

# Mujeres que usan drogas y privación de la libertad en México

Análisis y propuestas a partir de las voces de mujeres y adolescentes en cárceles y centros de tratamiento





# 0

---

## Índice de contenido

---

# 1



<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
Objetivos y metodología	10
Contenidos	12
<b>2. LO PROBÉ Y ME GUSTÓ</b>	<b>14</b>
Mujeres y uso de drogas: un panorama internacional y nacional	15
Información recopilada con la investigación de campo	19
<b>3. ANTES ERA FELIZ</b>	<b>29</b>
<b>4. ME SUBIERON A LA FUERZA</b>	<b>34</b>
Tratamiento forzoso e indefinido como forma de privación ilegal de la libertad	36
Condiciones de vida, tortura y malos tratos	39
Discriminación y violencia de género	41
<b>5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</b>	<b>43</b>
<b>6. REFERENCIAS</b>	<b>52</b>





---

# Introducción

---



- *Me trajo mi familia.*
- *¿Querías venir?*
- *No.*
- *¿Te trajeron a fuerza?*
- *Me trajeron con mentiras... me dijeron que iba a anexar a otra persona... y me dejaron a mí.*

**Sol, 15 años, interna en un centro de tratamiento forzoso, México**

Desde 2014, Equis: Justicia para las Mujeres, A. C. (en adelante, Equis), ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de evidencia científica y propuestas de políticas públicas dirigidas a distintas instancias gubernamentales y no gubernamentales en México, para atender a las mujeres afectadas por la guerra contra las drogas, desde una mirada enfocada en sus distintas circunstancias y realidades, y con una aproximación interseccional. En este producto de análisis y propuestas nos centramos en mujeres que usan drogas y se encuentran en centros de tratamiento de consumo o en centros de reinserción social.

El marco internacional de control de drogas se estructura alrededor de tres convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); a saber: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971), y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988). A lo largo de los años, también se han sumado otros instrumentos consensuados bajo el paraguas de las convenciones (véase UNODC, 2016a; CEB, 2019, pp. 12-14; CND, 2020).

Los objetivos del sistema internacional de control de drogas pueden dividirse en dos grandes rubros: por un lado, eliminar el uso no médico de sustancias psicoactivas (control de la demanda) y, por el otro, erradicar la disponibilidad de drogas para fines no médicos y científicos (control de la oferta). Dichos objetivos no han sido alcanzados, puesto que la demanda y la oferta de sustancias siguen en aumento (UNODC, 2019). Además, el enfoque prohibicionista y punitivo que ha prevalecido en la implementación de las convenciones de las Nacio-

nes Unidas sobre la materia ha conllevado para América Latina un conjunto de secuelas negativas,<sup>1</sup> entre ellas el aumento de personas privadas de la libertad, el deterioro de las condiciones penitenciarias y la agudización de la violencia y la inseguridad. Asimismo, la falta de acceso a tratamientos para el uso de drogas y las condiciones de los mismos son producto del sesgo de las políticas de drogas —en particular la estigmatización y el encarcelamiento de las personas que usan drogas y los pocos recursos económicos y humanos dirigidos a las políticas de salud, en comparación con los de seguridad— y de los rasgos propios de su implementación en la región.

Las implicaciones para las personas que usan drogas se recrudecen en el caso de las mujeres, al cruzarse con la discriminación y la violencia de género. Lo anterior se señala en documentos de organismos de las Naciones Unidas (CND, 2020; UNODC, 2016a; JIFE, 2017; UNODC, 2018a; UNODC, 2016b) y de la sociedad civil (AWID, 2019) y se visibiliza en las páginas siguientes, que dan cuenta de la alarmante situación en la cual se encuentra México en materia de derechos humanos, derechos de las mujeres, violencia y políticas de drogas.

El caso de Sol, cuyo testimonio abre este documento, es ilustrativo y se suma al de otras mujeres y adolescentes que entre febrero y noviembre de 2019 fueron entrevistadas de manera individual o grupal, como parte de un esfuerzo de investigación-acción cuyos hallazgos se presentan aquí.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> En 2008, la Oficina de las Naciones contra la Droga y el Delito (UNODC) dedicó una sección de su informe mundial anual sobre drogas a la evolución histórica del marco internacional de fiscalización de drogas. En ese contexto, identificó cinco “consecuencias imprevistas”:

La primera es la creación de un mercado negro delictivo. No faltan delincuentes interesados en competir en un mercado en el que no es poco habitual que los precios se multipliquen por cien desde la fase de producción a la de la venta al por menor.

La segunda es lo que se podría denominar “desplazamiento de las políticas”. La expansión del mercado negro delictivo exige medidas de represión conmensuradas, y para ello es necesario destinar mayores recursos. Pero los recursos son finitos y la salud pública, motivo principal subyacente a la fiscalización, que también los requiere, se haya visto obligada a quedar relegada.

La tercera consecuencia imprevista es el desplazamiento geográfico, denominado frecuentemente “efecto globo” porque si se oprime un lado (con controles más estrictos) se hincha (es decir, aumenta) por otro, aunque el efecto neto pueda ser una reducción en general. [...]

La cuarta consecuencia imprevista es lo que podría denominarse “reemplazo de sustancias”. La fiscalización del consumo de una droga, sea por reducción de la oferta o por de la demanda, induce a los proveedores y consumidores a sustituirla por otra droga con efectos psicoactivos similares que esté sujeta a una fiscalización menos estricta. [...]

La quinta consecuencia imprevista es el modo en que las autoridades perciben a la población de consumidores de drogas ilícitas y se ocupan de ella. Parece haberse creado un sistema por el cual quienes caen en la red de la toxicomanía se encuentran excluidos y marginados de la sociedad, marcados con un estigma moral y, con frecuencia, sin posibilidad alguna de recibir tratamiento, aun cuando se sienten motivados a buscarlo (UNODC, 2008, pp. 219-220).

<sup>2</sup> Estas entrevistas también forman parte de la investigación “Mujeres usuarias de sustancias psicoactivas: tratamiento, criminalización y reinserción social”, realizada por la autora para el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de Chiapas, con fondos del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Prodep).

Al momento de dar su testimonio,<sup>3</sup> Sol tenía 15 años y se encontraba en un Centro Residencial de Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas (en adelante, centros de tratamiento), es decir, un espacio cerrado donde se aloja a hombres, mujeres, niñas y niños que usan —o se supone que usan— drogas<sup>4</sup> de forma dependiente. El internamiento es voluntario o involuntario y dura, en la mayoría de los casos, por lo menos tres meses.<sup>5</sup> En ocasiones, como se muestra más adelante, puede prolongarse por más de un año y traducirse en un lapso indeterminado.

Sol empezó a usar drogas a los seis años. Consumió primero “che-mo”, una forma coloquial de llamar a los inhalables. Para ese entonces ya había sido víctima de violación y de secuestro, además de haber sufrido maltrato de parte de su madre y el abandono de su padre. A los ocho años fue reclutada forzosamente por un cártel dedicado al trasiego de drogas; recibió entrenamiento militar y se convirtió en sicaria. A los 15 años ya temía por su vida; la razón es sencilla: “porque me salí del cártel; del cártel no hay salida, sólo la muerte”.<sup>6</sup>

No estaba segura de que llegaría íntegra al día siguiente: en el sitio donde estaba internada había golpes y castigos. Ser sicaria de un cártel específico la ponía en riesgo de ser asesinada por bandos contrarios. El centro era, al mismo tiempo, lugar de encierro y casa de seguridad: como estar en una tumba, pero todavía con vida.

<sup>3</sup> En noviembre de 2019.

<sup>4</sup> En este documento, el término “drogas” se usa para hacer referencia a todas las sustancias psicoactivas, con énfasis en las que se encuentran mayoritariamente analizadas en las encuestas disponibles; a saber: alcohol y tabaco, cannabis, cocaína (incluyendo pasta base, crack, “paco” y otros derivados), estimulantes de tipo anfetamínicos, opioides y opiáceos, éxtasis y medicamentos controlados para fines médicos desviados al uso no médico, así como inhalables y nuevas sustancias psicoactivas; lo anterior en consonancia con la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos (OMS y Gobierno de España-Ministerio de Salud y Consumo, 1994).

<sup>5</sup> Para más información sobre las características de los centros de tratamiento residencial reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones, conviene revisar los directorios disponibles en la página web <https://cutt.ly/QyApyS0>

<sup>6</sup> Las entrevistas a mujeres y adolescentes que usan drogas aquí presentadas fueron realizadas de febrero a noviembre de 2019 en nueve centros de tratamiento de uso de drogas públicos y privados y en tres centros de reinserción social. Para proteger la identidad de las entrevistadas, en los testimonios no se incluirá como referencia nada más que el nombre ficticio utilizado en este documento.

El centro de tratamiento donde se encontraba era un “anexo”, es decir, uno de los más de dos mil sitios donde se interna a personas que usan drogas y que operan, en su mayoría, de manera ilegal (OSF, 2016): en ellos son recluidas personas mayores de edad simplemente con el consentimiento de su familia, lo que equivale a una detención arbitraria,<sup>7</sup> además de ser contrario a la Norma Oficial Mexicana en materia de tratamiento (véanse los artículos 5.3 y 9.2.2.1.5 de la NOM-028-SSA2-2009). En ocasiones —dependiendo de las condiciones y de los controles de legalidad de estos centros—, entre sus muros viven también niñas, niños y adolescentes que no usan sustancias psicoactivas pero que son considerados “ingobernables” o “rebeldes” por sus familias.

Las personas son entregadas por sus parientes y recibidas a golpes y jalones por los “guardias”<sup>8</sup> de los centros, o bien, son “levantadas” por la llamada Patrulla Espiritual,<sup>9</sup> integrada por personas que están internadas en los centros o sus directores, directoras y otras figuras, que llegan, previa solicitud de las familias, a recoger, a menudo por medio de la violencia, a los futuros huéspedes, a quienes suben en camionetas y encierran por un tiempo indeterminado. Al tratamiento forzoso se suman, en algunos centros, maltratos físicos, verbales y psicológicos, trabajos forzosos, violencia sexual y, en ocasiones, homicidios.

La existencia de centros de internamiento forzoso no es una realidad exclusiva de México; un documento de la Open Society Foundations (OSF, 2016) muestra cómo esto se repite en Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala y Puerto Rico. También en Irán (Söderholm, 2020), China, Camboya, Vietnam, Malasia, Tailandia, Indonesia, Rusia, Perú, Ghana y Nigeria se registra la práctica de detenciones arbitrarias y de internamiento forzoso por tiempo indeterminado, en condiciones indignas y bajo regímenes de malos tratos (Csete et al., 2016).

En 2012, diversas agencias de las Naciones Unidas emitieron la declaración conjunta *Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas* (OIT et al., 2012), en la cual se insta a los países que tengan estos centros a cerrarlos y liberar inmediatamente a las

<sup>7</sup> Con este término se definen las detenciones llevadas a cabo de forma arbitraria o contraria a las disposiciones previstas en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (artículo 9) y otros instrumentos internacionales sobre la materia; véase, entre otros, el artículo 9 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y el principio III.1 de los *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas*.

<sup>8</sup> Se trata de personas que se encuentran internadas en los centros y ejercen ahí alguna función, como vigilar a los demás internos.

<sup>9</sup> Este término fue compartido por uno de los expertos entrevistados para este documento.



personas retenidas en ellos. Sin embargo, a la fecha, dichos centros no sólo siguen operando, sino que no existen prácticas de monitoreo de parte de las Naciones Unidas u otros organismos multilaterales (Csete et al., 2016).

Cabe destacar que la mayoría de estos centros operan bajo el modelo de ayuda mutua,<sup>10</sup> es decir, los dueños y personas a cargo son exusuarios de drogas que han vivido los mismos malos tratos que se infligen a los internos (Csete et al., 2016; O'Neill, 2014; OSF, 2016). Asimismo, suelen tener un fuerte componente religioso, prevalentemente cristiano, que combina "la fe" con "la espiritualidad" del sistema de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos<sup>11</sup> y los juicios morales, estigma y criminalización que pesan sobre las personas que usan drogas (Csete et al., 2016; UNODC, 2018b). Como se ve en las siguientes páginas, esta combinación de religión y visión de la persona que usa drogas como un fracaso, se traduce en denigraciones y violencias sistemáticas que quedan impunes.

