ceremonia de egreso, su madre le dijo que quienes tenían que asistir eran sus hijos, no ella.

Esta sensación de lo indeseable, del “asco proyectivo” también lo vive Tania; una joven de 16 años, con preparatoria trunca; está diagnosticada con distimia (trastorno del afecto), porque por su edad no se puede clínicamente diagnosticar depresión; su consumo de cristal obedece a querer aliviar ese sentimiento. En lo familiar vive con su mamá, su padrastro y su hermana menor. Socialmente vive en una colonia considerada de nivel bajo (Tlajomulco de Zúñiga).

“Ahora que estoy de vuelta...me llegué a sentir avergonzada de mi proceso, por temor a lo que podrían decir los demás” (Tania).

Conociendo el sistema irracional generado por el asco, visibilizamos que las mujeres con problema de adicción que concluyen su tratamiento o su rehabilitación, al intentar reinserirse laboralmente, no encuentran las mismas facilidades ni oportunidades de regresar a su antiguo trabajo, encontrar un trabajo con las mismas garantías y que económicamente sea bien remunerado; psicológicamente hay algo que se conoce como sesgo implícito”, es tener prejuicios y que la persona prejuiciosa no es consciente de serlo. Es cuando la política de la

exclusión promueve la cultura de la discriminación y permea en las personas, tanto en quien discrimina, como para quien es discriminado.

“Sé que cometí errores, pero aprendí de ellos” (Bonnie).

“Gracias a Dios, no me quedo esperando a que las cosas vengan a mí, me gusta mucho trabajar y Dios no me ha olvidado en ese sentido” (Bonnie).

“Cuando yo me comprometo con algo, lo hago lo mejor posible y siempre dispuesta a seguir aprendiendo” (Bonnie).

Recordemos que Bonnie tiene en juicio su empleo como docente, por eso actualmente vende comida (jugos y lonches) con su hijo mayor; ella lo ve favorablemente porque están teniendo un ingreso económico, pero no es estable como lo era su empleo en el preescolar, sin olvidar las garantías de seguridad social. De forma inconsciente ante la desigualdad laboral, las mujeres rehabilitadas justifican la discriminación como una consecuencia de su adicción. Así como también ante la discriminación de otras personas hacia ellas, pueden asumir una culpa frente a esa actitud de rechazo.

“Me hace falta el regreso a la escuela presencial...quizá el fin de la cuarentena, para comenzar adaptarme a mi nueva vida sin cuarentena” (Tania).

“Socialmente hacen falta lugares sanos donde pueda convivir, sin el miedo que vendan drogas” (Xime)

“Sólo en pequeñas ocasiones han tratado de ofenderme o lastimarme, haciendo referencia a mi proceso, diciéndome adicta, anexada, entre otras cosas; pero pienso no es algo malo el que las personas sepan que hoy por hoy, no consumo drogas” (Tania).

Tania a su corta edad, acepta expresiones discriminatorias y de odio, minimizando la desigualdad con su justificación de “sólo en pequeñas ocasiones... (dichos señalamientos) ...no es algo malo”.

“Me siento alegre, porque sé que no todas las personas son malas influencias” (Xime).

En la entrevista con el Director de esta Comunidad Terapéutica, Sr. Pedro D. Aceves, con una experiencia en adicciones de más de 20 años, se muestra muy entusiasmado y menciona que le fue muy grato tener una evidencia de algunos de los motivos que llevan a mujeres de nuestra región y estado, al consumo de drogas:

“No debemos creer en esquemas de tratamientos ajenos a nuestro contexto (localidad) y que están muy distanciado de las necesidades reales de las mujeres que atendemos”.

“Debemos evitar tratar igual a las mujeres con problemas de adicción, como los hombres adictos, deben ser tratamientos diferentes, hasta por razones fisiológicas”.

Cuando dialogamos sobre las políticas públicas en tema de género, comparte que:

“Con este estudio, hoy me queda más claro lo qué es y no es la perspectiva de género en los tratamientos de adicciones...con hablar y recibir mujeres no queda incluida...ahora entiendo por qué muchos centros no quieren trabajar con mujeres...su tratamiento es más complejo y debiera ser más prolongado”.

En el mismo contexto de las políticas públicas, por su parte el psicólogo clínico, Lic. Ricardo Mireles, quien lleva 8 años trabajando en el área de las adicciones, expresó durante la entrevista:

“a la fecha desconozco, no he visto, ni escuchado una política pública en relación a tratamiento de adicciones con perspectiva de género.

“He visto acciones sólo por parte de personas civiles interesadas en el tema. Quizás se deba a la falta de interés en el tema por parte del gobierno”.

“La desinformación sobre cuestiones de género y la falta de educación al respecto, además de la estigmatización de la mujer con adicción”.

Complementa con la expresión de: “la falta de educación sobre género y la falta de investigación sobre el tema...es necesario invertir en la investigación y generar políticas públicas sobre género”.

Por su parte la Dra. Carmen Manjarrez, médico psiquiatra, lleva 4 años trabajando en adicciones, comenta que “no sabe, ni ha escuchado sobre políticas públicas, que inmersas en el tema de género, se omiten las mujeres con problema de adicción”.

“No hasta el momento. Aún está muy enfocado el tratamiento hacía el sexo masculino”

“Creo es por el estigma y el prejuicio”

“A la mujer socialmente se le castiga por enfermarse, se le juzga por padecer una enfermedad mental. En ocasiones se promueve retirarla del cuidado de sus hijos”.

El acto de discriminación o repudio, es un suceso que también se presenta en las familias de las residentes, prolongándose como un abandono temporal. Los expertos comparten que:

“Está tan dolida y decepcionada la familia, que en breve no quieren saber nada de la residente”; Sr. Pedro Aceves, Director.

“Cuesta mucho trabajo que la familia se comprometa y participe en los procesos de manera responsable...consciente...casi no asisten las familias a las pláticas”; Sr. Pedro Aceves, Director.

“En la familia, se le ve como inferior que el hombre consumidor, imposición de responsabilidades, sobreprotección”; Lic. Ricardo Mireles, psicólogo.

“Durante su proceso he visto que las familias muestran decepción, enojo, sentimiento de culpa, maximización del problema por ser mujer”; Lic. Ricardo Mireles, psicólogo.

“Al inicio del tratamiento la familia muestra enojo, rechazo y castigo hacia la mujer”; Dra. Manjarrez, psiquiatra.

En las familias la actitud de enojo y rechazo que muestran al ingreso del tratamiento, cambia radicalmente en el momento del egreso:

“Para el egreso, son las familias, las que obstaculizan el alta terapéutica o las retiran antes de concluir su proceso”; Sr. Pedro Aceves, Director.

“En su egreso hay sobreprotección, hipervigilancia y sobrecarga de responsabilidades”; Lic. Mireles, psicólogo.

“Al egreso han disminuido o desaparecen el enojo y rechazo, pero en algunos casos sigue siendo una amenaza constante el castigo y ver la opción de tratamiento como un castigo ante conductas no aceptadas a nivel familiar, incluso aquellas que no tienen que ver con la adicción. Entre más información se le maneje a la familia hay menor opción de que esto ocurra”. Dra. Manjarrez, psiquiatra.

Cuando dialogué con los expertos el tema de la discriminación o exclusión y derechos humanos, sus respuestas fueron:

“Hasta institucionalmente (referencia a áreas de gobierno) les son negados”; Director.

“No he escuchado a la CNDH abordar el tema”; psicólogo.

“Se le condiciona su maternidad, se le quitan derechos como estudiar, trabajar y se les obliga a permanecer vigiladas en casa”; psiquiatra.

“El prejuicio existente ante la enfermedad mental y las adicciones y que son "conductas" más vetadas en la mujer. Se les niega la oportunidad de trabajar, mantener una relación afectiva sana, les quitan su capacidad para ser madres o se duda de ellas”; psiquiatra.

Concluyeron que, en el marco de las políticas públicas, el tema de género y de derechos humanos son inaplazables:

“Información y psico-educación”; Director.

“Se necesitan políticas públicas al respecto, investigación, educación, generar espacios de trabajo, estudio y programas con perspectiva de género”; psicólogo.

“Brindar información sobre prevención y tratamiento en adicciones con perspectiva de género a población general. Establecer diferencias de manejo entre el varón adicto y la mujer adicta, ya que las necesidades son diferentes. Mayor apertura a que la mujer con patología adictiva y/o mental reciba atención ya que por mantenerlo oculto o por sus "responsabilidades" en los cuidados, no se le brinda la opción de atenderse”; psiquiatra.

Logramos corroborar que además de las diversas desigualdades que viven las mujeres con adicción, estas inciden fundamentalmente en el menor acceso para la rehabilitación y en la menor permanencia en los procesos de tratamientos de mujeres drogodependientes.

## **6. Conclusiones.**

Hemos podido identificar, además de la necesidad de incluir la perspectiva de género en los tratamientos de adicciones, que se requiere tener presente las diferencias y particularidades del género, los factores físicos, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para que una mujer consuma drogas, analizar los distintos patrones de uso y atender los diferentes efectos y consecuencias.

