



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

6ta. Generación

2009 – 2010

Reporte de Investigación Final

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

**PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LA
ADICCIÓN DE LAS MUJERES EN RECLUSIÓN**

Alumna:

ANA DELIA LÓPEZ GONZÁLEZ

Asesora:

MTRA. EVA MARÍA RODRÍGUEZ

Ciudad de México, Marzo de 2011.

INDICE

Introducción	3
CAPITULO 1	
HISTORIA DE LAS PRISIONES	4
1.2 Antecedentes Históricos de los Reclusorios Femeniles en el Distrito Federal	7
CAPITULO II	
LA PERSPECTIVA DE GÈNERO	12
2.1La construcción social del género femenino	12
2.2Los controles	14
CAPITULO III	
ADICCIONES CON PERSPECTIVA DE GÈNERO	16
CAPITULO IV	
ADICCIONES Y RECLUSORIOS	22
3.1 Principios básicos para el tratamiento de reclusos	22
3.2 Programas para las adicciones en los centros de reclusión	24
3.3 Estadísticas	25
Relevancia del estudio	26
Planteamiento del problema	27
Objetivo principal	27
Objetivos específicos	27
Metodología	28
Descripción de la población	28
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	29
Procedimiento de reclutamiento	29
Instrumento	29
Análisis de datos	29
Discusión	35
Referencias Bibliográficas	38
Cronograma	39
Anexos	40

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de las mujeres en reclusión ha tenido alguna experiencia con las drogas, es por ello que para tener una intervención exitosa, es necesario trabajar con el miedo a compartir sus experiencias de dolor, el miedo a ser exhibidas, el miedo a perder a su familia.

Es importante que las mujeres empiecen a hablar de sí mismas como afectadas por el problema en vez de ser ellas el problema, así se abren opciones de reconstruirse, se proveen espacios para historias diferentes y descripciones más ricas de la vida de las personas.

Externalizar conversaciones desempodera los efectos de la etiqueta, la patologización, el diagnóstico que generalmente son sentidos por las personas como que empobrecen sus vidas, se abren posibilidades para describirse a sí mismos y a su relación desde una posición nueva y no saturada de problemas. Permite un desarrollo de una historia alternativa que sea más atractiva para la persona.

De esta manera, las mujeres dejan de pensar a quien culpar y piensan en el problema como una identidad independiente, la cooperación y la colaboración se vuelven más posibles cuando el problema no está localizado en la identidad de las personas.

Al separar el problema de la persona, se abre un espacio para que las personas actúen en contra del problema y trabajar co-operativamente para revisar su relación con el problema, cuando las personas se separan del problema, sus habilidades, intereses, competencias, compromisos se hacen más visibles, al ser más visibles, reduce la culpa y la condena y deja lugar a la responsabilidad.

CAPITULO I

HISTORIA DE LAS PRISIONES

1.1 Antecedentes Históricos del Sistema Penitenciario del Distrito Federal

El sistema de readaptación social como meta específica de la pena de prisión comienza a tomar características claras a partir del régimen presidencial de Plutarco Elías Calles, cuando se enuncian las ideas de regeneración de los delincuentes y protección de los menores infractores. Se creó el Tribunal Administrativo para Menores, órgano dependiente del Gobierno del Distrito Federal para la aplicación de medidas sociales, médicas, pedagógicas y psicológicas. En este orden de ideas se reorientó la administración de las escuelas correccionales ya existentes.

Las prisiones en la Ciudad de México, tienen su antecedente en la Cárcel de la Acordada, la cual funcionó en el periodo de 1700, hasta que fue sustituida en 1862 por la Cárcel de Belén la que, a su vez, concluyó su función el 26 de enero de 1933, puesto que sus instalaciones fueron parcialmente destruidas en la época revolucionaria, durante el sitio de la Decena trágica. Actualmente en las restauradas edificaciones, se encuentra el Centro Escolar Revolución, sito en Arcos de Belén y Balderas.