<sup>10</sup> Los centros de tratamiento en México operan principalmente bajo tres esquemas: i) establecimientos profesionales: "Son clínicas u hospitales creados formalmente y que cumplen con todos los requisitos estipulados en las leyes, que incluyen desde una licencia de uso de suelo, pasando por las autorizaciones respectivas para contar con espacios como consultorios, unidad de desintoxicación, hasta las autorizaciones para prescribir medicamentos controlados, manuales de organización y de procedimientos, programa de trabajo, instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, un staff de profesionales de la salud debidamente acreditados. Brindan tratamiento médico y psicosocial acorde a principios científicos, sociales y éticos, entre otros. Los periodos de estancia varían desde 28 días hasta varios meses, dependiendo del tipo de establecimiento". ii) Ayuda mutua: "Servicios de internamiento otorgados en centros manejados por consumidores en recuperación (quienes no necesariamente tienen una formación académica en materia de adicciones), utilizan distintos programas de ayuda mutua; uno de los más socorridos es el de los 12 pasos de AA, por lo regular no cuentan con personal profesional propio, aunque la mayoría de ellos recibe apoyo de médicos externos cada vez que ingresa un nuevo paciente o cuando es necesaria su presencia, además de establecer acuerdos con instancias de salud para recibir asistencia médica o psicológica de manera continua". iii) Establecimientos mixtos: "Reúnen la participación de profesionales de la salud y de ex consumidores de drogas en recuperación con largos periodos de abstinencia; usualmente varios años" (Conadic, 2019, p. 46).

<sup>11</sup> Alcohólicos Anónimos (AA) nace en los años treinta en Estados Unidos y uno de sus pilares es la convicción de que una persona alcohólica puede ayudar a otra, de allí el concepto de ayuda mutua entre personas que usan o han dejado de usar drogas. Los 12 pasos son:

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

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con este documento, nuestro objetivo principal es generar conocimiento y propuestas de políticas públicas a partir de las voces y las experiencias de mujeres que usan drogas y se encuentran en un contexto de privación de la libertad.<sup>12</sup> También queremos contribuir a romper el estigma<sup>13</sup> en torno a las mujeres que usan drogas y al uso de drogas en general. Asimismo, pretendemos visibilizar el contexto de violencia de género contra las mujeres<sup>14</sup> y violencia contra la niñez<sup>15</sup> en el que creció la mayoría de las entrevistadas y que forma parte de un problema más amplio que abarca a millones de niñas, niños (Unicef, 2017) y mujeres.<sup>16</sup>

Este trabajo sienta las bases para futuras líneas de investigación e incidencia que pretenden incluir de manera directa a las mujeres que usan drogas.

Este primer esfuerzo de visibilización, sensibilización y elaboración de propuestas se basa en la revisión de datos cuantitativos y en el análisis de fuentes secundarias y de la normativa internacional y nacional. Sin embargo, el núcleo duro de este documento consiste

<sup>12</sup> El término “privación de la libertad” se usa en conformidad con la definición proporcionada en *Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas*, que especifica, en su disposición general “A los efectos del presente documento, se entiende por ‘privación de libertad’:

Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas” (OEA, 2008).

En este documento, los términos “privación de la libertad” y “detención” se usan como sinónimos.

<sup>13</sup> Sobre el tema del estigma de las personas que usan drogas, véase la resolución 61/11 de la CND, en UNODC, 2018b.

<sup>14</sup> De acuerdo con el Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (también llamado *Convenio de Estambul*)

a) “Violencia contra las mujeres” es una violación a los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres y se refiere a todos los actos de violencia basada en el género que resulta o que puede resultar en daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico a las mujeres, incluyendo amenazas como acciones, coerción o privación arbitraria de la libertad, en el ámbito público o privado.

b) “Violencia doméstica” abarca todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que ocurren en la familia o en la unidad doméstica o entre parejas o esposos, ex parejas o ex esposos, independientemente de si la persona perpetradora vive o ha vivido en el mismo espacio que la víctima.

c) [Por] “género” se entienden los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad dada considera apropiados para hombres y mujeres.

d) “Violencia de género contra las mujeres” significa la violencia dirigida en contra de una mujer por ser mujer o que afecta a las mujeres de manera desproporcional (Consejo de Europa, 2011).

<sup>15</sup> Para más información sobre la violencia contra la niñez en cuanto a violación a los derechos humanos, la dignidad y la integridad de niñas y niños, véase Lenzer, 2015.

<sup>16</sup> A nivel mundial, una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física y, en su caso, sexual por parte de un compañero sentimental, o violencia sexual por parte de otra persona distinta a su compañero en algún momento de su vida (ONU Mujeres, 2020).



en entrevistas semiestructuradas individuales y colectivas con adolescentes y mujeres que se encuentran —legal o ilegalmente, por su voluntad o forzosamente— en centros de tratamiento privados y en centros de reinserción social, así como con conocedores del tema desde distintos ámbitos —la medicina, la psiquiatría, el trabajo en los centros de tratamiento y la academia—. Los temas principales abordados en las entrevistas son: i) las características y el desarrollo del consumo (edad de inicio, sustancias, contexto de uso, antecedentes en la familia y motivación para el uso de drogas); ii) la historia de vida previa y durante el consumo de drogas, y iii) las experiencias de tratamiento o de institucionalización previas y actual. Entre febrero y noviembre de 2019 se llevaron a cabo 62 entrevistas, repartidas de la siguiente manera:

**Tabla 1. Entrevista realizadas**

Grupo	Número de entrevistas
Mujeres en centros de tratamiento	21
Adolescentes mujeres en centro de tratamiento	4
Adolescentes hombres en centros de tratamiento	4
Mujeres que usan drogas y se encuentran en prisión	15
Mujeres en prisión acusadas de delitos de drogas	3
Personas que tienen conocimientos o experiencia sobre el tema <sup>17</sup>	15

Fuente: elaboración propia.

En total, se visitaron cinco centros de tratamiento privados en cuatro entidades federativas<sup>18</sup> del norte, centro y sur del país; dos centros de tratamiento públicos del estado de Chiapas, del programa Centra (Centro para la Prevención y Tratamiento en Adicciones);<sup>19</sup> dos unidades de hospitalización —norte y sur—, una Unidad de Tratamiento a Personas con Problemas del Consumo de Heroína de Centros de Integración Juvenil<sup>20</sup> (CIJ) y tres Centros de Reinserción Social (Cereso) en dos entidades federativas —sur y centro-norte—.

<sup>17</sup> En este grupo se incluye a personas de los ámbitos académico y médico, directoras, directores y otras que trabajan en los centros de tratamiento.

<sup>18</sup> Para garantizar la seguridad de las mujeres se prefiere no especificar en qué entidades, centros privados y cárceles se realizaron las entrevistas.

<sup>19</sup> Para mayor información, véase la página web <https://www.fge.chiapas.gob.mx/CENTRA>

<sup>20</sup> Para mayor información véase la página web <https://www.gob.mx/salud/cij>

El ingreso de personas de la academia o la sociedad civil en los centros de tratamiento privados es poco frecuente y puede conllevar riesgos, dependiendo del tipo de centro. Por otro lado, si bien ha aumentado la visibilización de las mujeres que usan drogas tanto a nivel de organismos multilaterales (CND, 2020; UNODC, 2016a; JIFE, 2017; UNODC, 2018a; UNODC, 2016b) como entre la sociedad civil (AI, 2017; AWID, 2019), en México poco se escuchan y dan a conocer sus experiencias.<sup>21</sup>

## CONTENIDOS

El documento tiene una estructura basada en los temas de las entrevistas, que a continuación se explica. En la primera parte, "Lo probé y me gustó", se presentan datos cuantitativos sobre el uso de drogas a niveles internacional, regional y nacional, así como los perfiles de las mujeres entrevistadas, en particular su relación con las sustancias. Luego, en el apartado "Antes era feliz", se ahonda en las experiencias de violencia contra la niñez y violencia de género, marcadas en casi la totalidad de los casos por la violación sexual en el ámbito doméstico<sup>22</sup> y, en repetidas ocasiones, desde la infancia hasta la edad adulta. En la tercera parte, "Me subieron a la fuerza", se comparten extractos de testimonios que refieren las condiciones de los centros privados de tratamiento. Es importante aclarar que los centros visitados son para personas de escasos recursos, no entramos a ninguno para personas de clase media-alta o alta.

Cabe precisar que para el desarrollo del documento se recurre principalmente a los testimonios de las mujeres que usan drogas y que, de manera generosa e informada, compartieron su historia de vida. Del mismo modo, sus narraciones y la observación empírica alimentan las propuestas que complementan este documento. La información proporcionada por las fuentes bibliográficas y las personas entrevistadas que cuentan con experiencia indirecta o directa sobre el tema también nutren el análisis y las propuestas, pero **nuestro com-**

<sup>21</sup> Para el caso de México, vale la pena destacar el trabajo de la doctora Martha Romero Mendoza. De entre sus publicaciones, véase Romero-Mendoza, M., Lozano-Verduzco, I., Saldivar, G. y Manríquez-Montiel, Q., 2018.

<sup>22</sup> A nivel mundial, casi un cuarto de las personas adultas reporta haber sido víctima de violencia física en la niñez. La prevalencia de abuso sexual en la infancia es de 20% para las niñas y 10% para los niños (véase Knaul, F. M., Bustreo, F. y Horton, R., 2020). En 28 países que cuentan con datos, nueve de cada 10 mujeres adolescentes reportan que la primera vez que fueron obligadas a tener relaciones sexuales fue por alguien cercano o conocido (véase Unicef, 2017). En México, la mitad de la población infantil vive en la pobreza. Una cuarta parte de las víctimas de trata entre 2015 y 2019 son niñas, niños y adolescentes. Diariamente, desaparecen cuatro niñas, niños y adolescentes y 3.6 son asesinados (véase Redim, 2020).



**promiso y elección metodológica feminista es construir el conocimiento y una agenda de incidencia basada en los saberes, el valor, las fortalezas y las enseñanzas de las mujeres que usan drogas.**

Estamos conscientes de que el uso de drogas tiene muchas dimensiones y que las experiencias de las mujeres con las que hablamos no son representativas de todas las mujeres y niñas que usan drogas; sin embargo, son un valioso comienzo para luego seguir ampliando el conocimiento y, sobre todo, generar acciones con el acompañamiento protagónico de las propias mujeres, **ya que sólo con su participación directa se pueden tejer horizontes posibles de políticas públicas basadas en la evidencia y sin estigmas.**



2

**Lo probé  
y me gustó**



En la primera parte de este apartado se presentan datos cuantitativos sobre el uso de drogas por parte de las mujeres, para contextualizar la información que tanto ellas como las adolescentes compartieron sobre su uso de drogas. Sucesivamente, se muestra la información recopilada en las entrevistas.

## **MUJERES Y USO DE DROGAS: UN PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL**

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* (UNODC, 2019) de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) arroja los siguientes datos: se estima que, en 2017, 271 millones de personas, es decir, 5.5% de la población mundial, entre 15 y 64 años de edad usó drogas en el año anterior. La droga ilícita más usada es la marihuana, con un estimado de 188 millones de personas usuarias en 2016. La prevalencia del uso de cannabis se ha mantenido estable en la última década. Para el mismo año se calcula que 53 millones de personas usaron opioides, y que de éstas, 29 millones usaron opiáceos; 29 millones, estimulantes de tipo anfetamínico y medicamentos de prescripción; 21 millones, "ecstasy", y un estimado de 18 millones emplearon cocaína y productos relacionados (UNODC, 2019, p. 7). Estos datos se refieren a cualquier uso. Cabe señalar que la gran mayoría de personas que usan drogas no tienen un uso dependiente, de riesgo o perjudicial, sino experimental y recreativo. De las 271 millones de personas usuarias, únicamente 35 millones son farmacodependientes, es decir, 0.71% de la población mundial entre cinco y 64 años de edad. Se estima que en 2017 hubo 167 mil muertes asociadas al uso perjudicial de drogas en todo el mundo.