Debemos promover en los establecimientos este enfoque, incidiendo en eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora de acceder a los servicios de prevención y de tratamiento de la adicción.

La inclusión de la perspectiva de género en los tratamientos de adicciones, nos compromete a visualizar que una mujer recibe un menor apoyo familiar, institucional y social, convirtiéndose así en uno de los motivos por el cual acuden menos a solicitar la ayuda. La dificultad de acudir y acceder a un tratamiento, propicia una evolución menos favorable (Sánchez, 2006, pág. 21).

La perspectiva de género en el marco de las políticas públicas en nuestro Estado ha sido frágil, al menos en el tema de mujeres con problemas de adicción, pues sólo 7 establecimientos en el estado mencionan atender exclusivamente a mujeres que no comparten el mismo espacio físico con hombres, aun así, la inclusión de género es desconocida.

La transversalidad gubernamental, el mencionar este enfoque desde lo público ha permitido que las necesidades básicas y específicas de estas mujeres no sean visibilizadas en el espacio de la interseccionalidad; digamos que cuando en un centro de rehabilitación se menciona la atención a mujeres, no queda implícito este enfoque y pueden nublarse las opciones para su reinserción, minimizando u obstruyendo tanto las oportunidades como los escenarios que les permitan a estas mujeres desarrollar sus capacidades y facilitarles una plena reinserción en sus múltiples facetas o secciones (adolescente, adulta, pareja, madre, profesionista, empleada y otras). Por ejemplo, sé que una de las propuestas al tratamiento de mujeres con adicción, es modificar y adecuar la infraestructura durante su estancia, en particular si ellas son madres, proponiendo construir un espacio de guardería para sus hijos.

Esta propuesta tendría que tener un sólido argumento socio-cultural, al menos desde la teoría del desarrollo de competencias o, de lo contrario resultará una propuesta que además de reforzar el rol tradicional de cuidadora única de los hijos, puede dejar de lado la inclusión del enfoque de género y el involucramiento de la familia nuclear (padre, madre, hijos mayores, etc), ignorando más que el apoyo y los cuidados, la co-responsabilidad de la figura paterna o masculina, o de la pareja en la recuperación de la mujer que decide internarse.

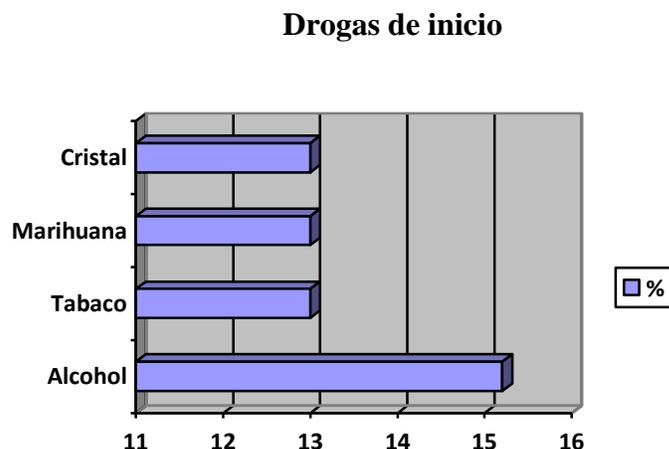
Este hecho de apoyo hacia la pareja, lo vemos con mayor frecuencia cuando se trata de varones que deciden internarse; por ello debemos propiciar el acceso de la pareja masculina en el cuidado de los hijos.

Identificamos que además de ser importante el involucramiento de la familia nuclear y de la pareja en el proceso de rehabilitación, la interna necesita sentir que recibe (invariablemente) un apoyo emocional por parte de ellos.

También se identifica algunos factores en el ámbito personal, familiar y social, que se relacionan con esta desigualdad de género y que dificultan el acceso y la permanencia en el proceso de rehabilitación de mujeres con problema de adicción.

## PERSONAL

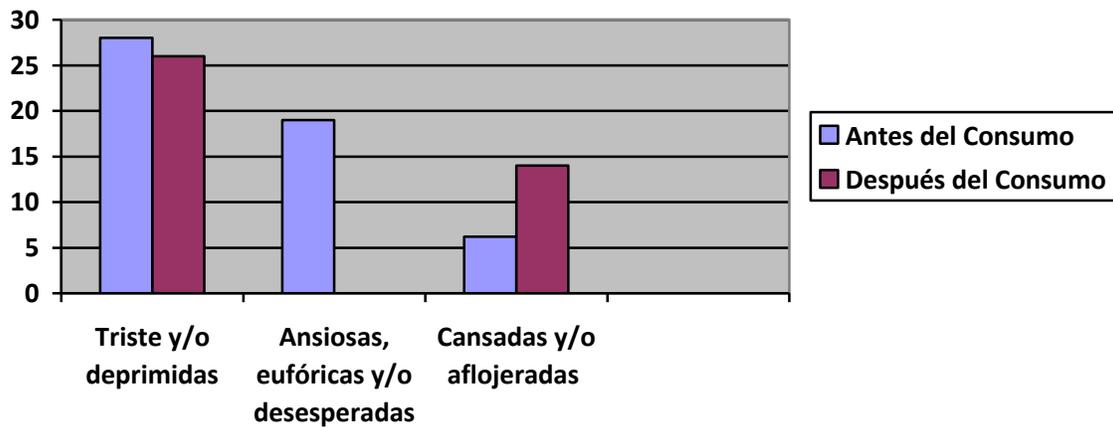
En edad y droga de inicio, identificamos que el 12% de las residentes encuestadas inició su consumo entre los 8 y 9 años de edad y otro 12% inició a los 12 años. Su droga de inicio fue principalmente el alcohol, una droga legal.



Necesitamos conocer que los daños psicológicos o mentales que ocasiona el abuso de alcohol como los trastornos afectivos o del humor (depresión, disforia, irritabilidad, agresividad, etc); los trastornos de ansiedad (alteraciones del sueño, insomnio, trastornos psicóticos - alucinaciones, delirium-, etc.) y las alteraciones de la conciencia, la memoria, demencia, etc. (Sánchez, 2006), se agravan cuando el inicio en el consumo de drogas es a una menor edad y de mayor severidad en las mujeres.

En lo que respecta al estado emocional o mental, antes y después del consumo, las residentes expresaron que previo a su consumo se sentían tristes y/o deprimidas el 28%; ansiosas, eufóricas y/o desesperadas el 19 y cansadas y/o aflojeras el 6.2%. y que después del consumo el 14% se sentía cansada, con el cuerpo pesado y/o relajada, y el 26% seguían experimentando un sentimiento de tristeza, soledad o “tranquilidad”.

Considerando también que el 53% de las encuestadas, confirmó que su pareja era consumidora.



Con este dato podemos referenciar que la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas es más habitual en las mujeres, y que por lo tanto la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes de la adicción, aumentando con ello, la probabilidad de un intento suicida y de aparición de trastornos de personalidad o mentales (EEUU, 2018).

**CONCLUSIONES**

**Resumen de los Hallazgos**

Ritmo Alfa de características normales en presencia de actividad epileptiforme focal en región parieto-temporal izquierda.

**Significación Diagnóstica**

Estudio EEGráfico Anormal

**Comentarios Clínicos**

La presencia de actividad epileptiforme focal escasa sugiere ligera irritabilidad cortical, pero no de naturaleza epiléptica.

**CONCLUSIONES**

**Resumen de los Hallazgos**

Ritmo Dominante Posterior de características anormales en ausencia de actividad lenta o epileptiforme.

**Significación Diagnóstica**

Estudio EEGráfico Anormal

**Comentarios Clínicos**

La disminución de amplitud de forma generalizada es congruente con moderado daño funcional cortical difuso probablemente provocado por consumo crónico de sustancias.

Estos resultados de electroencefalogramas, nos muestran los daños de tipo neurológico (irreversibles) ocasionados por el consumo de drogas en mujeres, no mayores de 30 años.

Consideremos que el 30 % de las encuestadas a sus 18 años ya eran madres y un 14% lo fueron a sus 17 años de edad. Así como el 59% de ellas son solteras y el 53% viven con “otros” familiares, como son hermanos o abuelos.

Nivel de estudios. La escolaridad de las encuestadas es de 4 residentes respondieron que terminaron la primaria, 6 la secundaria, 2 la prepa, 3 una licenciatura y 1 con posgrado; el resto no quiso responder la pregunta.