A principio del siglo XX la Penitenciaría de Lecumberri entró en funciones a partir del 29 de septiembre de 1900. Se empezó a construir en 1881, pero fue hasta 1897 cuando se concluye la obra, y debido a la gran cantidad de problemas que existieron durante este tiempo por la magnitud del proyecto, no es, sino hasta 1900 que el presidente Porfirio Díaz inaugura lo que se conoció como Cárcel preventiva de la Ciudad de México.

La construcción del mencionado edificio tenía una forma radiada. Estaba constituido por un polígono central, donde convergían las crujías y del cual se levantaba una torre de acero cuya altura sobrepasaba los edificios (era de 35 metros) y remataba por un gran tinaco que almacenaba agua para distribuirla a toda la construcción. Dicha cárcel contaba con 322 celdas para reos del primer

período (aislamiento celular), 388 para los del segundo (separación celular de los prisioneros durante la noche y trabajo común en el día) y 104 para los del tercero (práctica de la libertad condicional).

Con el tiempo dicha cárcel se convirtió en una institución de “usos múltiples”, para sentenciados y procesados, varones y mujeres. Como consecuencia de la nueva situación fue necesario que los juzgados, hasta entonces localizados en Belén, se trasladaron a Lecumberri.¹

En el Distrito Federal, para efectos de administración de justicia había otras cárceles preventivas en Villa Obregón, Xochimilco y Coyoacán.

Lecumberri en su origen fue construido como penitenciaría para reunir a los reos sentenciados que se encontraban en la prisión de Belén, pero la lucha de 1910 provocó una grave deformación en su función pues, siendo un edificio que ofrecía aislamiento y seguridad se utilizó para recluir a los enemigos del régimen imperante.²

Durante el mandato del general Cárdenas, además de la penitenciaría, funcionaba la Cárcel del Carmen, que hacía las veces de prisión para arrestados y en algunos casos de preventiva, en la cual generalmente se recluían a los “toreros” de pulque, es decir, expendedores de la bebida sin licencia, las prostitutas callejeras, raterillos y afeminados, además de rijosos y golpeadores de mujeres.³

¹ SÁNCHEZ, Galindo Antonio. Cuestiones penitenciarias, Ed. Delma, México, 2001, p. 19

² DE TAVIRA, Juan Pablo. ¿Por qué Almoloya? Análisis de un proyecto penitenciario, Ed. Diana, México, 1995. p 38.

³ MENDOZA, Bremauntz Emma. Derecho Penitenciario, Ed. Mc Graw Hill, México, 1998. p. 180.

Debido a la sobrepoblación, problemas administrativos y cambios de gobierno, Lecumberri pasó a ser un lugar de corrupción, en donde los reos más que readaptarse, eran sometidos a un encierro sin beneficio alguno.

Llegó a albergar hasta 3700 hombres y 400 mujeres, y en sus finales tenía cerca de 5000 reclusos procesados y sentenciados. Funcionó hasta el año 1976, fecha en que fue desalojada para trasladar a los presos a los nuevos reclusorios que se habían creado, en el Norte y el Oriente. Posteriormente se inaugura en 1979 el Reclusorio Preventivo Sur.⁴

Con el surgimiento de estos tres reclusorios dejaron de funcionar las prisiones preventivas de Villa Obregón, Coyoacán y Xochimilco, que hasta 1975 fueron partidos judiciales autónomos dentro del Distrito Federal.