Los datos son mucho más llamativos cuando miramos las drogas lícitas, en específico alcohol y tabaco. Se estima que 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres sufren de uso nocivo de alcohol y que las prevalencias más elevadas se encuentran en Europa y en las Américas (WHO, 2018, p. XVI). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016 el alcohol fue la causa de tres millones de muertes, es decir, uno de cada 20 decesos. A su vez, el tabaco mata cada año un estimado de ocho millones de personas (WHO, s. d.).

El *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019* brinda un panorama hemisférico y subregional sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Con respecto al tema de interés para este estudio, señala:

**El uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres, pero los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres.** El uso no médico de medicamentos de prescripción controlada, drogas sintéticas y opioides demuestran cómo los patrones del consumo de drogas están cambiando. La prevalencia del consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres en casi todos los países donde hay datos disponibles. Este patrón es válido no solo en la población general, sino también entre los estudiantes de enseñanza secundaria y universitaria. En el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria, la prevalencia de consumo de drogas tiene mayor similitud en ambos sexos para el uso de alcohol e inhalables. Similar a la población general, hay mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre las mujeres escolares que entre los hombres en casi todos los países. En contraste, la cocaína y las cocaínas fumables tienden a ser más usadas por los hombres que por las mujeres. En unos pocos países, sin embargo, las mujeres consumen cocaína, PBC y crack en mayor proporción que los hombres. Si bien los hombres siguen consumiendo tabaco y cannabis a tasas más altas que las mujeres, vemos que esta brecha de género se está cerrando en muchos países [las negritas son nuestras] (CICAD-OEA, 2019, p. IV).

Para el caso de México, la fuente más actual es la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017* (Encodat) del Instituto Nacional de Psiquiatría (INPRFM, 2017a).

Con base en esta encuesta, se estima que 20.1% de la población entre 18 y 65 años fuma tabaco actualmente (INPRFM, 2017b): 9.8% de las mujeres (tres millones 602 mil) y 31.3% de los hombres (10 millones 206 mil). La prevalencia de uso de tabaco diario es menor en las mujeres (3.6%), en comparación con los hombres (12%), y lo mismo pasa con el patrón de consumo ocasional (mujeres, 6.1%; hombres, 19.4%). La edad promedio de inicio de las mujeres es 21.1 años y de 18.9 en el caso de los hombres. Tanto en hombres como en mujeres, la franja de edad en la cual se ubican más fumadores es entre los 18 y los 24 años.



Con respecto al alcohol (INPRFM, 2017c), se señala que en población adulta (de 18 a 65 años) el consumo de alcohol alguna vez en la vida se ha mantenido estable con relación a 2011; si bien hubo una disminución en el último año, se registró un aumento en la prevalencia el último mes: pasó de 50 a 54.8% en los hombres y de 21.2 a 26.2% en las mujeres. El consumo excesivo en el último mes aumentó para la población adulta, pasando de 24.1 a 34.4% para hombres, y de 4.5 a 10.8% para las mujeres, es decir, más del doble. Se registró asimismo un 2.2% de dependencia al alcohol; en los hombres fue de 3.9% y en las mujeres de 0.6%. Con respecto a la edad promedio de inicio, en 2016 para los hombres fue de 16.7 años y para las mujeres de 19.2 años.

El reporte de drogas (INPRFM, 2017d) incluye información sobre el uso de marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, metanfetaminas y las categorías de drogas ilegales y cualquier droga, sistematizando la información por tipo de prevalencia, sexo, rango de edad, región y estado. Se incluyen datos sobre distintos usos, desde el consumo experimental hasta el problemático, así como la dependencia a diferentes drogas. El aumento del consumo de drogas en el último año, de 2011 a 2016, fue más significativo entre las mujeres —en el rango de edad de población general, de 12 a 64 años—, al triplicarse el uso de marihuana —de 0.3 a 0.9%— y de drogas ilegales —de 0.4 a 1.1%—, y al duplicarse el consumo de cualquier droga —de 0.7 a 1.3%—. Con respecto a la población entre 18 y 34 años, la prevalencia del último año aumentó entre 2011 y 2016; en cambio, se mantuvo prácticamente sin cambios en población entre 35 y 65 años. Las diferencias de prevalencia de uso entre hombres y mujeres disminuyen en la adolescencia y se amplían en la edad adulta. La edad de inicio es casi igual entre hombres y mujeres: 17.7 años para ellos y 18.2 para ellas, habiéndose reducido de forma progresiva para ambos sexos. Ahora bien, el reporte presenta información sobre las tendencias entre 2008 y 2016 para el uso de cualquier droga, drogas médicas y drogas ilícitas. En la siguiente tabla se exponen datos de la incidencia de uso de drogas nacional y por sexo en 2008 y 2016.

**Tabla 2. Incidencia de uso de drogas en México a nivel nacional y por sexo, 2008-2016**

Incidencia acumulada del uso de drogas en la población de 12 a 65 años					
2008			2016		
Cualquier droga %	Drogas ilegales %	Drogas médicas %	Cualquier droga %	Drogas ilegales %	Drogas médicas %
5.7	5.2	1.0	10.3	9.9	1.3
Incidencia acumulada del uso de drogas en la población masculina de 12 a 65 años					
9.1	8.8	1.3	16.2	15.8	1.7
Incidencia acumulada del uso de drogas en la población femenina de 12 a 65 años					
2.6	1.9	0.8	4.8	4.3	0.9

FUENTE: Elaboración propia, a partir de INPRFM (2017d).

La encuesta señala que el número de personas que habían desarrollado dependencia a cualquier droga correspondía a un 0.6% de la población, que representa un aproximado de 546 mil individuos (1.1% de los hombres y 0.2% de las mujeres).

**Tabla 3. Dependencia de drogas en la población de 12 a 65 años, 2016**

	De 12 a 17 (%)	De 18 a 34 (%)	De 35 a 65 (%)	De 12 a 65 (% Total)
<b>Hombres</b>	0.7	2.0	0.4	1.1
<b>Mujeres</b>	0.5	0.3	< 0.1	0.2
<b>Total</b>	0.6	1.2	0.2	0.6

FUENTE: Conadic, 2019, p. 23.

El *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*, de la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic), señala que la principal droga de inicio es el alcohol, seguido por el tabaco, mientras que la droga de inicio ilegal más común es la marihuana. Las drogas de impacto —es decir, aquellas que el o la paciente identifica como las que producen más efectos negativos en su vida— son principalmente los estimulantes de tipo anfetamínico, seguidos por el alcohol, la cocaína y el tabaco (Conadic, 2019, p. 52).

Como lo muestran los datos de este apartado, en México la principal droga de uso es el alcohol. Las drogas ilegales tienen consumos bajos, aunque en aumento, y, al igual que en el resto del mundo, la



marihuana es la droga ilícita más utilizada. En conformidad con las tendencias internacionales y regionales, las mujeres consumen significativamente menos que los hombres y tienen menos niveles de dependencia a cualquier droga.

## INFORMACIÓN RECOPIADA CON LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

El análisis que se presenta a continuación se basa en 27 entrevistas realizadas en centros de tratamiento y en 15 que se llevaron a cabo en los Ceresos. También se incluye información proporcionada por la subdirectora de un centro de tratamiento privado y por la directora de otro, pues ambas usaron drogas y estuvieron internadas.



27 ENTREVISTAS

En la siguiente tabla se sistematiza la información disponible para cada mujer. En la primera columna se encuentran el nombre ficticio y la edad; después se presentan las drogas consumidas. Las columnas donde se especifica la edad o el periodo (por ejemplo, "adolescencia" o "secundaria") se refieren a las drogas de inicio. Las drogas consumidas sucesivamente no son identificadas por la edad y se refieren a cualquier consumo. Las sustancias de impacto, es decir, aquellas que las mujeres describen como más problemáticas en sus vidas, son identificadas con la letra "I" entre paréntesis. En la tercera columna se reporta si fue víctima de violación, información que se obtuvo sólo si la mujer o adolescente relataba expresa y espontáneamente dicha circunstancia, nunca se les interrogó de forma directa sobre el tema. En la última columna se da información sobre hijas e hijos, bien reportando si tienen o no tienen, o bien aclarando cuántos. Cuando no se cuenta con la información, se pone la sigla NE (no especificado). Numerosas entrevistas fueron conducidas de forma colectiva y como un conversatorio, para evitar poner de nuevo a las mujeres en el papel de "objetos" de estudio, puesto que tanto en la cárcel como en los centros de tratamiento son interrogadas para llenar "sus expedientes". Por ende, si una pregunta no era contestada (por ejemplo, la edad, el tipo de consumo, etc.) o cierta información no era reportada, la decisión fue no insistir, enfocando la interacción más en la dimensión vivencial y en la confianza y la escucha.

**Tabla 4. Información sobre las mujeres entrevistadas**

Mujeres en centros de tratamiento											
Nombre y edad	Sustancias y edad de inicio del consumo de drogas									Violaciones	Hijos Hijas
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína Piedra	Inhalables	Medicamento controlado	Cristal	Heroína opioides	LSD Éxtasis ETA		
Carolina (46)	X	13		X		X		X	X	NE	1
Georgina (28)	X	14-16			X		X			NE	2
Rebeca (23)	Adol.	X	X	X (I)			X		X	Sí	No
Yuri (19)	Adol.	X								NE	No
Lilia (17)	X	X	15	X				X		NE	No
Silvia (37)	14 (I)									Sí	2
Gato (19)	X (I)	16		X (I)						Sí	No
Natalia (18)	13									NE	No
Atlaya (24)	12-13	X	X	X (I)						NE	2
Ari (21)	X	X				19				NE	No
Catarina (35)	Adol.		X	X			X (I)			Sí	7
Rosa (52)	Adulta (I)									No	2
Mariana (15)	13			14						Sí	No
Sandra (17)	Secundaria			X			X (I)			No	No
Selma (33)	13		13	X			X (I)	X (I)	X	No	1
Sara (24)	15		15				X (I)	X (I)	X	Sí	1+ embarazada
Alejandra (20)				18 (I)						Sí	1
Rosaura (48)			15	X			X			NE	4
Ángela (23)							16 (I)	X		Sí	2
Fernanda (23)	16		16			16	X (I)	X (I)		NE	1
Paz (43)			11		X		X	X	X	NE	2
Ale (33)	Secundaria		Secundaria				X (I)			NE	NE
Johanna (NE)	NE 13-14							X (I)		Sí	1
Ana (NE)	Niñez				Niñez					Sí	1
Cinthia (21)	11		X				X			Sí	No
Sol (15)					6					Sí	NE
Isabela (22)			13	X			X		X	NE	2



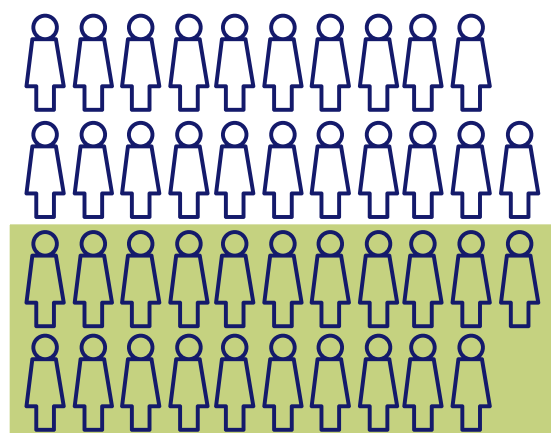
### Mujeres privadas de la libertad

Nombre y edad	Sustancias y edad de inicio del consumo de drogas									Violaciones	Hijos Hijas
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína Piedra	Inhalables	Medicamento controlado	Cristal	Heroína opioides	LSD Éxtasis ETA		
Patricia (24)	14		X							Sí	2
Paola (NE)	X (I)				12					Sí	1
Viviana (NE)	X		12	12 (I)						Sí	1
Irene (NE)			12-13		X					NE	5
Janet (19)		NE	NE							NE	NE
Adriana (36)	9 (I)	X	X							NE	6
Berenice (27)	13	13	13	14 (I)	15					Sí	No
Briseida (23)	16-17	16-17		X						NE	Sí
Yolanda (19)	X	NE	X	X			X			NE	No
Graciela (NE)	12 (I)	X								NE	No
Alondra (21)			11		11		X (I)	X (I)		Sí	Sí
Verónica (23)				9 (I)						Sí	NE
Isidora (NE)			12				12			Sí	NE
Bella (NE)	14		14		14					Sí	NE
Catalina (NE)	12	12	X	X						Sí	NE

FUENTE: elaboración propia, a partir de las entrevistas realizadas.