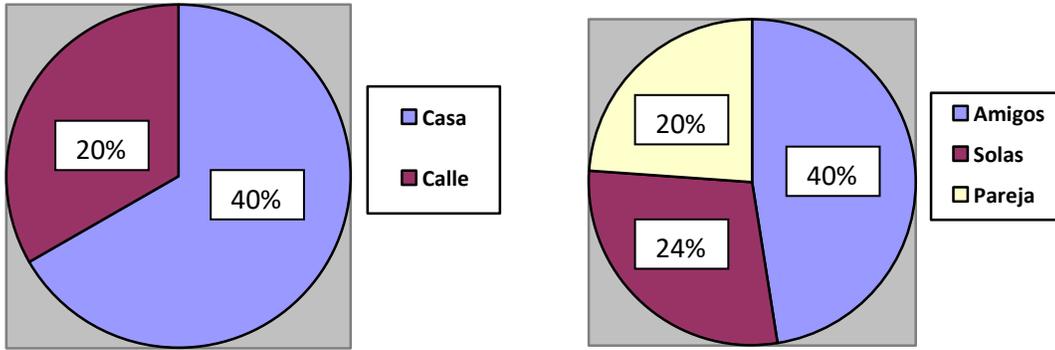
El 30% de estas mujeres además de trabajar, atienden su casa y sus hijos, teniendo mayores responsabilidades en esta doble jornada laboral. Coincidiendo un 24% para residentes que sólo estudiaban y otro 24% que sólo trabajaba.

El 64% de ellas han sido violentadas por su pareja, predominando la violencia física (golpes, moretes, cachetadas, jalones y golpearlas “jugando”). Seguida de la violencia psicológica con un 47% los celos, así como el control y prohibición de amistades, familiares, el uso de algunas prendas de vestir y realizar algunas actividades.

La violencia sexual de sus parejas es a través de obligarlas a una relación sexual, seguido de manoseos, tener múltiples parejas y abuso sexual. Se considera igualmente abuso sexual, cuando el agresor exige tocamiento a sus genitales.

## FAMILIAR.

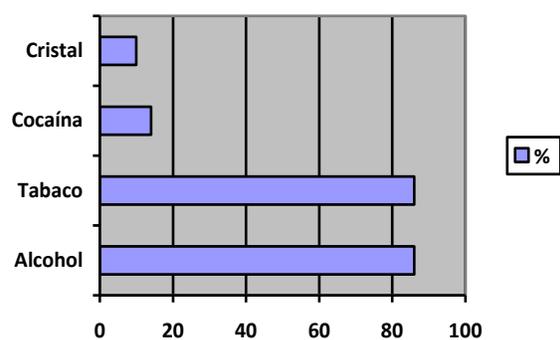
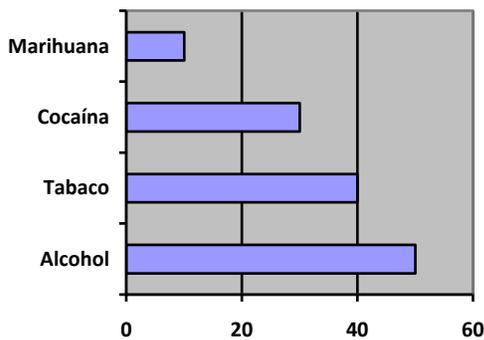
Vimos que dentro de los causales familiares que obstaculizan la rehabilitación de la adicción, se desprende, precisamente de la creencia que persiste en algunas familias, de que la adicción es algo personal relacionada con la fuerza de voluntad (estigma de la enfermedad) y, por lo tanto, un efecto común en las mujeres con problemas de adicción es el poco apoyo familiar, a pesar que el lugar donde decidieron empezar a consumir (40%), fue en su propia casa. Las personas con las que consumían eran preferentemente con sus amigos (40%), seguido que el 24% consumen solas y un 20% con su pareja.



Las familias de origen de estas mujeres necesitan asumir la responsabilidad de que es ahí en ese contexto, que modelan a través de sus actitudes, la conducta propia del consumo. Se debe trabajar en la corresponsabilidad, en la inclusión familiar en los tratamientos para la modificación de tales comportamientos, pues el 59% de las residentes de Casa de la Esperanza, mencionan que ambos de sus padres también tienen adicción. Además que también otros familiares como hermanos y tíos también son consumidores (65%, con un caso de consumo de heroína).

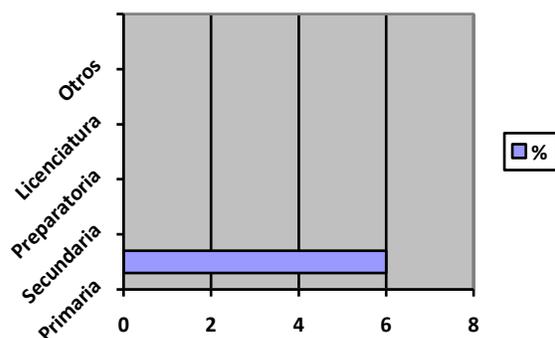
**Padres varones con problemas de adicción.**

**Madres con problemas de adicción.**

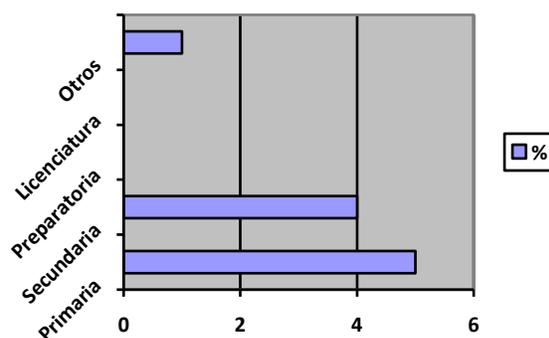


La educación en un nivel básico de los padres, lo considero como un fuerte referente para las mujeres, la mayoría de las residentes coincidió con este nivel de estudios de sus padres: 6 padres varones con primaria, de las madres 4 con secundaria, 5 con primaria y una madre analfabeta, no sabe leer ni escribir (otros).

**Escolaridad de los padres.**



**Escolaridad de las madres.**



La ocupación de los padres está muy relacionada con los ingresos económicos familiares. En las familias de las residentes, 8 de las madres y 10 de los padres trabajan, lo que provocaba que ambos padres al salir a trabajar, dejaban sola, principalmente, a la residente.

La violencia de género está catalogada como un acto de discriminación de acuerdo con los Tratados Internacional de la ONU Mujeres (ONU M). En lo que respecta al campo de violencia, observamos que en la familia se generan constantes abusos y actos violentos, tanto por la familia nuclear como por la de tipo extensiva. Identificando que además de los padres, existen otros familiares como hermanos, primos, tíos y abuelos, que también violentaron física y sexualmente a las usuarias. En la violencia psicológica las han chantajeado, mentido y engañado; en la violencia sexual 6 de ellas, compartieron han sido manoseadas, 4 violadas y 4 abusadas sexualmente, es decir, también se considera el abuso cuando el agresor exige tocamiento a sus genitales. Expresándose así la violencia familiar:

<b>Violencia familiar</b>	<b>Violencia física</b>	<b>Violencia psicológica</b>	<b>Violencia sexual</b>
Acción	Golpes	Chantajes, mentiras y engaños.	Manoseos, abusos y violación.

Referente a la violencia ejercida dentro de la familia expresaron ser víctimas de violencia física 10 mujeres (41.2%), de las cuales 6 por parte del padre, 7 por parte de la madre y 3 por parte del padrastro; predominando los golpes, jalones y jalón de cabello y cachetadas con 35.3% para cada una; encerrarlas (29%), pellizcarlas y amenazar con objetos (24% c/u).

9 respondieron que si recibieron violencia psicológica (53%), como ofensas, insultos y groserías, como también el acto de controlar y prohibir amistades, y hacer bromas de tipo hiriente.

En el contexto familiar 8 de ellas recibieron violencia sexual como manoseos, caricias agresivas, forzar a una relación sexual y una violación, el ejercicio de esta violencia fue por parte de hermanos, primos, tíos o abuelos. 11 de ellas aceptaron que su pareja sentimental, igualmente las agredía física y psicológicamente como celarlas 8 de ellas, y sexualmente (25.3%).

## SOCIAL.

Las residentes encuestadas, pertenecen a las Colonias de La Tuzanía, Libertad, Arcos de Zapopan, La Constitución, Nueva Santa María, Oblatos (2), Morelos, San Agustín, Tlajomulco de Zúñiga (2), El Fortín, Cerro de la Reyna y Moctezuma. Colonias muy propicias para el acceso a drogas (alta disposición).

De las 17 mujeres encuestadas, el 84% de ellas, estuvieron en establecimientos donde se atendían a hombres y mujeres, y un 50% estuvo en lugares donde además de atenderse ambos sexos adultos, también recibían a adolescentes. Por eso, el 50% de estas mujeres afirman que si hay desigualdad en relación al trato y que un 67% de ellas durante su internamiento recibieron violencia; esta violencia no fue denunciada por el 83% de ellas.

La falta de capacitación por parte de las autoridades competentes como el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECAJ), para la inclusión de la perspectiva de género en los tratamientos de adicciones, ha favorecido el acelere de un mayor deterioro mental y psicológico, que a la par, puede ser un factor determinante que está provocando una menor adherencia o apego al tratamiento. Ocasionando que un considerable número de mujeres con problemas de adicción, requieran o hayan tenido diversos internamientos, hecho que conocemos como mujeres multi-tratadas: el 35% de las encuestadas lleva de 3 a 4 internamientos, cuando tenían entre 11 y 15 años de edad en su primer internamiento.