En mayo de 1977 por decreto presidencial, el ex penal de Lecumberri fue adjudicado al Archivo General de la Nación, y después de ser reconstruido fue inaugurado como tal en 1982.⁵

En 1976 se consolidó uno de los mayores logros del programa de reclusorios, que se impulsó para tratar de resolver la problemática existente en el sistema penitenciario. El 11 de mayo de dicho año fue inaugurado por el entonces presidente de la república Lic. Luis Echeverría Álvarez el Centro Médico de Reclusorios, con todas las medidas modernas para concentrar en Tepepan a los internos que requirieran tratamiento médico, edificándose en esos terrenos, un área para delincuentes enfermos mentales que requirieran ser institucionalizados y que hasta entonces, en contra de los dictámenes de la conciencia y de la doctrina

⁴ GÓMEZ, Bernal Eduardo. Tópicos Médicos Penitenciarios. Compañía Editorial Impresora y distribuidora, México, 2004, p. 93

⁵ Idem

de los juristas y criminólogos, permanecían prisioneros en las cárceles, sin ser sujetos de sentencia ni proceso.⁶

Al poco tiempo se consideró que este centro era poco productivo y los enfermos mentales volvieron a la cárcel para ser tratados por el servicio médico de cada prisión. En 1981 el Centro Médico fue abandonado y clausurado por supuestos motivos presupuestales, hasta 1982 como menciono más adelante.

1.2 Antecedentes Históricos de los Reclusorios Femeniles en el Distrito

Federal

Tanto en las cárceles del país como en las de la Ciudad de México, la convivencia entre presos de ambos sexos ha sido cosa corriente, y sólo en los últimos años se ha intentado en forma lenta y gradual su separación. Hasta hace poco en el Distrito Federal existieron zonas o anexos muy limitados dentro de una misma institución penitenciaria, que servía en una proporción mayor a los hombres y en otra menor a las mujeres, impidiendo un buen desarrollo carcelario para estas últimas, debido a que se quiso hacer un simple traslado mecánico del tratamiento de los varones para el caso de las mujeres privadas de su libertad.⁷

LA CRUJÍA “L” EN LA PENITENCIARÍA DE LECUMBERRI

Hasta 1954, hubo en Lecumberri un pabellón para mujeres, conocido como la crujía “L”, con aire mucho menos severo que los restantes. Sergio García Ramírez cometa en su Manual de prisiones, que con el cambio de cárcel, quedaron en Lecumberri sólo las detenidas, por las setenta y dos horas necesarias para expedir el auto de formal prisión. Cito textualmente: “Ni aún esto me pareció conveniente, y cuando fui Procurador del Distrito dispuse, de acuerdo con el entonces regente de la Ciudad, Alfonso Martínez Domínguez, atento a la suerte de los presos, que el traslado de las detenidas se hiciera directamente de la Procuraduría a la Cárcel de Ixtapalapa.

⁶ Op. cit., MENDOZA. Bremauntz Emma, p. 190-191.

⁷ GARCIA. Ramírez Sergio, Manual de prisiones, Ed. Porrúa, 4ª edición, México, 1998, p. 44.

Luego en vehículos de la misma cárcel o de la Procuraduría se conduciría a las indiciadas ante el juez para el desarrollo de diligencias previas a la formal prisión. Sin duda estos viajes causaban problemas administrativos, pero resolvían otros más graves y afirmaban el principio de separación entre hombres y mujeres. Años más tarde se estableció un pabellón de detenidas en Lecumberri, en un pequeño edificio con cuatro o cinco celdas deplorables, sobre un breve patio que servía como asoleadero.⁸

CENTRO FEMENIL DE READAPTACIÓN SOCIAL (CÁRCEL DE MUJERES)

En 1952 dio inicio la construcción del Centro Femenil de Readaptación Social, conocida como la Cárcel de Mujeres, y en 1954 fue inaugurado.

En este centro fueron ubicadas las mujeres que estaban reclusas en la Penitenciaría de Lecumberri. Con dicho edificio se cumplía con lo ordenado por el artículo 18 Constitucional, en lo que respecta a la separación de presos por sexo; sin embargo, la separación entre procesadas y sentenciadas se hacía sólo a través de la clasificación en dormitorios.

En 1982 se cerró esta institución penitenciaria y las internas fueron trasladadas al que fuera Centro médico de reclusorios del Distrito Federal, el cual dejó de funcionar un año antes.