Los datos recopilados con las entrevistas reflejan las tendencias nacionales mostradas antes: **el alcohol es la principal sustancia consumida y a menudo aparece como droga de inicio y de impacto**. El tabaco también suele estar presente como droga de inicio o en un contexto de policonsumo. Entre las drogas ilegales, la marihuana es la de consumo principal. Las sustancias que resultan más problemáticas para las mujeres son el cristal —metanfetaminas—, la heroína, el alcohol y la cocaína. El uso de heroína se reportó sobre todo entre mujeres del norte del país; el cristal está generalizado desde la frontera norte hasta la frontera sur, pero resultó particularmente presente como droga de impacto en un estado del centro-norte del país. Cabe resaltar que sólo en un caso el uso de drogas empezó en la adultez; en dos casos con la mayoría de edad y en todos los demás en la niñez o adolescencia. Las edades más bajas son de seis y nueve años.

Como se puede observar, de **42 mujeres y adolescentes, 21 reportan haber sido víctimas de violación**. Como se muestra en éste y en el siguiente apartado, los episodios son múltiples y se dan, por lo general, primero en la familia y luego en el contexto del uso de drogas, o bien, del internamiento en centros de tratamiento.



**21 VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN**

De ellas, 23 tienen hijos e hijas, lo cual pone el reflector sobre otro fenómeno: el embarazo adolescente.<sup>23</sup> En las narraciones de las mujeres, un escenario común es que se trata de escapar a la violencia sufrida en casa buscando refugio en una relación de pareja con un hombre también adolescente o mayor de edad. Esto suele derivar en embarazos adolescentes o en la juventud temprana, además de nuevas violencias.

**Las relaciones familiares y de pareja desempeñan también un rol en el inicio y desarrollo del consumo.** A continuación, se presentan los extractos de algunos testimonios.

<sup>23</sup> En México la tasa de fertilidad en las adolescentes es de 60.3 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y los 19 años, más alta que el promedio mundial de 44 (véase PNUD, 2018). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), América Latina y el Caribe es la segunda región con más embarazos adolescentes a nivel mundial (véase PAHO, 2017).



A **Viviana** su padre, policía judicial, le dio marihuana y cocaína cuando tenía 12 años "para que nadie se la pendejeara". En la entrevista afirma: "Mi papá era un vicioso que no me enseñó otra cosa más que a drogarme". Años después, la pareja de **Viviana** empezó a inyectarle cocaína.

También **Adriana** consumió alcohol, a los nueve años, por su padre: "Mi papá me dijo que él quería un varón y fue el primero que me empujó la botella a los nueve años para que aprendiera de todo".

En otras ocasiones, **el consumo empieza con los hermanos hombres, quienes también usan drogas o las venden**. En otros casos, el uso inicia en el **contexto de las amistades**. Varias mujeres relatan haber **consumido por o con la pareja**.

*Normalmente vas y tienes una pareja consumidora a la que andas pegada todo el día y él consigue para la droga o tú consigues con él, piden dinero, roban o es la que te echa aguas si van a robar o ella se prostituye y le van a robar a alguien, ella le avisa y él se mete y lo golpea y así. Casi siempre es con una pareja consumidora (**Paz**).*

*Pues yo inicié desde bien chiquita, desde los 16, a consumir drogas. Entonces, cuando probé, mi droga fue la marihuana y las pastillas, y luego ya fue el cristal, y luego ahorita ya estoy con lo más fuerte que es la heroína. [Empecé a usar] pues con los amigos, con los amigos... Es que se me hace difícil [hablar de ello]... Ya a los 18 me metí con una persona y empezamos a fumar heroína. Ahí sí fue cuando empecé yo a creer que ahí fue mi adicción verdadera, porque siempre estábamos fumando heroína, por decir, a las dos de la tarde empezábamos a fumar y a las cinco, seis, de la mañana terminábamos de fumar y ya nos dormíamos, nos levantábamos [...] otra vez a las dos de la tarde y empezábamos a fumar, pero él se iba a vender pulseras y yo lo esperaba, o él trabajaba y yo lo esperaba, siempre yo esperaba por la droga, nunca trabajé por ella (**Fernanda**).*

*Empecé cuando me casé. Yo me casé a los 16 años con un hombre que era 11 años mayor que yo. Como mi mamá siempre me golpeó y me maltrató física y verbalmente, yo pensé que era una forma de cariño hacia mí, entonces, llego con esa pareja y me trata mal, exactamente igual, y yo me doy a la idea de que es porque me quiere, si me pega es porque me quiere, si me maltrata es porque me quiere, y*

*siempre me dijo que estaba gorda, que estaba bien fea, que estaba esto, que el otro, y yo me lo creí. Tuve un hijo con él. Él es adicto. Me metió en el mundo de las drogas, bueno, no, nadie te pone una pistola, pero me lo ofreció.*

*La primera vez que usé fue cuando le confesé que me habían violado de chiquita, entonces me dijo “Ten, métete esto”.*

*Entonces, yo probé el cristal, pero ya después vinieron más problemas y él se metió más al mundo de las drogas. Empezamos a tener más dinero, estuvimos económicamente mejor, y él se metió más a las drogas y pues empezaron las infidelidades y todo eso, maltrato, y una vez, en una de sus borracheras, me vendió. Me vendió y tuve un bebé que no es de él.*

*Le dio las llaves, técnicamente, al muchacho. Yo no sabía que me iba a violar, cuando le dio las llaves yo pensé que... no sé... que iba a abrir la tienda en la mañana, porque antes teníamos una tienda, dije “A lo mejor le encargó la tienda o algo”, pero pues no fue así, fueron las llaves de la casa, y pues tuve otro bebé (Ángela).*

También **la cárcel y los centros de tratamiento se vuelven lugares donde conocer nuevas drogas.** Paola, por ejemplo, que bebía alcohol, aprendió a usar cocaína en la cárcel. También Viviana y Patricia relatan que conocieron varias drogas ahí. Graciela conoció la marihuana y la cocaína a raíz de su reclusión. Sin embargo, también la prisión aparece como un lugar donde dejan de consumir drogas, pese a que no hay acceso a tratamiento. Sara estuvo internada en un centro de tratamiento para personas de clase alta y allí conoció drogas de las que nunca había escuchado. Los proveedores eran la directora del centro, su hijo y la subdirectora.

*Estaba muy diferente el centro, era así como que todas las muchachas hablaban muy bien de las drogas y entonces yo fui a conocer el lado bonito de las drogas al centro y entonces ¿qué hago? Estoy ahí y mientras estoy ahí, hay drogas en el centro, cristal más que nada, y empiezo a consumir otra vez. La subdirectora consumía, entonces con ella empiezo a consumir otra vez el cristal (Sara).*

Es importante recalcar que **las drogas tienen una función positiva en la vida de estas mujeres, y les sirven para enfrentar un trauma, para ser incluidas en un grupo social, para sentir placer y disfrutar.**



Me encanta drogarme (Irene).

La primera vez la probé con el novio, para agradarle más. Me habían dicho que la marihuana ayudaba. Me da un porro y yo tenía ansiedad y depresión y antecedentes de abuso [Gato fue violada por su abuelo en la niñez y por su padre en la adolescencia]. Era el tapón de mi herida, mi anestesia. Placer, quitar el dolor, liberarme. Dejaba de sangrar la herida y sí ayudaba, eran pocas gotas, no el derrame como antes (Gato).

Cuando yo fumé marihuana fue así como que... [respira profundo] ¿Dónde estaba esto que no lo había probado? O sea para mí fue una salvación, me sentí más segura, fui más social, me integré al grupo y me sentí aceptada, algo que yo no sentía dentro de mi familia. Dejé de sentirme sola, me sentí aceptada, me sentí más grande, no sentí miedo, dejé de sentir muchas de las emociones que antes de tener contacto con drogas estaban conmigo y empiezo a tener contacto con drogas y me siento mejor de lo que me sentí (Paz).

La tacha fue lo primero que probé y la marihuana, entonces fue como que me hizo sentir muy muuuy feliz y después fueron los ácidos y me hicieron sentir como sin ningún problema. Por lo menos en esa etapa, yo siento que las drogas que yo probé me sirvieron para liberarme mucho, fueron muy terapéuticas, el problema fue cuando llegó el cristal en mi vida (Sara).

Me olvidaba de mis problemas. Cuando me iba a separar de mi marido empezaba a tomar diario y todo se olvidaba (Atlaya).

Me gustaba la sensación (Ary).

El imitar... creo, el querer aguantar más que alguien más y para olvidar mis problemas, cuando me drogaba sólo pensaba en cosas bonitas, me desconectaba del mundo, estaba en mi propia burbuja, de alguna manera para estar mejor, pero se me salió de las manos (Georgina).

**Liberación, seguridad, placer, mecanismo de sobrevivencia, tapón de la herida, canal para tratar de olvidar:** a menudo en el consumo de drogas confluyen todos estos usos, en otros casos es el puro goce de la alteración de la conciencia. Cuando llegan drogas como la heroína, "la mentada piedra" (Berenice) y el cristal, o cuando el uso de alcohol ya no es un pivote sino un fin en sí mismo, la relación con las sustancias cambia y ya no son funcionales a ciertas dimensiones de sus vidas, sino que todo se rige en función del consumo.

Así es como **Selma** relata el desarrollo del uso de drogas y la vinculación con las pareja:

*Poco a poco yo me empecé a hacerme un poco más aferrada al consumo, ya no podía, yo en lo personal, pasar un buen rato, tener un rato así normal, sin que hubiera un trago o algún consumo de marihuana, o ya me apresuraba para que pasara el momento para yo poder estar a solas o poder empezar a consumir.*

*Yo pasé por rachitas con todo: con las pastillas pues eran dos, tres pastillas, al día, todos los días, ¿no? Y cuando empecé con otra cosa, pues dejaba las pastillas y empezaba con otra cosa... por ejemplo, la cocaína la consumía tres, cuatro veces a la semana y la marihuana – desde el día que la empecé a consumir hasta el día que llegué aquí hace un año – fue constante, fue de todos los días, todos los días. Entonces, sí, aunque no hubiera un consumo de una sustancia más pesada, siempre hubo consumo de marihuana, siempre estaba bajo la influencia de algo. Entonces, mi entorno, mi vida, mi núcleo social es... haz de cuenta que yo, mi pareja y la persona con la cual conseguíamos la sustancia y nada más, y nada más.*



*El consumo de la heroína es un consumo tan desesperante, es tan enganchadora esa sustancia, te quita todo, o sea... es tan enganchadora que no puedes hacer algo más sin tener la sustancia. Llega a controlar completamente, o sea, llegué a perder trabajos por esperar a la conecta que me diera mi dosis, o sea, porque no podía ir y entrar al trabajo, y nomás de pensar que me tenía que esperar seis horas y saber el malestar físico [por la abstinencia] que me iba a llegar a través de esas horas y estar en un trabajo, en un lugar en donde no puedes, no puedes...*

Después empezó a usar cristal con su sobrino.

*Ya con ese consumo pues fue el que hizo que tocara fondo. Adquirí una pareja a través de ese consumo y esa pareja fue bastante abusiva, ambos, uno con el otro. Su consumo de cristal ya estaba bastante avanzado: para cuando yo empecé a consumir con él, él ya traía los delirios de persecución, él ya alucinaba auditivamente y visualmente, él ya tenía una celotipia pues bastante peligrosa, muy verbalmente*

*abusivo, psicológicamente también, físicamente no tanto (hubo una cachetada que dos y un empujón que dos, pero no me agarraba a golpes ni nada de eso, igual, yo se las devolvía, o sea, era mutuo) y era una relación muy pesada, tenía una inseguridad muy enfermiza, una codependencia muy tóxica, uno con el otro.*

*Me decía que él era el único para mí, que yo no podía estar con nadie más. No me bajaba de puta y de prostituta y juraba y perjuraba que andaba con todos los del barrio. Y ya, o sea, ya estaba llegando al punto en el cual me estaba alejando de mi familia poco a poco, porque si duraba un ratito fuera de su vista era algo insoportable por el teléfono, algo insoportable (Selma).*

Otro aspecto recurrente es la amenaza de la **violencia sexual en el contexto del consumo por parte de los vendedores u otras personas usuarias.**

*Me he denigrado tantas veces, de ir con uno y otro y tomar la pastilla del día siguiente. Te denigran tanto que hasta entre ellos te recomiendan (Natalia).*

*No me gustaba relacionarme con los dealers porque a veces son muy molestos los hombres. Era incómodo. Tú les hablas para comprarles y ya quieren entablar otro tipo de relación (Rebeca).*

Pese a tratar de cuidarse de los *dealers* comprando con amigos, **Rebeca** fue víctima de violación por parte de un chico con quien consumía y quien se encargaba de conseguir la marihuana.