En el caso de las residentes que han recibido tratamientos anteriores y que han sido multitratadas, el 100% de ellas respondieron no haber recibido propuestas terapéuticas para su reinserción académica, laboral, familiar, social ni en relación a su pareja, en los anteriores establecimientos.

Concluyendo que el desconocimiento de este enfoque en los tratamientos de adicciones, ha provocado que varias de las estrategias públicas y privadas (asociaciones civiles), con servicios para prevenir y atender la adicción, se vean limitadas, igualmente en la infraestructura como en los esquemas de tratamiento, es decir, no existen tratamientos diferenciados (específicos) de acuerdo al género ni a la edad.

Esta desigualdad de la atención, promueve en los centros de rehabilitación la conducta de exclusión y de repugnancia, porque el 67% de las encuestadas respondieron que no podían dialogar con alguna persona que, se considere miembro del equipo de dirigentes (directivos o encargados), que inclusive en algunos de estos lugares está prohibido verlos a los ojos.

Se ha justificado la desigualdad y la violencia de género, al nombrarlas como las “malas prácticas” ejercidas en los centros de rehabilitación en contra de mujeres consumidoras, ante la ausencia y la promoción de políticas públicas de género y adicciones.

Pero la ignorancia no nos exime de la responsabilidad de ejercer claramente violencia de género en lo público y en lo privado, en contra de las mujeres que acuden a uno de estos centros con el deseo de recuperarse.

En el caso de las egresadas de Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica, su edad oscila entre los 16 y 31 años de edad, donde el 60% está en el rango de edad entre los 10-19 años y el 40% entre los 20 y 39 años. El 60% se dedica a estudiar y el 40% de ellas son amas de casa.

El 40% de las encuestadas egresadas, reincidieron en el consumo, a pesar que el 75% reconoció se le brindaron opciones de reincorporación laboral, familiar, social y de pareja; así como el 80% menciona recibió un programa que abarca los aspectos físico, psicológico,

nutricional, psiquiátrico y espiritual; aún con los sucesos de recaídas, el 100% expresó que la relación con sus padres o familia, se había mejorado.

También el 100% confirma que, en Casa de la Esperanza, Comunidad Terapéutica Femenil, no se excluye a ninguna mujer por razón de raza, de credo, preferencia sexual o por condición social.

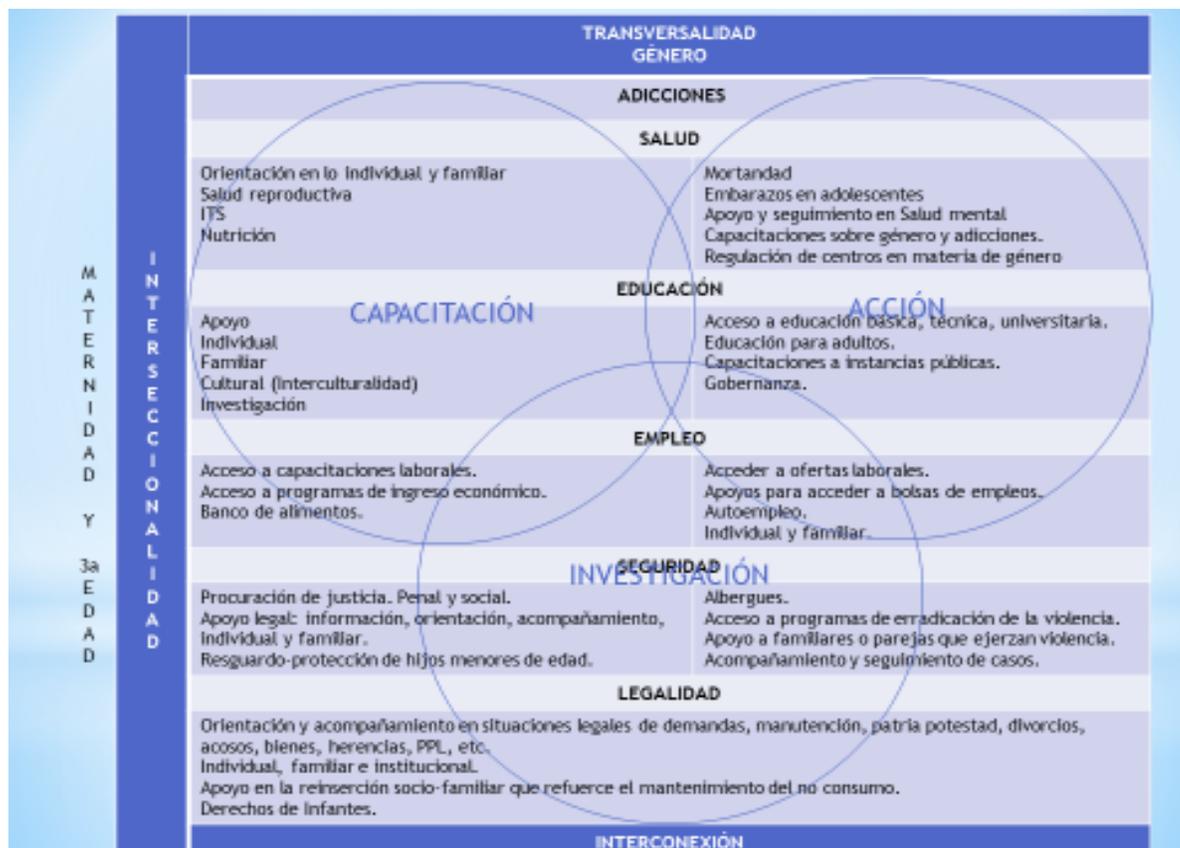
Recordemos que el factor de Consumo de drogas alguna vez en la vida-2016, de 12 a 17 años de edad, fue para hombres (H) el 6.6% y para mujeres (M) el 6.1%; una estrecha diferencia de sólo un punto cinco. Lo que interpretamos que en el caso de las mujeres de 2011 al 2016, pasó del 3 al 4.8%, se elevó de 1 a 2 millones (ENCODAT 2016-2017). En Jalisco, el grupo poblacional de 15 a 19 años se encuentra por arriba del 40% en servicios de atención (primer contacto), siendo la metanfetamina (cristal) la droga de impacto (droga que es el motivo de internamiento). En este 40%, observamos que 43.4% son H y tienen estudios de secundaria, el 47.3% son M y tienen igualmente estudios de secundaria, sumando ambos géneros, obtenemos que el 90.7% de adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años en nivel secundaria, se están drogando. Tristemente también observamos que el 48.6% de H, empezaron a consumir entre los 10 y 14 años, así como el 50.3% de M, igualmente inició entre los 10 y 14 años a consumir drogas; sumando estos porcentajes obtenemos que el 98.9% de niñas y niños de 10 a 14 años en Jalisco, están decidiendo por consumir drogas.

En las variaciones estatales de la ENCODAT 2016, Jalisco, con el 15.3%, logra ser el estado con el porcentaje más alto de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez, con respecto a la prevalencia nacional de 9.9%. Al ser Jalisco, el estado primero con las más altas prevalencias, las acciones preventivas y de atención deberían estarse realizando con mayor cuidado y premura.

Actualmente ya no es sólo incluir el enfoque de género dentro del tema de adicciones, sino que, además estamos obligados a incluir el enfoque de derechos humanos. El omitir e ignorar la promoción de la inclusión, es acelerar la instalación de un sistema de discriminación que perpetúe estos estigmas matizados de asco, repudio, rechazo, odio, y a veces hasta de crimen, es derrotarse frente al sistema de exclusión, entonces, la llamada monarquía del miedo nos habrá “esclavizado” al repudio y a la invisibilidad de las desigualdades, normalizando por

añadida, la violación de los derechos humanos de las mujeres con problema de adicción, será común escuchar como dijo una de las residentes: “nos rapan para evitar los piojos”. Si públicamente pretendemos continuar invisibilizando estas desigualdades de género, y las mujeres nos mantenemos en silencio por el miedo y porque desconocemos estas garantías individuales, es condenarnos a permanecer forzadas a vivir en una sociedad desinformada, insensible y altamente prejuiciosa frente a la mujer que padece la enfermedad de la adicción, se discriminará sin importar su edad, raza, credo, posición social o preferencia sexual.

Es precisamente, en los tratamientos de adicciones, que aceleradamente necesitamos políticas públicas con enfoque de género desde la transversalidad, la interseccionalidad y la interconexión. Una política pública de género que sea capaz de interseccionar además del campo de la salud, con las necesidades de educación, de seguridad, de alimentación, de empleo, de lo familiar y social entre otros.



Fuente: Elaboración propia

Una política pública que sea una amalgama funcional intercultural más que una fractura en la voluntad y el quehacer público, que logre interconectar aquellos programas que justificaron su creación en la defensa de erradicar la violencia hacia las mujeres.