CENTRO FEMENIL DE READAPTACIÓN SOCIAL TEPEPAN

El Centro Femenil de Readaptación Social "Tepepan" está ubicado en calle La Joya s/n Colonia Valle Escondido Delegación Xochimilco, Distrito Federal, zona ubicada al Sur de La Ciudad de México, y ocupa una superficie de 45,120 metros cuadrados.

En el mes de noviembre de 1982 se creó el Centro Femenil de Readaptación Social para albergar a la población proveniente de la Cárcel de

⁸ Idem

Mujeres de Santa Martha Acatitla, que estaba constituida por población indiciada, procesada, sentenciada y ejecutoriada. En 1987 la población indiciada y procesada fue trasladada al Reclusorio Preventivo Femenil Oriente y en 1990 con la apertura del Reclusorio Preventivo Femenil Norte dicha población se distribuyó entre esos dos anexos dado su crecimiento, de tal suerte que el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, albergó únicamente a la población sentenciada ejecutoriada.⁹

Al interior del Centro se encontraba el Centro de desarrollo infantil que atendía a hijos de internas y trabajadoras; y el primero de febrero de 1999 fue inaugurado el actual Centro de desarrollo infantil localizado en el exterior del inmueble.

El Centro de Readaptación Social Tepepan concluyó su actividad con la población sentenciada ejecutoriada en mayo del 2004 cuando fueron trasladadas 268 internas al Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, lugar donde se planeó que quedaran integradas la población indiciada, procesada, sentenciada y ejecutoriada; quedando únicamente en este Centro 38 internas psiquiátricas y 9 crónicas degenerativas vulnerables, en total 47. El 23 de octubre del 2004 fueron recibidas 58 internas más, por necesidad de atención especializada y medicamento controlado.

En la actualidad en esta Institución se encuentran 284 mujeres, 50 son internas-pacientes ubicadas en el área de psiquiatría y 234 forman parte de la población general en dormitorios; desarrollan actividades tales como: actividades deportivas, actividades educativas (alfabetización, primaria, secundaria y preparatoria), realizan actividades laborales remuneradas y elaboran manualidades.

A partir de entonces y de manera paulatina, se han ido autorizando traslados del penal de Santa Martha Acatitla por medidas de seguridad institucional,

⁹ <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/tepepan.html>

acercamiento familiar, cambio de situación jurídica, por necesidades de tratamiento médico y/o psiquiátrico con uso de medicamento controlado.

Es relevante mencionar que dentro de las instalaciones del Centro se incluye la Torre Médica de Reclusorios la cual brinda atención de segundo nivel a internos que requieren consulta de diversas especialidades; asimismo existe atención médica quirúrgica y de hospitalización; cabe aclarar que orgánicamente depende de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

RECLUSORIO PREVENTIVO FEMENIL ORIENTE Y RECLUSORIO PREVENTIVO FEMENIL NORTE

Los Reclusorios Preventivos Femeniles Oriente y Norte iniciaron sus funciones en 1986 y 1987 respectivamente. El primero con una capacidad instalada para 312 internas y el segundo para 400 internas. Al respecto el entonces Presidente Miguel de la Madrid comenta: "...Hasta el Presente régimen continuaban mezcladas procesadas y sentenciadas en las instituciones femeninas, primero en la antigua Cárcel de mujeres y luego en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan que fue trasladado a las instalaciones que ocupaba el Centro médico de reclusorios. Esto ha ocasionado que nunca se cumpliera el artículo 18 Constitucional y el 17 correspondiente a la expedités de la impartición de justicia, que reclama la proximidad del procesado y su juez. Por esta razón se construyeron los módulos preventivos femeniles, anexos a cada uno de los correlativos varoniles".¹⁰

La construcción de ambos reclusorios se componía de 5 a 6 edificios por reclusorio, con dos plantas destinadas para dormitorios, un espacio para cocinar, un comedor y áreas verdes. Con todas las carencias que puedan existir en un

¹⁰ VILLANUEVA. Fernando Alonso, Documento El Distrito Federal y la Estructura Penitenciaria, Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal, México, 2004, p. 4.

espacio que no fue diseñado de origen para a satisfacer las necesidades mínimas a las mujeres privadas de su libertad.