*Un dealer es más irrespetuoso, por el tipo de trabajo que tiene, porque no sabes qué tipo de personas te vas a encontrar ahí. Con el chico era como un tipo de seguridad, no disfrutaba dormir con él, pero pues accedía porque me conseguía marihuana, un día me empezó a tocar, así que me asusté y decidí mejor no volver a ir a su casa, sin embargo, volví a ir porque quería fumar. Al otro día me desperté porque sentí que me estaba tocando muy despacio, abusó de mí. Recuerdo que me fui, no se lo conté a nadie; después de eso, empecé a consumir más (Rebeca).*

**El trabajo sexual como recurso para poder obtener las drogas es otro tema que emerge en las entrevistas.** **Sara** empezó a trabajar como mesera en un bar junto con su novio, con quien compartía la dependencia de la heroína, pero decidió optar por el trabajo sexual para ganar más.



*Empiezo a ver que las bailarinas ganaban más [...] yo empiezo a bailar y pues cuando él [su novio] no estaba a mí se me hacía fácil empezar a prostituirme y él no se daba cuenta (Sara).*

*Y luego hubo un tiempo que también me prostituí, ajá, me prostituí por drogas (Fernanda).*

*Varias veces me han violado gracias a la adicción, a estar en la calle. Una vez, por el cristal, estaba tan desvelada que me quedé dormida en un puente, en el bordo más bien, y al día siguiente desperté desnuda y dije “¡Ah caray!”, ya era el siguiente día, o sea, me habían metido algo para que me durmiera. Me pasaron muchas cosas. Estuve en la prostitución también. Estuve trabajando en un bar. Igual, tenía que soportar cosas que no quería con tal de poder sobrevivir, porque mi familia nunca me quiso ayudar. ¿Por qué? Porque me dijeron: “Si eres adicta ¡aquí no entras!” Entonces, yo me tuve que rascar sola con mis propias uñas y, en cierta manera, pues me hizo fuerte, porque saliendo y estando sobria, pues yo puedo hacer muchas cosas sin tener que estar en la prostitución, pero tener un trabajo, o sea, me sé levantar sola (Ángela).*

Las mujeres y las adolescentes relatan un contexto de **permanente amenaza y reproducción de violencia de género contra las mujeres**. Las experiencias de violencia en el contexto del consumo descritas en este apartado forman parte de una historia cíclica de violencia que empieza en la niñez y se prolonga en los centros de tratamiento.





3

**Antes  
era feliz**



Al momento de la entrevista, **Berenice** estaba privada de la libertad, procesada por robo con violencia; años antes había estado en un centro de internamiento para adolescentes por homicidio. Su único registro oficial es el de una mujer acusada de la comisión de delitos, pero hay una parte de su historia que está silenciada: "Después de una situación que me pasó, yo cambié"; y añade: "Antes era feliz... feliz...". Como respuesta a la pregunta "¿Te hicieron daño?", **Berenice** compartió el antes.

Tenía 13 años y estaba caminando rumbo a la escuela, en un pueblo rural de un estado de México que, por seguridad de **Berenice**, no mencionaremos. Dos hombres que ella conocía se le acercaron y empezaron a pegarle con un palo en los tobillos, empujándola a un terreno baldío, donde la golpearon y violaron durante horas. Antes de dejarla ir, le dijeron que se quedara callada o les harían lo mismo a sus hermanas. Días después los mismos hombres la secuestraron y la mantuvieron encerrada durante tres días, marcados por los golpes y más violaciones. **Berenice** relata que en el cuarto donde la mantenían amarrada estaban unos chicos de su edad. Cuando sus secuestradores la violaban, les decían: "Para que aprendan cómo hay que tratar a las mujeres".

**Veintiún mujeres compartieron, con mayor o menor detalle, sus experiencias de violación.**

**Sol** fue violada a los cuatro años por su padrastro; cuando se lo contó a su mamá, "pues mi mamá empezó a decir que no me creía". A los ocho años la violó "su jefe", quien trabajaba en un cártel y la reclutó forzosamente para mover drogas, ser sicaria y conseguir mujeres que trabajaran para la organización: "me amenazaron con matar a mis hermanitos más chiquitos".

**Gato** fue víctima de violación entre los tres y los seis años por parte de su abuelo, y luego su papá la violó cuando tenía





16 años. "Yo he sufrido demasiadas violaciones, no quiero más violaciones, ni maltrato verbal ni psicológico", afirma.

También **Catarina** fue violada por su papá: "Cuando le pregunté por qué lo hizo, me dijo que era normal, que no pasa nada".

**Viviana** relata: "Me fui a la calle con una pandilla y todos los hombres te pasan". Fue su mismo novio, jefe de una pandilla, quien, después de violarla, le dijo que para mostrarle que lo amaba debía acostarse con todos los demás integrantes del grupo.

Cada domingo, después de misa, los primos de **Sara** abusaron sexualmente de ella desde los ocho hasta los 11 años:

*Cada domingo mi familia se juntaba después de ir a la iglesia y era costumbre que a todos los primos nos unieran, entonces mis primos mayores hacían que hiciéramos juegos sexuales con nuestros primos más chicos o con nuestros hermanos, entonces... para mí era como... sabía que era algo malo, no lo comprendía tal vez, pero sabía que lo que estaban haciendo no era algo bueno.*

*[...] Entonces ¿Qué pasa? Me empiezo a deprimir, me empiezo a ocultar, empiezo a vestirme diferente, empiezo a tener reacciones violentas, mi actitud empieza a cambiar porque fue como que un cambio de repente de adolescencia de... Me convierto... o sea, esa **Sara** que todo el tiempo se calló de repente le dice a su primo "ya no me vas a hacer nada".*

**Ángela** fue víctima de un tío entre los cuatro y los ocho años: "a los ocho años le conté a mi mamá que mi tío había abusado de mí y lo único que hizo fue aventarme a la cama y golpearme. No, no me creyó. Cuando mi tío fallece haz de cuenta que yo bailé arriba de su tumba, técnicamente, bailé arriba de su tumba".

**Ana** fue violada por sus dos padrastros, a los cinco y ocho años, respectivamente. Tampoco en este caso su mamá le creyó. "Yo sentía con la droga que me sentía bien, que me relajaba. Y tengo muchas cosas que mi mamá no sabe que siento: dos intentos de violación por mis padrastros y, pues, mi mamá nunca me apoyó. Ella miró [cuando la violó uno de ellos], ella lo cachó, pero no me creyó. Pero no me duele eso, me duele que mi mamá no me haya apoyado a mí, que lo haya apoyado a él y que lo haya preferido a él".

**Alejandra** explica en su entrevista que a los 15 años tuvo “una muy mala experiencia” que la llevó a pasar un año y ocho meses en una cárcel para adolescentes en Estados Unidos, acusada de homicidio: “A los 15 años mi abuelo me violó y mi mamá no me creyó: lo apuñalé 16 veces”.

**Viviana, Patricia, Paola, Johanna, Ángela y Silvia** tienen hijos producto de violaciones. En un caso fue de parte de un tío: “Fue la peor noticia que recibí, estar embarazada. Decidí dejar de tomar y de drogarme en el transcurso del embarazo” (**Patricia**).

**Bella** fue violada muchas veces, desde los seis años, incluso por un tío. La respuesta de su mamá fue que ella lo provocaba. Así le contestaron también a **Alondra**, violada por un tío entre los seis y los 11 años, y luego a los 20 años, ya cuando trabajaba como sicaria, por cuatro hombres.

También **Verónica** fue violada de niña; su mamá no le creyó y **Verónica** se fue a vivir a la calle: “Anduve entre puros hombres que me respetaron más que mi familia”.

*La mayoría de las que estamos aquí venimos de violaciones, de abusos desde nuestros padres... mi padrastro trató de abusar sexualmente de mí a los 18 años, pero mi mamá no creyó en mí... lo primero que hizo fue pegarme porque yo era la que me insinuaba* (**Cinthia**).

Estas mujeres fueron víctimas de abusos incesantes para los cuales no hubo respuesta ni reparación en su familia, que a menudo es el sitio de los perpetradores o de la reproducción de la violencia a través del silencio o de la acusación de ser mentirosas o incluso provocadoras de la violencia. Como se muestra en el siguiente apartado, la violencia se repite en los centros de tratamiento. Desde las instituciones tampoco hay respuesta, sino, por el contrario, nuevas formas de violencia a través de la criminalización e institucionalización.

Esto, sin embargo, no implica que ellas no resistan. El uso de drogas es una forma de resiliencia a través del placer, el olvido, la búsqueda de suspensión del dolor. La maternidad emerge, a su vez, en algunos casos, como un elemento para tratar de hacer frente a la dependencia, cuando las drogas ya no traen efectos terapéuticos sino proble-

máticos. En algunos casos, el sicariato se convierte en un espacio de empoderamiento a través del cual las mujeres pueden actuar en condiciones de igualdad con los hombres y mantener a sus hijos e hijas como mamás solteras. Como lo afirma **Patricia**: "Preferí el sicariato a la prostitución", verbalizando con exactitud los caminos disponibles para las mujeres.

Todas ellas, cada una desde un lugar y una experiencia distinta, pero con un trasfondo común de violencia de género sistemática, resisten, enfrentan, manejan las situaciones que tienen enfrente. Pero lejos de que sus fortalezas, construidas pese a todas las adversidades y en una profunda soledad, sean reconocidas, son aplastadas y usadas en su contra en algunos de los centros de tratamiento que visitamos. El estigma que sufren las personas que usan drogas, aunado a la discriminación de género en contra de las mujeres, confluyen en un discurso de "mujeres caídas", "ovejas negras", "mujeres que cometieron errores". Sin embargo, pese a todos los intentos que desde la sociedad, la familia y el Estado se llevan a cabo para sobajarlas y someterlas, ellas siguen. Los actos de denuncia que se presentan a continuación son, también, actos de resistencia.





3

---

4

**Me subieron  
a la fuerza**

---

5

Esta sección reporta algunos extractos sobre los centros de tratamiento donde se encontraban las mujeres al momento de la entrevista o donde habían estado con anterioridad. De acuerdo con información de Conadic disponible en el *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*:

*En concordancia también con la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028), en México existen dos modalidades principales de tratamiento: ambulatorio y residencial.*

*El ambulatorio estaría representado por los 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), por las 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil, y por los servicios que otorga un número no determinado de clínicas particulares. En cuanto a la atención residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 45 unidades residenciales públicas y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, muchos de los cuales surgieron hace décadas como una respuesta de la sociedad para cubrir la escasez de este tipo de unidades en los servicios de salud gubernamentales. De estas últimas, 1,045 centros están registrados y 348 reconocidos, es decir, que sus servicios dan cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad para ofrecer a la población atención de alta calidad (Conadic, 2019, p. 44).*

CIJ cuenta con la red más extensa de centros de prevención y tratamiento, con un total de 120 y presencia en toda la república. Existe también un conjunto de alrededor de 14 mil 500 grupos de ayuda mutua donde se adopta principalmente el modelo de 12 pasos. Es decir, la atención que prevalece es la ambulatoria y, lo más importante, alrededor de 50% de los establecimientos residenciales privados no están ni siquiera registrados ante la autoridad responsable de su monitoreo, y de los que sí lo están, sólo 33% parece cumplir con lo que dicta la norma correspondiente. La población internada en centros de tratamiento privados, por ende, se encuentra en lugares semilegales o por completo fuera del control de la autoridad. Como lo muestran los testimonios de las entrevistadas, esto da pie a todo tipo



de abusos. En esta sección se comparten los abusos, las irregularidades y las violaciones severas a los derechos humanos reportados por las mujeres, así como la reproducción de estereotipos debido al género. Cabe aclarar que de ninguna manera los siguientes extractos refieren situaciones que se dan en todos los centros de tratamiento privados —anexos— visitados. Sin embargo, por los objetivos del documento y la gravedad de las violaciones a los derechos humanos, se enfatizan los aspectos que requieren atención urgente por parte de las autoridades.