Necesitamos oprimir estas desigualdades de género y exhibir esta invisibilidad institucional, que pareciera está consintiendo la violencia de género en contra de las mujeres con problema de adicción, lo que ha generado grandes estragos socio-familiares en la maternidad y la tercera edad.

La indiferencia institucional y la ausencia de políticas públicas de género con énfasis a mujeres con problema de adicción, arrastrará sucesos de mayor violencia dentro y fuera del núcleo familiar, encareciendo y reduciendo imponentemente la atención en el marco de la salud mental.

## Anexos

### Anexo 1. Cuadro de Instrumentos o Tratados Internacionales.

**ONU Mujeres; Centro Virtual de Conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas.**

<b>Ley o Instrumento Disposiciones pertinentes</b>	
<b>Internacional</b>	
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La violencia contra la mujer es una forma de discriminación (artículo 1).</li><li>• Los Estados partes son responsables de aprobar las leyes y adoptar otras medidas apropiadas que prohíban toda discriminación contra la mujer y establezcan la protección jurídica de la igualdad de derechos de la mujer, entre otras cosas: [...] b) adoptar las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer; c) garantizar, por conducto de los tribunales nacionales o competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación; d) abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación; e) tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas; [...] y g) derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer (artículo 2).</li><li>• Los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las funciones estereotipadas de hombres y mujeres (artículo 5).</li><li>• Los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (artículo 6).</li><li>• Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo, incluidas medidas para prohibir el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil, y prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella y alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo</li></ul>

	necesarios a los padres, en particular servicios destinados al cuidado de los niños (artículo 11).
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Recomendación General núm.12 (1989) insta a los Estados partes a que incluyan en sus informes periódicos al Comité información actualizada sobre la legislación vigente y: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otras medidas adoptadas para erradicar esa violencia;</li> <li>- Servicios de apoyo a las mujeres que sufren agresiones o malos tratos;</li> <li>- Datos estadísticos sobre la frecuencia de cualquier tipo de violencia contra la mujer y sobre las mujeres víctimas de la violencia.</li> </ul> </li> <li>• La Recomendación General 19 (1992) observa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La violencia contra la mujer [...] constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención (párrafo 7).</li> <li>- La Convención se aplica a la violencia perpetrada por las autoridades públicas. Esos actos de violencia también pueden constituir una violación de las obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos u otros convenios, además de violar la Convención (párrafo 8).</li> <li>- Los Estados también pueden ser responsables de actos privados si no adoptan medidas con la diligencia debida para impedir la violación de los derechos o para investigar y castigar los actos de violencia e indemnizar a las víctimas (párrafo 9).</li> <li>- Las medidas para suprimir todas las formas de trata de la mujer incluyen la igualdad de protección de las prostitutas, que son especialmente vulnerables a la violencia porque su condición, que puede ser ilícita, tiende a marginarlas. Necesitan la protección de la ley contra la violación y otras formas de violencia. También se requiere la adopción de medidas protectoras y punitivas durante las guerras, los conflictos armados y la ocupación de territorios (párrafos 15 y 16).</li> <li>- Como parte de las medidas protectoras y punitivas apropiadas, es indispensable que se capacite a los funcionarios judiciales, los agentes del orden público y otros funcionarios públicos para que apliquen la Convención (párrafo 24 b).</li> <li>- También es necesario que se adopten medidas preventivas y punitivas para acabar la trata de mujeres y la explotación sexual (párrafo 24 g).</li> <li>- Los Estados partes deberían garantizar que en las zonas rurales los servicios para víctimas de la violencia sean asequibles a las mujeres y que, de ser necesario, se presten servicios especiales a las comunidades aisladas (párrafo 24</li> </ul> </li> </ul>

	<p>o).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre las medidas necesarias para resolver el problema de la violencia en la familia deberían figurar sanciones penales en los casos necesarios y recursos civiles en caso de violencia en el hogar (párrafo 24 r).</li> <li>- Los Estados partes deberían informar acerca de la amplitud de la violencia en el hogar y el abuso deshonesto y sobre las medidas preventivas, punitivas y correctivas que hayan adoptado (párrafos 24 s).</li> <li>- Medidas jurídicas para proteger eficazmente a las mujeres contra la violencia, entre ellas sanciones penales, recursos civiles e indemnización para protegerlas contra todo tipo de violencia, hasta la violencia y los malos tratos en la familia, la violencia sexual y el hostigamiento en el lugar de trabajo (párrafo 24 t).</li> <li>- Los Estados partes deberían informar sobre todas las formas de violencia contra la mujer e incluir todos los datos de que dispongan acerca de la frecuencia de cada una y de sus efectos para las mujeres víctimas (párrafo 24 u).</li> <li>- Los informes de los Estados partes deberían incluir información acerca de las medidas jurídicas y de prevención y protección que se hayan adoptado para superar el problema de la violencia contra la mujer y acerca de la eficacia de esas medidas (párrafo 24 v).</li> </ul>
<p>Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye la violencia cometida con el consentimiento o la aquiescencia de un funcionario público (por ejemplo, personal de seguridad) con fines de discriminación (artículo 1).</li> </ul>
<p>Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insta a los Estados a “[a]adoptar medidas para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los funcionarios que han de aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de la violencia contra la mujer reciban una formación que los sensibilice respecto de las necesidades de la mujer “ (artículo 4 i)</li> </ul>
<p>Plataforma de Acción de Beijing (1995)</p>	<p>Objetivos estratégicos que los gobiernos han de adoptar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impartir enseñanza y capacitación sobre derechos humanos en que se tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género al personal policial y militar, los funcionarios penitenciarios, [...] incluido el personal que actúa en zonas de conflictos armados y en zonas donde hay refugiados, y sensibilizarlo en cuanto a la naturaleza de los actos y las amenazas de violencia basados en la diferenciación de género, para conseguir que las mujeres víctimas reciban un trato justo (D1.n; E5.o; I2.I; sección D.121).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alentar, respaldar y aplicar las medidas y los programas destinados a propiciar la comprensión de las causas, las consecuencias y los mecanismos de la violencia contra la mujer entre los responsables de la aplicación de esas políticas, como los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley y los miembros de la policía, y establecer estrategias para impedir que las mujeres víctimas de la violencia vuelvan a sufrirla por la prescindencia del género en las leyes o en las prácticas de aplicación de la ley o los procedimientos judiciales (D1.g).</li> <li>• Incluir información sobre los instrumentos y las normas internacionales y regionales en las actividades de información pública y de enseñanza de los derechos humanos y en los programas de educación y capacitación para adultos, particularmente para grupos tales como los militares, la policía y otro personal encargado de hacer cumplir la ley para asegurar la protección eficaz de los derechos humanos (I3. d).</li> <li>• Promulgar leyes en que se prevean penas para los miembros de la policía o de las fuerzas de seguridad o cualquier otro agente del Estado que cometa actos de violencia contra la mujer en el desempeño de sus funciones y adoptar medidas eficaces para investigar y castigar a los responsables (D1.o).</li> <li>• Crear mecanismos institucionales, o reforzar los existentes, a fin de que las mujeres y las niñas puedan dar parte de los actos de violencia cometidos contra ellas e interponer denuncias al respecto en condiciones de seguridad y confidencialidad, y sin temor a castigos o represalias (D1. l).</li> <li>• Garantizar que las mujeres tengan el mismo derecho que los hombres a ser jueces, abogados, funcionarios de otro tipo en los tribunales, así como funcionarios policiales y funcionarios penitenciarios, entre otras cosas (12.m).</li> </ul>
<p>Resolución 52/86 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre medidas de prevención del delito y de justicia penal para la eliminación de la violencia contra la mujer (1998).</p>	<p>Se exhorta a los Estados a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “[...]Confieran a la policía la autoridad requerida para responder con prontitud a todo incidente de violencia contra la mujer”</li> <li>• “Alienten a las mujeres a ingresar en los cuerpos de policía, incluso a nivel operativo”</li> <li>• “Establezcan módulos de capacitación obligatorios, transculturales y sensibles a la diferencia entre los sexos, destinados a la policía [...] en que se examine el carácter</li> </ul>

	<p>inaceptable de la violencia contra la mujer, sus repercusiones y consecuencias y que promuevan una respuesta adecuada a la cuestión de ese tipo de violencia” (anexo, párrafos 8 y 12).</p>
<p>Resolución 1325 (2000) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subraya la importancia de que las mujeres participen en pie de igualdad e intervengan plenamente en todas las iniciativas encaminadas al mantenimiento y el fomento de la paz y la seguridad.</li> <li>• Pide al Secretario General que vele por que el personal civil de las operaciones de mantenimiento de la paz reciba adiestramiento sobre la protección, los derechos y las necesidades especiales de las mujeres (artículo 6).</li> <li>• Pide a todos los que participan en la negociación y aplicación de acuerdos de paz que adopten medidas que garanticen la protección y el respeto de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, particularmente en lo relativo a la policía (artículo 8 c).</li> <li>• Subraya la responsabilidad de todos los Estados de poner fin a la impunidad y de enjuiciar a los culpables de crímenes de guerra, especialmente los relacionados con la violencia sexual y de otro tipo contra las mujeres y las niñas (artículo 11).</li> <li>• Alienta a todos los que participan en el desarme, la desmovilización y la reintegración a que tengan presentes las necesidades distintas de los excombatientes según sean del género femenino o masculino y tengan en cuenta las necesidades de sus familiares a cargo.</li> </ul>
<p>Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye a los actos de violación y otras formas de violencia sexual entre los “crímenes de lesa humanidad” cuando se cometan como parte de un ataque generalizado o sistemático, ya sea en momentos de conflicto armado o no (artículo 7 g).</li> </ul>
<p>Asamblea General de las Naciones Unidas, Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños (2000/2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada Estado parte tendrá en cuenta la edad, el sexo y las necesidades especiales de las víctimas de la trata de personas (artículo 6 4).</li> <li>• Los Estados partes “impartirán a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, así como a los de inmigración y a otros funcionarios pertinentes, capacitación en la prevención de la trata de personas”. [...] “La capacitación también deberá tener en cuenta la necesidad de considerar los derechos humanos y las cuestiones relativas al niño y a la mujer” (artículo 10 2).</li> </ul>

<p>Resolución 1820 (2008) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige que todas las partes en conflictos armados adopten medidas apropiadas para proteger a las mujeres y las niñas de todas las formas de violencia sexual, lo que podría incluir, entre otras cosas, la aplicación de medidas apropiadas de disciplina militar y el cumplimiento del principio de responsabilidad del mando, el adiestramiento de las tropas bajo la prohibición categórica de todas las formas de violencia sexual contra los civiles, la refutación de mitos que alimenten la violencia sexual, la verificación de antecedentes de las fuerzas armadas y de seguridad para tener en cuenta su historial de violaciones y otras formas de violencia sexual y la evacuación hacia un lugar seguro de las mujeres y los niños que estén bajo amenaza inminente de violencia sexual (artículo 3).</li> <li>• Hace un llamamiento a los Estados Miembros para que pongan fin a la impunidad por los actos de violencia sexual y garanticen que todas las víctimas disfruten en pie de igualdad de la protección de la ley (artículo 4).</li> <li>• Pide que se elaboren y pongan en práctica programas apropiados de capacitación para todo el personal humanitario y de mantenimiento de la paz desplegado por las Naciones Unidas en el contexto de misiones establecidas por el Consejo para ayudarlo a prevenir y reconocer mejor la violencia sexual y otras formas de violencia contra los civiles y responder a ellas (artículo 6).</li> <li>• Pide al Secretario General que intensifique los esfuerzos para aplicar la política de tolerancia cero de la explotación y el abuso sexuales en las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, e insta a los países que aportan contingentes y fuerzas de policía a que adopten medidas preventivas apropiadas, incluso mediante la concienciación antes del despliegue y en el teatro de operaciones (artículo 7).</li> </ul> <p>Alienta a los países que aportan contingentes a que aumenten la capacidad de respuesta de su personal que participa en operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas para proteger a los civiles, incluidos las mujeres y los niños, e impedir la violencia sexual contra las mujeres y las niñas, y a que, siempre que sea posible, desplieguen un porcentaje más alto de mujeres en las fuerzas de policía o de mantenimiento de la paz (artículo 8).</p> <p>Pide que las iniciativas de reforma del sector de la seguridad</p>
---	--

	<p>y de desarme, desmovilización y reintegración que reciben asistencia de las Naciones Unidas, en consulta con mujeres y organizaciones dirigidas por mujeres, elaboren mecanismos eficaces para proteger de la violencia a las mujeres (artículo 10).</p> <p>Insta a que se invite a mujeres a participar en los debates que sean pertinentes para la prevención y la solución de conflictos, el mantenimiento de la paz y la seguridad y la consolidación de la paz después de los conflictos, y alienta a todas las partes en esas conversaciones a que faciliten la plena participación de la mujer en pie de igualdad en los niveles decisorios (artículo 12).</p> <p>Pide que se elaboren directrices y estrategias para proteger a los civiles, incluidas las mujeres y las niñas, de todas las formas de violencia sexual (artículo 9).</p> <p>Pide que se elaboren mecanismos eficaces para proteger de la violencia, en particular de la violencia sexual, a las mujeres y las niñas en los campamentos de refugiados y desplazados internos administrados por las Naciones Unidas, así como en todos los procesos de desarme, desmovilización y reintegración y en los esfuerzos de reforma de la justicia y del sector de seguridad que reciben asistencia de las Naciones Unidas (artículo 10).</p>
<p>Resolución 1888 (2009) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige que “todas las partes en conflictos armados adopten de inmediato medidas apropiadas para proteger a los civiles, incluidas las mujeres y los niños, de todas las formas de violencia sexual, como, entre otras, [...] la verificación de antecedentes de los candidatos a incorporarse a fuerzas armadas y de seguridad nacionales para que queden excluidos aquellos asociados con [...] actos de violencia sexual” (artículo 3).</li> <li>• Insta a los Estados a emprender reformas legislativas y judiciales amplias con vistas a asegurar que los sobrevivientes de violencia sexual tengan acceso a la justicia, sean tratados con dignidad a lo largo de todo el proceso judicial y gocen de protección y sean debidamente resarcidos por sus sufrimientos (artículo 6).</li> <li>• Insta a todas las partes en los conflictos a asegurar que se investiguen a fondo todas las denuncias de actos de violencia sexual cometidos por civiles o militares y los presuntos responsables comparezcan ante la justicia, y que los superiores civiles y los jefes militares hagan uso de su autoridad y sus atribuciones para prevenir la</li> </ul>

	<p>violencia sexual y combatir la impunidad (artículo 7).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alienta a los Estados a fomentar la capacidad de los sistemas judicial y policial en situaciones particularmente preocupantes en lo que respecta a la violencia sexual en los conflictos armados (artículo 9).</li> <li>• Insta a que las cuestiones relativas a la violencia sexual se tengan en cuenta desde el comienzo de los procesos de paz, en particular en lo que respecta a la reforma del sector de la seguridad y a la verificación de antecedentes de los candidatos a incorporarse a fuerzas armadas y de seguridad (artículo 17).</li> <li>• Alienta a desplegar un mayor número de personal militar y policial femenino en las operaciones de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz y a capacitar adecuadamente a todo su personal militar y policial para cumplir sus funciones (artículo 19).</li> <li>• Solicita que se preste apoyo técnico a los países que aportan contingentes y fuerzas de policía a fin de que se incluya en la capacitación previa al despliegue y la formación inicial orientación para el personal militar y policial sobre formas de afrontar la violencia sexual (artículo 20).</li> <li>• Solicita que se prosigan e intensifiquen los esfuerzos para aplicar la política de tolerancia cero de la explotación y el abuso sexuales en las operaciones de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz, e insta a los países que aportan contingentes a que adopten las medidas preventivas apropiadas, incluidas las de sensibilización con anterioridad al despliegue y en el teatro de operaciones (artículo 21).</li> </ul>
<p>Resolución 1889 (2009) del Consejo de Seguridad sobre las mujeres y la paz y la seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pone de relieve la responsabilidad de poner fin a la impunidad y de enjuiciar a los culpables de todo tipo de actos de violencia cometidos contra las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto armado, incluidos las violaciones y otros actos de violencia sexual (artículo 3).</li> <li>• Formula estrategias concretas para atender a las necesidades relativas a la seguridad de las mujeres y las niñas, entre otras cosas mediante un sistema de aplicación de la ley que tenga en cuenta las cuestiones de género (artículo 10).</li> <li>• Todos quienes participan en la planificación para el desarme, la desmovilización y la reintegración tienen en cuenta las necesidades particulares de las mujeres y niñas</li> </ul>

	vinculadas a fuerzas o grupos armados, y las de sus hijos, y procuran asegurar su pleno acceso a estos programas (artículo 13).
Resolución 1960 (2010) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exhorta a las partes en conflictos armados a que asuman y cumplan compromisos concretos con plazos definidos para combatir la violencia sexual, entre los que figuren el de impartir órdenes inequívocas a través de las líneas de mando que prohíban la violencia sexual y el de prohibir la violencia sexual en los códigos de conducta y manuales de operaciones militares, y a que asuman y cumplan compromisos concretos con respecto a la investigación oportuna de los presuntos abusos con el fin de exigir cuentas de sus actos a los responsables (artículo 5).</li> <li>• Alienta a los Estados Miembros a desplegar un mayor número de personal militar y de policía femenino en las operaciones de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz y a capacitar adecuadamente a todo su personal militar y de policía en materia de violencia sexual y basada en el género (artículo 15).</li> <li>• Solicita al Secretario General que siga proporcionando y ofreciendo orientación sobre cómo afrontar la violencia sexual para la capacitación previa al despliegue y la formación inicial del personal militar y de policía y ayudando a las misiones a elaborar procedimientos para situaciones concretas destinados a hacer frente a la violencia sexual sobre el terreno, y que se asegure de que se proporcione asistencia técnica a los países que aportan contingentes y fuerzas de policía a fin de que se incluya, en la capacitación previa al despliegue y la formación inicial, orientación para el personal militar y de policía sobre formas de afrontar la violencia sexual (artículo 16).</li> </ul>
<b>Regional</b>	
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) (1994)	<p>Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;</li> <li>• actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer. (capítulo 3, artículo 7)</li> </ul>