## **TRATAMIENTO FORZOSO E INDEFINIDO COMO FORMA DE PRIVACIÓN ILEGAL DE LA LIBERTAD**

En los centros públicos visitados —de CIJ y Centra—, el tratamiento tiene una duración de tres meses y después hay un periodo de seguimiento. En CIJ y Centra el tratamiento es voluntario y profesional.

En cambio, en los cuatro centros privados donde se aceptan personas de forma involuntaria, el “tratamiento” —si así se le puede llamar, dada la falta de atención profesional, a las oraciones como principal actividad “curativa” y a la privación de la libertad— tiene un periodo mínimo de tres o seis meses, pero puede extenderse de forma indeterminada mientras se cuente con el consentimiento de la familia, no de la persona internada. Por ello aquí se afirma que los internos en esta modalidad son personas privadas de la libertad bajo el control total de sujetos paralegales o ilegales y con la complicidad —a menudo inconsciente— de sus familiares.

Cabe aclarar que no se quiere criminalizar a las familias, puesto que para ellas el internamiento es a menudo un último recurso para tratar de poner un alto o una pausa a actitudes y situaciones que han sido difíciles y dolorosas. Sin embargo, el ingreso a centros de este tipo no sólo no garantiza una mejor relación del individuo internado con las drogas y con sus familias o entorno, sino que puede traducirse en el sometimiento a tortura y malos tratos.

Los pacientes —comúnmente llamados internos o internas— son llevados por sus familias o levantados en sus casas, incluso a golpes. Los siguientes testimonios dan cuenta de experiencias vividas por las mujeres en los centros de tratamiento donde fueron entrevistadas o en otros. Dieciséis de ellas refirieron internamientos previos



en otros centros —una reporta 34 internamientos—, en el mismo o, en su caso, en otro tipo de instituciones, desde cárceles juveniles y hospitales psiquiátricos, hasta Ceresos y casas-hogar. Sara ingresó varias veces en un centro para personas de clase media-alta; sin embargo, perdió de forma progresiva el apoyo de su familia, hasta internarse en el anexo donde la conocimos. Alejandra y Selma estaban en un anexo en la frontera norte de México mientras que sus familias vivían en Estados Unidos, pues los costos de internamiento son menores en nuestro país.

*No me acuerdo muy bien cómo fue, sólo recuerdo que se estacionó una camioneta muy loca, se bajaron dos hombres y me subieron a la fuerza. Me llevaron al centro, me preguntaron si tenía tatuajes, piercings y cosas así; me quitaron mis pulseras, mis anillos, mis cadenas y todo y ya me metieron a la fuerza (Yuri).*

*Éste es mi segundo encierro, la primera vez fue un 5 de febrero. Estuve un mes ahí, apenas estaba iniciando con las adicciones, mi mamá preguntó y decidió ingresarme, no lo pensó mucho.*

*Recuerdo que estaba durmiendo —acababa de regresar a mi casa, ya que me había escapado de ella— cuando entraron tres hombres al cuarto y me agarraron de los brazos y de los pies, me metieron al taxi a la fuerza y durante el trayecto me decían que me lo merecía por ser drogadicta. Cuando llegamos, me quitaron todas las cosas que llevaba, aunque en realidad sólo llevaba mi vestido, mis calcetas y mis pulseras, no llevaba zapatos porque no me dieron tiempo de nada. La verdad me trataron muy mal, estuve un mes ahí, tenía 16 años (Lilia).*

*Cuando llegas como voluntario sí, sí te puedes ir cuando tú quieras, pero cuando llega tu familia a traerte y están aportando económicamente, te vas cuando ellos digan (Selma).*

La diferencia entre las categorías de voluntario y no voluntario es que el primero llega solo, sin apoyo familiar y sin recursos para pagar el tratamiento. En tal caso, contribuye a su manutención dando algún apoyo al centro a través de servicios adentro o en el exterior, sin remuneración económica. Los involuntarios, en cambio, son llevados por las familias, mismas que pagan su internamiento. Si las familias quieren sacar a su familiar antes del término del tratamiento, tienen que pagarlo completo, lo que es equiparable a un rescate. El siguiente

te extracto del testimonio de Paz, exusuaria y hoy dueña y directora de varios centros de tratamiento, explica los dos tipos de internamiento de una manera exhaustiva y francamente escalofriante.

*El voluntario son personas [sic] que estuvieron en tratamiento, que no se les cobró, es por eso que salen, trabajan un tiempo, ese dinero se queda en el establecimiento y se sigue ayudando a nuevas personas.*

*[...] Involuntarios [proviene] de peticiones familiares, es que la familia viene, hace un contrato de internamiento [...] ellos pagan el traslado de la muchacha o el usuario [...] la familia se encarga de los gastos operativos (Paz).*

A la pregunta de si pueden salir antes del término de los seis meses de tratamiento contestó: "Pues yo no lo autorizo a menos que venga la policía y me diga que los deje. La familia lo puede pedir antes, pero nosotros aconsejamos que [no], de hecho, en el expediente tenemos una cláusula que dice: 'Yo como familiar me comprometo a permitir que mi familiar [sic] termine su tratamiento de seis meses'".

El "tratamiento" no sólo es involuntario sino también indefinido. El caso de **Selma** es indicativo de ello. **Selma** estuvo en un centro de tratamiento del norte del país por un año. Por su "buen comportamiento" y por "haberse ganado la confianza" del padrino y de la subdirectora —exinterna del centro y esposa del padrino—, pudo regresar a Estados Unidos a visitar a su familia y a su hija chiquita. Durante esa estancia volvió a consumir drogas. De regreso al centro, fue sancionada y se tenía que sentar "en la banca de hasta adelante" de la sala de juntas, "la banca de los recaídos". En la entrevista afirmó: "Es como empezar de nuevo y hacerme a la idea de que no he estado aquí un año cuatro meses, sino que tengo cuatro meses dentro de la casa, nada más".

Las recaídas forman parte de la dependencia en cuanto enfermedad crónica.<sup>24</sup> Por ello, bajo una perspectiva científica, son parte del proceso de tratamiento. En cambio, en los anexos, recaer es fuente de humillación y castigos, bajo la idea del uso de drogas como una muestra de debilidad y fracaso, y de la abstinencia como objetivo último — y exclusivo — del tratamiento.

<sup>24</sup> De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional de Abuso de Drogas) de Estados Unidos, "la dependencia es una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el uso de drogas compulsivos, o difíciles de controlar, pese a las consecuencias dañinas. [...] La adicción es considerada una enfermedad 'con recaídas'" (National Institute on Drug Abuse, 2018). Traducción a cargo de la autora.

*Se les sienta durante las reuniones en la banca de al lado; cuando es un poquito más grave, se les priva la visita. Y en la banca de enfrente son [sic] para las personas recaídas, las que vuelven al lugar, entonces, la disciplina es en los hombres que les rapan el cabello si es recaído (Selma).*

## CONDICIONES DE VIDA, TORTURA Y MALOS TRATOS

A la reclusión forzosa e indefinida, al estigma y la humillación, se añaden condiciones de vida por lo general precarias. De los cinco centros privados visitados, uno tenía un jardín muy grande y las mujeres podían circular libremente. Otro tenía un patio pequeño y las mujeres podían salir y entrar. Uno más no tenía patio ni algún tipo de ventilación. En otro tenían un patio amplio y acogedor. En contraste, fue imposible conocer uno de los centros visitados y las entrevistadoras fuimos “invitadas a retirarnos” con tonos amenazantes.

Las mujeres y los hombres duermen en cuartos separados y existe una política de “cero contacto”: no se pueden mirar ni hablar, mucho menos intercambiar cartas o entablar lo que denominan “relaciones tóxicas”. La política de cero contacto se impone también en Centra. En CIJ, en cambio, los y las pacientes pueden convivir e interactuar con normalidad —excepto entablar relaciones de pareja o sexuales—.

Las personas internadas en los centros de tratamiento privados visitados no suelen tener acceso a nada: ni trabajo ni capacitación para el mismo, mucho menos educación o atención médica. Una excepción importante la constituyen un centro femenino creado por una mujer que estuvo privada de la libertad y otro también femenino cuya directora es psicóloga. En ambos casos se percibe el esfuerzo para brindar oportunidades a las mujeres, pese a las dificultades económicas.

Las condiciones de vida en los anexos están marcadas por la escasez estructural e intencional: por ejemplo, a las personas internas se les condiciona el número de veces que se pueden bañar en una semana y los alimentos son de mala calidad, a menudo echados a perder —si bien no en todos los centros—.

*Estuve allá un mes y como a los 15 días que llegué empecé a tener mucho sangrado. Le avisé al padrino pero él dijo: “Ah, no, no es nada, nada grave”.*



*Estuve así como una hora, sentía cómo me debilitaba en el baño y ya fue que me llevaron al doctor y me hicieron un legrado. Durante el tiempo que estuve en esa clínica era todo el día estar en terapia, por ejemplo: tienes tantos minutos para bañarte, en la comida no se habla, no se miran entre hombres y mujeres, no nos podíamos hablar y si desobedeces te castigan, luego de tres llamadas de atención te golpean. De hombres eran como 20 o 30 y de mujeres éramos como siete, dormíamos en cuartos separados y nos encerraban con candado, no podíamos salir, para hacer del baño metían una cubeta y si era para hacer popó te daban dos o tres minutos para ir al baño (Yuri).*

*Pero me gustaría decirlo, comentarlo, porque son muchas cosas las que nos hacen aquí: todos los días yo tengo que limpiar la casa con un cepillito de dientes, con la mitad de los pelitos, toda la noche [simula el acto de cepillar tallando la mesa], toda la noche sin dormir, y ahorita no duermo hasta que me quiten la disciplina. Yo quiero ayuda para que ya no nos hagan eso, porque, incluso, la pastora, cuando castigaba, allá afuera mojó a algunas con agua fría en la madrugada, les echaba agua para que lavaran las cobijas y tenían mucho frío y nos las dieron mojadas. Y pues yo no quiero que pase eso otra vez. Nos avientan los desperdicios para limpiarlos.*

*Aquí hay un policía [varias mujeres en ese centro relatan que hay un militar o un policía responsable del entrenamiento físico y de la disciplina], nos maltrata cuando hacemos cosas malas, nos pega, pero es policía, y yo tengo mucho miedo. De hecho, estoy disciplinada, y cuando venga al rato pues no sé cómo me vaya a ir. No me van a dejar ver a mi hijo hasta dentro de un mes; la pastora me dijo que, aunque saliera, no me iban a dar a mi hijo, que ella se iba a encargar de eso. Entonces, no sé cómo está este centro: si es legal o no, porque aquí se supone que no nos deben de pegar porque es cristiano, pero así es (Ana).*

*Aquí no hay tratamiento... es un lugar cristiano... aquí tuve que creer en la fe porque es obligatorio (Cinthia).*

En un centro, una mujer llegó a la entrevista en lágrimas, sosteniendo en la mano un diente que se le había caído porque ella "se cayó" de una escalera mientras limpiaba la pared con un cepillo de dientes. No había recibido atención médica. Otra afirmó que nunca les dan medicamentos y que "para la pastora todos los embarazos son psicológicos".

Éstos son sólo algunos de los relatos sobre las condiciones de abuso en ciertos centros visitados. Por razones de enfoque —ya aclaradas al principio de este apartado—, aquí no se reportan los esfuerzos y compromisos de algunas personas que trabajan en estos centros, en Centra o CIJ.

Lo que cabe señalar antes de pasar al siguiente apartado es que en los malos tratos que se muestran —y que pueden ser mucho peores así como menos graves, dependiendo del centro— confluyen tres ejes:

**i) Las creencias en torno a la persona que usa droga como un "fracaso moral".** Esta mentalidad está incrustada en la interpretación e implementación de los 12 pasos y en la construcción de las políticas de drogas a lo largo del siglo XX. Esto, a su vez, se cruza con:

**ii) El clima de violencia y tortura generalizada** que existe en México, y que afecta de manera desproporcionada a ciertos grupos —niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres, entre otros—.

**iii) Y las características propias de las instituciones totales, así como los intereses económicos de los dueños de los centros,** quienes cobran una cantidad semanal por el internamiento de las personas.

## DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

A los abusos y malos tratos producto de los tres ejes descritos con anterioridad, se suman la violencia y la discriminación de género contra las mujeres, incluyendo la violación sexual.

*Estuve en varios centros, mi primer encierro fue en un centro que se llamaba Rescate de Dios; era mixto, dormíamos separados. Al principio estaba bien, pero luego uno de los que trabajaba ahí comenzó a molestarme pero, como no le hacía caso, me acusaba con el director de que me había portado mal, así que me castigaban encerrándome en un cuarto donde ingresaban a todos los enfermos y yo me sentaba en un rincón hasta que el director me sacaba. Un día el trabajador abusó de mí; yo no dije nada porque me amenazó, pasó el tiempo y me di cuenta de que no me bajaba. Pedí permiso para ir al médico y ya me dijeron que estaba embarazada, al regresar no dije nada porque tenía miedo de que el director me dijera algo.*

*La verdad no quería tenerlo, así que buscaba la manera de abortarlo y en una de esas veces comencé a sangrar, el director me llevó a una clínica y me apoyó hasta que tuve a mi bebé. Terminó corriendo al tipo que me violó (Silvia).*

**Paola** fue ingresada a un centro mixto hace aproximadamente 10 años; ella y la madrina eran las únicas mujeres: “Todos pasaron por mí”, afirma desde la sala de visitas de una cárcel.

Además de la violencia sexual, hay otras formas de machismo: por ejemplo, en un centro sólo los hombres pueden salir a “hacer servicios”, las mujeres no. Una vez más el caso de **Selma** es ilustrativo, ya que ella estuvo un año recluida en un sitio sin patio ni ventilación, y con espacios muy reducidos, sin nunca pisar ni ver la calle. Los hombres, en cambio, pueden salir, ya que la restricción sólo aplica para las mujeres.

En un centro público de Chiapas, unas chicas se quejaron del trato desigual que reciben hombres y mujeres con respecto a la ropa que pueden usar, por ejemplo, o el acceso a actividades deportivas. Para las mujeres el código es más estricto: no pueden usar shorts ni chancas porque “provocan”. Los hombres, aparentemente, sí pueden, aunque en otro centro público no existía esa diferencia, lo cual resalta la importancia de tener a cargo a personal que no reproduzca mentalidades y prácticas discriminatorias por razones de género. Como lo señala **Gato**: “Un hombre que usa drogas sólo es estigmatizado como usuario. Una mujer es estigmatizada por usuaria y puta”.

En un anexo reportan que los hombres pueden ver tele y hacer ejercicio, mientras que las mujeres tienen menos acceso a esas actividades.





---

# 5

## **Conclusiones y propuestas**

---



*Pues yo soy una persona que ha recaído varias veces, he estado en diferentes centros de rehabilitación, he estado en diferentes situaciones de calle... [con esta entrevista] a mí me gustaría más que nada ayudar, ser parte de la ayuda a una persona porque a veces somos muy juzgadas como adictas o como personas consumidoras y yo sé que tal vez no son justificaciones las que tenemos, pero para todo hay una razón (Sara).*

Las palabras de **Sara** ejemplifican la motivación y los objetivos que nos propusimos para llevar a cabo las entrevistas y plasmarlas en este texto: escuchar a las mujeres, conocer sus historias, entender el uso de drogas desde una perspectiva enfocada en las personas y no en las sustancias, analizar los cruces entre las políticas de drogas, el género y el acceso a tratamiento y, sobre todo, sentar las bases para un proceso donde **Sara, Ángela, Patricia, Selma** y todas las demás sean escuchadas a partir de su voz.

Las historias de las mujeres y las niñas entrevistadas están marcadas, en primer lugar, por violencia en la niñez. Este problema concierne también a niños, adolescentes, jóvenes y hombres que usan drogas, y es un tema que debe estudiarse más, desde una perspectiva de género.

La violencia contra la niñez se cruza con la violencia de género contra las mujeres. Ésta se manifiesta desde las violaciones, pero también en las respuestas a la violencia, pues o no se les cree o se les acusa de provocarla. La violencia de género contra la niñez sigue en la vida adolescente y adulta, tanto en las relaciones que entablan con otros hombres, como en los contextos de personas que usan drogas. Por supuesto, éstas son generalizaciones y de ninguna manera pretenden concluir que todos los hombres que venden o usan drogas abusan de las mujeres, simplemente reflejan las tendencias derivadas de las entrevistas.

Cabe preguntar dónde queda el Estado en este escenario. Las mujeres y las niñas están solas ante la violencia, que no se denuncia, no se atiende y no se repara. Las instituciones estatales parecen entrar en

la vida de estas mujeres únicamente a la hora de detenerlas. El análisis llevado a cabo con unas jóvenes sicarias privadas de la libertad, cooptadas por el crimen organizado desde la niñez, es contundente: "El Estado sólo nos detiene, nos pega y nos mata". El uso de drogas es uno de los múltiples recursos de resiliencia con los que tratan de buscar placer y superar los traumas. Su fortaleza, sin embargo, no sólo no es reconocida, sino aplastada por:

**i) las políticas de drogas que estigmatizan a las personas que usan drogas.**

**ii) la falta de acceso a tratamiento para las mujeres que lo quieren.**

**iii) las condiciones de tratamiento que violan los derechos humanos y discriminan ulteriormente a las mujeres que usan drogas.**

La violencia se reproduce y recrudece en las cárceles y en los anexos: lejos del escrutinio público, en el primer caso, y blindados del escrutinio público en el segundo, con plena impunidad para operar de manera arbitraria e incluso ilegal.

A partir de lo anterior, de los contenidos de este documento, así como de las entrevistas con personas conocedoras del tema y de las fuentes consultadas, las propuestas de políticas públicas deben desarrollarse, por lo menos, dentro de los ejes presentados a continuación.

## **1. PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES QUE USAN DROGAS Y RECONOCIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE SU RESILIENCIA**

Las mujeres y las niñas entrevistadas han logrado superar la violencia, la pobreza, la desesperación, la humillación y el maltrato recibido de la familia, las parejas, las instituciones y la sociedad en general. Han puesto su nombre y firma en cartas de consentimiento y han permitido que un teléfono grabara sus denuncias. Por ello:

- Su fuerza y resiliencia deben ser reconocidas y fortalecidas en todas las acciones dirigidas a las mujeres que usan drogas.
- Como lo afirma un psiquiatra entrevistado para este trabajo: el mensaje de los 12 pasos es "cede" (**surrender**). El mensaje para ellas tiene que ser " fortalécete" (**empower**).

- Asimismo, sin ellas ningún trabajo *sobre* mujeres que usan drogas sería posible. Por ende, los trabajos tienen que ser *con ellas*, y éste es un compromiso que asumimos en Equis.

## 2. GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO

Sin información no es posible generar políticas públicas. Por ende, se requiere de la recopilación de información cuantitativa y cualitativa.

- Debe llevarse a cabo una recopilación de datos sistemáticos en las distintas instancias de gobierno, que dé cuenta del consumo de drogas por parte de las mujeres y niñas diferenciando entre tipos de consumo, sustancias de inicio, sustancias de impacto y policonsumo, grupos etarios y otras condiciones concomitantes, por ejemplo, la existencia de trastornos de salud mental y antecedentes de violencia.
- En lo específico, incluir en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) preguntas orientadas a visibilizar las violencias que sufren las mujeres que usan drogas en general, y las que tienen uso dependiente en particular.
- Toda la información tendrá que ser comunicada entre las instancias y debe recopilarse también en los centros penitenciarios.
- Es importante contar con información sobre la cantidad de niñas y niños institucionalizados con referentes significativos adultos, o adolescentes que usan drogas de forma dependiente.
- Debe contarse con información sobre adolescentes en conflicto con la ley y uso de sustancias.
- Toda la información recopilada debe estar desagregada por sexo.
- No debe reproducirse el esquema de cissexismo heteronormativo, sino incluir múltiples opciones de autoadscripción sexo-genérica.
- Para fortalecer la comprensión del fenómeno del uso de drogas deben realizarse investigaciones cualitativas con mujeres que usan drogas y sus familiares.
- Tales investigaciones deben incluir las voces y experiencias de las personas que, desde distintas instituciones, están en contacto con mujeres que usan drogas, para conocer los límites, los errores, las buenas prácticas y los espacios de mejora en las políticas públicas y en las instituciones.



### 3. ACCESO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Las condiciones del tratamiento en México son alarmantes y no se vislumbra un cambio a corto plazo. Algunos requisitos mínimos para atender esta situación son:

- Cerrar los centros de tratamiento que operan de manera irregular y liberar de inmediato a las personas ilegalmente privadas de su libertad.
- Las ideologías religiosas no representan formas de tratamiento y no debe permitirse la existencia de centros basados en el cristianismo u otras corrientes.
- El internamiento tiene que ser la última opción; deben privilegiarse acciones en la comunidad, de tipo ambulatorio y con enfoque de reducción de riesgos y daños.
- Simultáneamente, debe ampliarse la existencia de centros residenciales públicos.
- El tratamiento tiene que ser sólo voluntario.
- En caso de existir tratamiento por disposición judicial,<sup>25</sup> las personas tienen que ser remitidas exclusivamente a centros públicos o de la red de CIJ.
- El tratamiento debe ser profesional; puede coexistir con el modelo de ayuda mutua —algunas mujeres se refieren de manera positiva a la conexión que hay con las madrinas—, pero siempre supeditado a las figuras profesionales.
- Las personas encargadas de los centros no deben haber sido usuarias de sustancias psicoactivas, a menos que tengan una preparación profesional.
- El personal que opera en los centros de tratamiento debe tener formación en género y relaciones de género, atención a la violencia de género y violencia contra la niñez.
- Las mujeres deben tener acceso al tratamiento en igualdad de condiciones que los hombres. Puesto que el aumento de uso de drogas se ha registrado en particular entre las mujeres, no hay razón para otorgarles un menor número de espacios en los centros y para no acondicionarlos de manera adecuada.
- Asimismo, debe favorecerse la creación de centros exclusivos para mujeres, sin que por ello se deje de garantizar un acceso adecuado y suficiente en el territorio a través de los centros mixtos.

<sup>25</sup> Dado que esto es de por sí problemático, rebasa los fines de este texto adentrarnos en ello; se sugiere ver Equis, 2018.

- En lugar de una política de cero contacto entre hombres y mujeres, deben fomentarse relaciones de convivencia entre las personas que residen en los centros de tratamiento, independientemente de su preferencia sexual e identidad de género.
- Dentro de un marco de convivencia, las mujeres deben tener acceso a espacios exclusivos para ellas, no sólo en términos de infraestructura, sino en materia de actividades y reuniones grupales, para evitar ser revictimizadas por parte del personal o de los compañeros hombres.
- La atención ambulatoria y residencial a mujeres debe tomar en cuenta el ejercicio de la maternidad —cuando ellas lo deseen— y tener flexibilidad en cuanto a los horarios de atención y acceso a llamadas y visitas.
- Los centros de tratamiento, en particular los anexos, deben ser visitados periódicamente por las autoridades, incluyendo, aunque no de manera exclusiva: comisiones de derechos humanos, institutos o secretarías de las mujeres, Procuraduría de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Secretaría de Salud, procuradurías o fiscalías estatales y Centros de Justicia para las Mujeres.
- Los anexos deben someterse a un escrutinio permanente y minucioso; además, debe darse seguimiento a las denuncias en su contra.
- Las mujeres privadas de la libertad también deben contar con acceso a programas de reducción de riesgos y daños y tratamiento ambulatorio para el uso de drogas de forma dependiente, con acceso voluntario.

#### 4. ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

México carece de políticas públicas enfocadas en la niñez; esta es, simplemente, invisible y, por ende, expuesta a todo tipo de violencia, mal trato y abuso con total impunidad.