<p>Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberán adoptarse y aplicarse medidas apropiadas para garantizar la protección de los derechos de toda mujer a que se respete su dignidad y protección de todas las formas de violencia, en particular la violencia sexual y verbal (artículo 3).</li> <li>• Los Estados partes deberán promulgar y aplicar leyes que prohíban toda forma de violencia contra la mujer, incluidas las relaciones sexuales no deseadas o forzadas ya sea en privado o en público; sancionar a los autores de actos de violencia contra la mujer y ejecutar programas de rehabilitación para las supervivientes; y establecer mecanismos y servicios accesibles de información, rehabilitación y reparación eficaz para las víctimas (artículo 4.2 a, e, f).</li> <li>• Se adoptarán las medidas apropiadas para que los órganos de aplicación de la ley en todos los niveles estén en condiciones de interpretar y asegurar el cumplimiento efectivo de los derechos de igualdad de género y para que las mujeres estén representadas equitativamente en los órganos encargados de hacer cumplir la ley (artículo 8).</li> <li>• Se adoptarán las medidas apropiadas para que ningún niño, especialmente niñas menores de 18 años, participen directamente en las hostilidades, y que no se recluten niños como soldados (artículo 11).</li> <li>• Se adoptarán medidas para garantizar los derechos de las mujeres embarazadas o lactantes o las mujeres detenidas suministrándoles un entorno adecuado a su condición y a su derecho a recibir un trato digno (artículo 24).</li> </ul>
<p>Plataforma de Acción del Pacífico para el adelanto de la mujer y la igualdad de género (2005-2015) revisada: sección regional (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento y aumento de la inclusión de la mujer en los sistemas de alerta temprana, la prevención de conflictos, los procesos y negociaciones de paz, y la reconstrucción después de los conflictos.</li> <li>• Uso de organizaciones regionales e internacionales para impartir capacitación que tenga en cuenta en género a los encargados del mantenimiento de la paz (sección IV. Paz y seguridad)</li> <li>• Seminarios para legisladores, la policía y el poder judicial sobre actitudes frente a la violencia sexual y familiar (Plataforma de Acción 2.3).</li> </ul>

<p>Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Resolución sobre el derecho a interponer recursos y a obtener reparación para las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insta a los Estados partes a que garanticen que la policía y las fuerzas armadas [...] reciban formación adecuada sobre los principios del derecho internacional humanitario, los derechos de la mujer y los derechos del niño (artículo 2).</li> </ul>
<p>Planteamiento global para la aplicación por la Unión Europea de las Resoluciones 1325 (2000) y 1820 (2008) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la mujer, la paz y la seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromete a la Unión Europea a que, al apoyar la reforma del sector de la seguridad “[...] garantice que los procesos de reforma respondan a las necesidades concretas de seguridad tanto de mujeres como de hombres, niños y niñas, y promuevan la inclusión de la mujer en la plantilla de las instituciones interesadas (como la policía)”. Esto incluye ocuparse concretamente de las inversiones necesarias para atender a las víctimas de la violencia sexual y la violencia de género y la investigación de estos delitos (artículo 35).</li> </ul>
<p>Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las Partes se asegurarán de que las autoridades, los funcionarios, los agentes y las instituciones estatales, así como los demás actores que actúan en nombre del Estado se comporten de acuerdo con esta obligación (artículo 5).</li> <li>• Las Partes tomarán las medidas necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio cometidos por actores no estatales (artículo 5).</li> <li>• Las Partes impartirán o reforzarán la formación adecuada de los profesionales pertinentes que traten con víctimas o autores de todos los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio, sobre prevención y detección de dicha violencia, igualdad entre mujeres y hombres, necesidades y derechos de las víctimas, así como sobre la manera de prevenir la victimización secundaria. La formación incluirá la cooperación coordinada e interinstitucional con el fin de permitir una gestión global y adecuada de las directrices en los asuntos de violencia incluidos en el ámbito del presente Convenio (artículo 15, 1 y 2).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberían tomarse las medidas legislativas u otras medidas necesarias para proteger a todas las víctimas contra cualquier nuevo acto de violencia. Debería velarse por que existieran mecanismos adecuados para poner en práctica una cooperación eficaz entre todas las agencias estatales pertinentes, incluidas las autoridades judiciales, los fiscales, las fuerzas y cuerpos de seguridad, [...] para la protección y el apoyo a las víctimas y testigos de todas las formas de violencia, remitiéndose incluso a los servicios de apoyo generales y especializados (artículo 18).</li> <li>• Debería velarse por que las fuerzas y cuerpos de seguridad competentes respondieran de forma rápida y eficaz a todas las formas de violencia ofreciendo protección adecuada e inmediata a las víctimas. También deberían adoptarse medidas para que las fuerzas y cuerpos de seguridad competentes tomaran de forma rápida y adecuada medidas de prevención y protección frente a todas las formas de violencia, incluidas las medidas operativas preventivas y la recogida de pruebas (artículo 50).</li> <li>• Debería garantizarse que las autoridades pertinentes pudieran llevar a cabo una valoración del riesgo de letalidad, de la gravedad de la situación y del riesgo de reincidencia de la violencia a efectos de gestionar el riesgo y garantizar, en su caso, la coordinación de la seguridad y el apoyo. También debería velarse por que dicha valoración tuviera debidamente en cuenta, en todas las fases de la investigación y de la aplicación de las medidas de protección, el hecho de que el autor de actos de violencia posea o tenga acceso a armas de fuego (artículo 51).</li> <li>• Debería garantizarse que las autoridades competentes dispusieran de la facultad de ordenar, en situaciones de peligro inmediato, que el autor del acto de violencia doméstica abandonara la residencia de la víctima o de la persona en peligro por un periodo de tiempo determinado y de prohibir que el autor entrara en el domicilio de la víctima o de la persona en peligro o contactara con ella. Las medidas adoptadas de conformidad con el presente artículo deberán dar prioridad a la seguridad de las víctimas o personas en peligro (artículo 52).</li> <li>• Deberían adoptarse las medidas legislativas o de</li> </ul>
--	---

	<p>otro tipo necesarias para que los mandamientos u órdenes de protección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ofrezcan una protección inmediata y no supongan una carga económica o administrativa excesiva para la víctima;</li> <li>- tengan efecto por un periodo determinado o hasta su modificación o revocación; <ul style="list-style-type: none"> <li>- en su caso, se dicten sin audiencia a la otra parte y con efecto inmediato;</li> </ul> </li> <li>- puedan disponerse de forma independiente o acumulable a otros procedimientos judiciales;</li> <li>- puedan introducirse en procesos judiciales subsiguientes.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debería velarse por que las violaciones de los mandamientos u órdenes de protección sean objeto de sanciones legales, efectivas, proporcionadas y disuasorias (artículo 53).</li> <li>• Deberían adoptarse medidas para proteger los derechos e intereses de las víctimas, incluidas sus necesidades específicas cuando actúen en calidad de testigos, en todas las fases de las investigaciones y procedimientos judiciales, en especial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- velando por que tanto ellas como sus familiares y testigos de cargo estén al amparo de los riesgos de intimidación, represalias y nueva victimización;</li> <li>- velando por que las víctimas sean informadas, al menos en los casos en que las víctimas y sus familiares podrían estar en peligro, cuando el autor del delito se evada o salga en libertad de forma temporal o definitiva;</li> <li>- manteniéndolas informadas de sus derechos y de los servicios existentes a su disposición, así como del curso dado a su demanda, de los cargos imputados, del desarrollo general de la investigación o del procedimiento y de su papel en el mismo, y de la resolución recaída;</li> <li>- dando a las víctimas la posibilidad de ser oídas, de presentar elementos de prueba y de exponer sus puntos de vista, necesidades y preocupaciones, directamente o a través de un intermediario, y de que éstos sean examinados;</li> <li>- velando por que se puedan adoptar medidas para proteger la vida privada y la imagen de la víctima;</li> <li>- velando porque, siempre que sea posible, se evite el</li> </ul> </li> </ul>
--	---

	contacto entre las víctimas y los autores de los delitos en la sede de los tribunales o de los locales de las fuerzas y cuerpos de seguridad (artículo 56).
--	---