- Para ello, debe tomarse en cuenta a las niñas, niños y adolescentes (NNA) que usan drogas, NNA con referentes significativos adultos o adolescentes que usan drogas y NNA con referentes significativos adultos o adolescentes privados de la libertad en centros de tratamiento o en Ceresos por consumo o delitos relacionados con las drogas.
- Los NNA deben formar parte activa, a través de un proceso de es-

cucha fundamentado en los artículos 12 y 3 de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, de las acciones y programas de prevención y atención de consumo dependiente de sustancias psicoactivas.

- De ninguna manera debe criminalizarse o estigmatizarse a NNA por conductas o situaciones de sus referentes significativos.
- Los NNA con referentes adultos o adolescentes significativos o cuyas madres, durante o después del embarazo, hacían uso de drogas deben ser separados de los mismos sólo como último recurso, buscando una atención holística que beneficie tanto a los NNA como a sus referentes.
- Los NNA que usan drogas de forma dependiente y necesitan tratamiento deben recibir cobijo en las instancias de protección de la niñez y atención por parte del sector salud, de acuerdo con su edad y género.
- Los y las adolescentes en conflicto con la ley deben tener acceso a tratamientos de uso de drogas de calidad y a programas de reducción de riesgos y daños, basados en sus necesidades y edad de desarrollo, dirigidos a resaltar y empujar sus fortalezas, y de ninguna manera deben ser denigrantes o sobajar su autoestima.
- Los delitos cometidos en contra de NNA con referentes adultos encarcelados en centros de reinserción social o centros de tratamiento, NNA privados de la libertad en centros de reinserción social o centros de tratamiento y NNA institucionalizados en función de una política de drogas deben ser investigados.

## **5. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES QUE USAN DROGAS DE FORMA DEPENDIENTE Y SON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES**

Por lo general, las mujeres usuarias son víctimas de múltiples formas de violencia:

- i) la violencia doméstica, en la esfera privada, familiar o de pareja**
- ii) la violencia en la infancia**
- iii) la violencia específica en los círculos de uso de drogas, principalmente de tipo sexual**
- iv) la violencia vinculada al trabajo sexual**
- v) la violencia de mujeres víctimas de trata**
- vi) la violencia institucional**

Aun así, las instancias que trabajan con mujeres que usan drogas de forma dependiente no tienen formación y capacitación para atender la violencia de género; por otro lado, las instituciones públicas o privadas que atienden a mujeres víctimas de violencia no atienden o reciben a mujeres que usan drogas de forma dependiente. Como lo muestra un estudio llevado a cabo por Equis, 15 entidades afirmaron que, de acuerdo con el protocolo de ingreso a los refugios de los Centros de Justicia para las Mujeres, no aceptan a usuarias de drogas legales e ilegales. De los refugios que de manera extraordinaria aceptan usuarias que consumen sustancias —Sinaloa, Ciudad de México, Aguascalientes, Colima, y Durango—, encontramos que se han hecho excepciones siempre y cuando las adicciones sean al alcohol o al tabaco, o la usuaria se encuentre en proceso de desintoxicación.<sup>26</sup>

En consecuencia, se requiere:

- Asegurar espacios y prácticas libres de discriminación y violencia de género para las mujeres que usan drogas de forma dependiente.
- Garantizar que las mujeres que usan drogas de forma dependiente, así como sus hijas e hijos, no sean excluidas de las instancias que atienden a mujeres víctimas de violencia.
- Evitar cualquier criminalización de jure o de facto de mujeres embarazadas o mujeres madres con uso de drogas dependiente, perjudicial o de riesgo.

## 6. PREVENCIÓN

- Las acciones de prevención deben tomar en cuenta cómo las relaciones y las creencias de género influyen en la relación con el uso de las sustancias y estar dirigidas a los distintos grupos de acuerdo con su género, orientación sexual, tipo de uso de drogas y otras variables.
- Los programas de prevención deben contar desde sus inicios con mensajes y acciones dirigidos específicamente a las niñas y adolescentes.
- No deben basarse en el mensaje de “Di no a las drogas” y de inculcar miedo, ya que eso no es eficaz. Al contrario, la información

<sup>26</sup> Elaboración propia con solicitudes de acceso a la información número 192419, 191119, 192419, 335319, 49672019, 113000208619, 458919, 150219, 210519, 253071, 924519, 299319, 2755919, 389819, 382819, 247419, 619519, 253119, 559319, 635719, 635719, 597219, 219819, 500719 y 332519.



tiene que estar fundamentada en la evidencia científica y aludir a los daños que provocan las sustancias, pero también a sus propiedades positivas y terapéuticas.

- La medición de los programas debe hacerse por resultados y no por procesos (por ejemplo, "reducción de la edad de inicio" contra "número de charlas en escuelas primarias").
- Los programas de prevención en escuelas deben ser impartidos por personas conocedoras del tema, idealmente jóvenes e integrantes de la sociedad civil que sepan establecer un vínculo de pares y que apliquen metodologías dinámicas y participativas (no el modelo "charla" o "conferencia").

## REFERENCIAS

### Publicaciones

- Benoit, T. y Jauffret-Roustide, M. (2015). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. Recuperado de <https://cutt.ly/hyAYOGU>
- Conadic (Comisión Nacional contra las Adicciones). (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. Recuperado de <https://cutt.ly/HyAj7fL>
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Madrazo-Lajous, A., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., Ogunrombi, A., Sherman, S., Stone, J., Vallath, N., Vickerman, P., Zábanský, T., Beyrer, C. (abril de 2016). Public Health and International Drug Policy. *The Lancet*, 387(10026), pp. 1427-1480. Recuperado de <https://cutt.ly/GyAY9gO>
- Equis: Justicia para las Mujeres, A. C. (2018). *Cortes de drogas en México: una crítica a partir de las experiencias de las mujeres*. Recuperado de <https://cutt.ly/ytvKqZW>
- Knaul, F. M., Bustreo, F. y Horton, R. (enero de 2020). Countering the pandemic of gender-based violence and maltreatment of young people: The Lancet Commission. *The Lancet*, 395 (10218), pp. 98-99. Recuperado de <https://cutt.ly/WyAbBkR>
- Lenzer, G. (2015). Violence against children. En W. Vandenhoe, E. Desmet, D. Reynaert y S. Lembrechts (eds.), *Routledge International Handbook of Children's Rights Studies* (pp. 276-294). Nueva York y Londres: Routledge Taylor & Francis Group.
- O'Neill, K. (2014). On liberation crack, christianity, and captivity in postwar Guatemala City. *Social Text*, 32, pp. 11-28.
- Redim (Red por los Derechos de la Infancia en México). (2020). *Infancia y adolescencia en México. Entre la invisibilidad y la violencia. Desafíos del nuevo gobierno para garantizar derechos de niñas, niños y adolescentes en México. Balance anual 2019*. Recuperado de <https://cutt.ly/AyAnW19>
- Romero-Mendoza, M., Lozano-Verduzco, I., Saldivar, G. y Manríquez-Montiel, Q. (noviembre de 2018). Something that could get rid of the cold inside Women's motives for using addictive substances from a gender perspective. *Journal of Substance Abuse*, 23(5), pp. 466-470.

### Documentos de organismos internacionales

- AI (Amnistía Internacional). (2017). *Criminalizing pregnancy. Policing pregnant women who use drug in the USA*. Recuperado de <https://cutt.ly/UyAbqlz>
- AWID (Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo). (2019). *Feminist movements and women resisting the war on drugs. Documentation of an AWID Learning, Movement-Support and Engagement Process, 2018-2019*. Recuperado de <https://cutt.ly/wyAyj67>
- CEB (Chief Executives Board for Coordination). (2019). *The United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration*. Recuperado de <https://cutt.ly/wufj82K>
- CICAD-OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Organización de los Estados Americanos). (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Recuperado de <https://cutt.ly/tyAmY7g>
- CND (The United Nations Commission on Narcotic Drugs). (2020). *Mainstreaming a gender perspective in drug-related policies and programmes. Resolution 59/5*. Recuperado de <https://cutt.ly/AyAeGTw>
- Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Recuperado de <https://rm.coe.int/1680462543>

JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes). (2017). *Informe 2016*. Recuperado de <https://cutt.ly/WyAtWkR>

OEA (Organización de los Estados Americanos). (2008). *Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas*. Recuperado de <https://cutt.ly/mtNeHj6>

OIT, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, PNUD, UNESCO, UNFPA, ACNUR, Unicef, UNODC, ONU Mujeres, WFP, WHO, ONU Sida, Banco Mundial. (2012). *Declaración conjunta. Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas*. Recuperado de <https://cutt.ly/HyAhCcT>

OMS (Organización Mundial de la Salud) y Gobierno de España-Ministerio de Salud y Consumo. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de <https://cutt.ly/jyAyCZn>

OSF (Open Society Foundations). (2016). *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina*. Recuperado de <https://cutt.ly/syAaeQA>

PAHO (Organización Panamericana de la Salud). (2017). *Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean*. Recuperado de <https://cutt.ly/DyAUr20>

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). (2018). *Human Development Indices and Indicators. 2018 Statistical Update*. Recuperado de <https://cutt.ly/kyAUiSX>

Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). (2017). *Familiar face. Violence in the lives of children and adolescents*. Recuperado de <https://cutt.ly/fyAcrTB>

UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). (2019). *World Drug Report 2019. Booklet 2. Global Overview of Demand and Supply*. Recuperado de <https://cutt.ly/lyArq4z>

UNODC. (2018a). *World Drug Report 2018. Booklet 5. Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences*. Recuperado de <https://cutt.ly/9yAtNrR>

UNODC. (2018b). *Promoting non-stigmatizing attitudes to ensure the availability of, access to and delivery of health, care and social services for drug users*. Recuperado de <https://cutt.ly/qyAzAop>

UNODC. (2016a). *Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly special session on the world drug problem. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*. Recuperado de <https://cutt.ly/PyAeaLh>

UNODC. (2016b). *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. Recuperado de <https://cutt.ly/ByAyriO>

UNODC. (2008). *Informe mundial sobre las drogas 2008*. Recuperado de <https://cutt.ly/zyArHbt>

WHO (World Health Organization). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Recuperado de <https://cutt.ly/EyAn0lP>

## Páginas web

AA (Alcohólicos Anónimos). (s. d.). *Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos*. Recuperado de <https://cutt.ly/tuaBFam>

INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”). (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2016-2017*. Recuperado de <https://cutt.ly/jyAm13Z>

INPRFM (2017b). Reporte de tabaco. En INPRFM, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2016-2017*. Recuperado de <https://cutt.ly/AyAQQxy>

INPRFM (2017c). Reporte de alcohol. En INPRFM, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2016-2017*. Recuperado de <https://cutt.ly/0yAWWhDh>

INPRFM (2017d). Reporte de drogas. En INPRFM, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2016-2017*. Recuperado de <https://cutt.ly/lyAUf5m>

National Institute on Drug Abuse. (2018). *Understanding drug use and addiction*. Recuperado de <https://cutt.ly/1yAU-xWW>

ONU Mujeres. (2020). *Hechos y cifras: acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado de <https://cutt.ly/DyAczig>

WHO (World Health Organization). (s. d.). *Tobacco*. Recuperado de <https://cutt.ly/myAmrxP>

### **Normativa nacional**

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (2019). México, Comisión Nacional contra las Adicciones.

### **Eventos**

Ponente Söderholm, A. (marzo, 2020). *Forced treatment, people who use drugs and the right to health: empirical evidence from Asia and Latin America*. Trabajo presentado en el marco del evento paralelo a la 63 Sesión de la Comisión de Estupefacientes, Viena.



**Autora:**

Corina Giacomello

**Revisión:**

Isabel Erreguerena

Coordinadora del Área de Políticas Públicas

*EQUIS Justicia para las Mujeres*

Mariana López

Oficial de proyecto

*EQUIS Justicia para las Mujeres*

Gerardo Contreras

Oficial de proyecto

*EQUIS Justicia para las Mujeres*

**Corrección de estilo:**

Laura Zúñiga Orta

**Diseño editorial:**

Mercedes Lozano

René Angulo

**Agradecimientos:**

Open Society Foundations por el apoyo  
brindado

**Las siguientes personas expertas por sus  
comentarios a este informe:**

Estefanía Vela

Luis Alberto Muñoz

Julio, 2020





EQUIS  
Justicia para las mujeres