## Bibliografía

- Ávila, M. d. (2014). La Transversalidad de la perspectiva de género en las políticas públicas. *Primer Encuentro de Economía Social en México*. . México, México, México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Bárcena, A. (08 de 04 de 2020). *Forbes México*. Recuperado el 17 de 05 de 2020, de [https://www.bing.com/videos/search?q=Revertir+la+desigualdad+social+de+g%3%a9nero\\_CEPAL&&view=detail&mid=E90234AECF826BF009D9E90234AECF826BF009D9&&FORM=VRDGAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3DRevertir%2Bla%2Bdesigualdad%2Bsocial%2Bde%2Bg%25c3%25a9nero\\_CEPAL%2](https://www.bing.com/videos/search?q=Revertir+la+desigualdad+social+de+g%3%a9nero_CEPAL&&view=detail&mid=E90234AECF826BF009D9E90234AECF826BF009D9&&FORM=VRDGAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3DRevertir%2Bla%2Bdesigualdad%2Bsocial%2Bde%2Bg%25c3%25a9nero_CEPAL%2)
- Campenhoudt, R. (1992). *Manual de investigación en ciencias sociales*. México: Limusa Grupo Noriega Ed.1a.
- Cantos, R. (2016). *Hombre, Mujeres y Drogodependencias*. Obtenido de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Carosio, A. (2011). Aportes de la crítica feminista a la reconceptualización de los derechos humanos. *VISIONES CRÍTICAS.final.indd* , 79-112.
- Carreño, J. (2007). Los Medios de Comunicación. En J. Carreño, *Los Medios de Comunicación* (págs. 1-19). México: NOSTRA.
- CEAMEG. (Abril de 2011). *Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género*. Obtenido de [gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2011/abr/20110411/Programa-2.html](http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2011/abr/20110411/Programa-2.html)
- CECAJ. (2018). Guadalajara, Jalisco, México: Gobierno del Estado de Jalisco.
- Centro Nacional de Equidad de Género, C. (2005). Guía Mujeres y Hombres ante las adicciones. *El papel del personal médico en su detección y derivación a tratamiento*. México, México, México: Gobierno de México.
- CEPAL. (2014). *Políticas Públicas para la Igualdad de Género*. . Santiago de Chile.
- CEPAL, & OIT. (Octubre de 2014). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*. Obtenido de file:///C:/Users/dell/Desktop/CEPAL\_OIT\_2014.pdf
- CIM. (2020). *Objetivos de la CIM*. Washington DC.: OEA.

CIMAC, N. (2006). *Una mujer por cada once hombres padece alcoholismo*. Recuperado el 2020, de <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/una-mujer-por-cada-11-hombres-padece-alcoholismo/>

CIMACNOTICIAS. (04 de Enero de 2006). *cnCIMACNOTICIAS, Periodismo con perspectiva de género*. Obtenido de <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/una-mujer-por-cada-11-hombres-padece-alcoholismo/>

CNDH. (18 de Octubre de 2018-2020). Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.

CONADIC. (2009). NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *NOM-028*. México, Distrito Federal, México: Secretaría de Salud.

CONADIC. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/documentos/encuesta-nacional-de-adicciones-ena-2011>

CONADIC. (2016). *Lineamientos Nacionales*. México: Gobierno de México.

CONADIC. (s.f.). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. *Guía para el promotor de "Nueva Vida"*. México, México, México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

CONADIC, 2. (09 de Enero de 2018). Lineamientos nacionales para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. México, México: CONADIC. Recuperado el 27 de Octubre de 2020, de <https://drive.google.com/file/d/1CJALRG4EB16T1e25yUX5PpTF40ne3a4u/view>

CONAPRED. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. México: Secretaría de Gobernación de México.

CONEVAL. (2018). *Informe de Evaluación de la política de Desarrollo Social*. Obtenido de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPD S-2018.aspx](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPD%20S-2018.aspx)

Gasteiz, V. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. España: Publicaciones del Gobierno Vasco.

Góngora, K. d. (Enero de 2015). *CONADIC*. Obtenido de Adicciones y suicidio: factor desencadenante: <https://es.slideshare.net/KarlyGongora/adicciones-y-suicidio-factor-desencadenante>

Guichot-Reina, V. (2015). El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 45-70.

- Habermas, J. (1974). HabermasThe Public Sphere: An Encyclopedia Article (1964). *New German Critique*, No. 3. (Autumn, 1974), 49-55.
- Hernández, R. (2010). Violencia de Estado y Violencia de Género. *CEMCA*, 86-98.
- Hernández, R. (2010). Violencia de estado y violencia de género. Las paradojas en torno a los derechos humanos de las mujeres en México. *Imaginarios de la violencia*.
- INEGI. (2016). *INEGI*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx>
- Informador, E. (31 de Mayo de 2019). *El Informador*. Obtenido de <https://www.informador.mx/Certificados-solo-1-de-cada-10-centros-de-rehabilitacion-INP>, C. (2016). *ENCODAT*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Lagarde, M. (1996). En“El género”, fragmento literal: La perspectiva de género. . *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.* , 13-38.
- Lamas, M. (2002). El enfoque de género en las políticas públicas. *Opinión y Debate*.
- Larrosa-Fuentes, J. (2020). El modelo de sistemas de comunicación política: una propuesta. *DeepL*, 1-10.
- Leñero, M. (2010). Definir los principales conceptos y mirar con lentes de género. *Tercera llamada: orientaciones de género para la vida cotidiana.*, 12-38.
- Llopis, R. (2004). *Grupos de discusión*. Madrid: ESIC.
- Lozano, J., & Montalvo, J. (2005). GÉNERO Y EQUIDAD: SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARROQUIA COLONCHE . Guanacaste, Costa Rica: Universidad Estatal Península de Santa Elena .
- MarketDataMéxico. (2019). Obtenido de <https://www.marketdatamexico.com/es/static/home>
- NIDA. (2010). *National Institute on Drug abuse. The Science of Drug Abuse & Addiction; Serie de reportes de Investigación-La Comunidad Terapéutica*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/recursos>
- NIDA. (08 de 2019). *¿Por qué las mujeres son más sensibles a cocaína?* Recuperado el 2020, de <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2019/08/por-que-las-mujeres-son-mas-sensibles-la-cocaina>

NIDA. (2019). *Metanfetamina*. Recuperado el 11 de 2020, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina>

Noriega, G. (2017). *El guión de la codependencia en relaciones de parejas*. México: Manual Moderno.

NOTISISTEMA. (23 de Abril de 2020). *En Jalisco saldo blanco tras marcha feminista*. Obtenido de <https://www.notisistema.com/noticias/en-jalisco-saldo-blanco-tras-marcha-feminista-asisten-35-mil-personas/>

Nussbaum, M. C. (2012). *La mujeres y el desarrollo humano*. España: Herder.

Nussbaum, M. C. (2019). *La monarquía del miedo*. España: Paidós.

OEA, C. (2018). *Reducción de la demanda*. Washington DC : OEA.

ONU. (2016). *Desarrollo humano y violencia contra las mujeres en México*. Obtenido de <http://www.onu.org.mx/publicaciones/desarrollo-humano-y-violencia-contra-las-mujeres-en-mexico/>

ONU, M. (s.f.). *Principales leyes, instrumentos y acuerdos internacionales y regionales*. Recuperado el 30 de Diciembre de 2011

Ponciano, G. (2017). *Creció 205 por ciento el consumo de drogas entre mujeres mexicanas*. Obtenido de [www.unamglobal.unam.mx/?p=39258](http://www.unamglobal.unam.mx/?p=39258)

Salazar, R. G. (2012). *El derecho como palanca emancipadora: las reformas constitucionales y los derechos sociales*. México: Friederich Ebert Stiftung.

Salud, S. d. (2005). *Manual Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones*. México, México, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Salud, S. d. (2019). *Informe sobre la situación de consumo de drogas en México*. México: Gobierno de México.

Sánchez, L. (2006). *Drogas y Género*. Galicia, Xunta de Galicia, España.

SEGOB. (06 de 06 de 1990). *Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación*. México.

Serrano, M. M. (s.f.). *La comunicación pública y la supervivencia*. México.

Solís, C. (28 de Octubre de 2019). *DEBATE*. Obtenido de <https://www.debate.com.mx/guadalajara/En-Jalisco-de-cada-9-adictos-a-los-narcoticos-5-son-mujeres-20191028-0258.html>

- Stolcke, V. (1993). ¿Es el sexo al género como la raza es a la etnicidad? . En V. Stolcke, *¿Es el sexo al género como la raza es a la etnicidad?* (págs. 17-37). Londres: Routledge.: Teresa del Valle (ed.). .
- Toussaint, F. (2004). Espacios públicos, medios de comunicación y democracia. En A. M. Menéndez, *Comunicación política* (págs. 20-58). México: UNAM.
- UNAM, S. I. (2010). *Equidad de género y prevención de la violencia en primaria*. México: Gobierno de México.
- UNESCO. (2014). Manual metodológico. *Manual metodológico, Igualdad de Género*. México, México, México: UNESCO.
- Villatoro, J. (2014). *ENCODE, 2014* . Obtenido de [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx)
- Villatoro, J. (Agosto de 2016). *El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema*. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/fr/revista/salud-mental/articulo/el-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-mexico-tendencias-y-magnitud-del-problema>
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *DEBATE FEMINISTA*, 1-17.