Dejaron de funcionar como tales en diciembre de 2004, para convertirse en los Centros de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte y Oriente.

El Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla

El Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla fue inaugurado el 29 de marzo de 2004. Está ubicado en Av. Ermita Iztapalapa sin número, Col. Santa Martha Acatitla, en la Delegación Iztapalapa, a un costado de la Penitenciaría Santa Martha Acatitla del Distrito Federal y del Centro de Readaptación Social Varonil.

Dicho centro está destinado para albergar a toda la población femenina penitenciaria del Distrito Federal, indiciadas, procesadas, sentenciadas y ejecutoriadas, tanto del fuero común como del fuero federal; salvo algunas excepciones que por cuestiones médicas o por medidas de seguridad se encuentran en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan. Las mujeres que se encontraban internas en el Reclusorio Preventivo Femenil Norte y Oriente y en el Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal Tepepan, fueron trasladadas al Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.

Los traslados se realizaron paulatinamente, empezando por la mayor parte de la población sentenciada. El primer traslado se realizó el 26 de mayo de 2004, con 268 internas procedentes del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, posteriormente y hasta el mes de diciembre de ese mismo año se trasladó a la población del Reclusorio Preventivo Femenil Oriente y Norte, dejando al final a las internas procesadas. También a partir de ese mismo mes se empezaron a recibir indiciadas en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. Actualmente la población del Centro asciende a 1551 internas, sin dejar de lado a

los 56 menores hijos de las internas que viven en el Centro (hasta el 13 de abril de 2007).

Este es panorama general que guarda el sistema penitenciario en relación a la reclusión femenina del Distrito federal.

CAPITULO II

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

2.1 La construcción social del género femenino

Los enfoques desde la perspectiva de género nos dicen que mientras a los varones se les enseña con frecuencia a valorar la separación y la independencia, a las mujeres se les inculca que su valor depende, en gran medida, de su habilidad para mantener relaciones. Las niñas por tanto, corren el riesgo de perder sus propios intereses en las relaciones con otros.

Por lo general las mujeres son socializadas para ser menos agresivas que los varones; son supervisadas de forma más cuidadosa por sus padres. Aprenden a responder a la provocación mediante sentimientos de ansiedad, depresión, temor y vergüenza, mientras que los hombres aprenden a vengarse.

Aunque las mujeres pueden enojarse con tanta frecuencia como los hombres, han aprendido a culparse a sí mismas por experimentar tales sentimientos. Son socializadas para evitar que su coraje dañe a sus relaciones valiosas; los hombres son socializados para reaccionar con coraje, buscando en la mayoría de las veces culpar a otros por su malestar. Así, niñas y niños sufren privaciones y censuras continuas respecto de determinados deseos y necesidades no solo mediante la coerción, prohibición y/o inhibición de ellos, sino también mediante reiteraciones que conducen a la creación de modelos adultos ideales, ya

sea para el ejercicio del poder-dominación (por parte de los niños-hombres) y de aceptación y adecuación por parte de otras (niñas-mujeres).¹¹

En la construcción social del género femenino desde la perspectiva de género existen cuatro vertientes analíticas: el poder, los controles, la violencia y la inequidad.

De acuerdo con López-Rey poder es la capacidad, habilidad, energía o fuerza para hacer o no hacer, provocar o prevenir algo que se estima beneficioso o no. Socio-políticamente hablando ha de entenderse por tal la facultad de imponer la propia voluntad sobre personas, grupos, instituciones y organizaciones, en ocasiones en el ámbito internacional, a fin de que estos hagan o se abstengan de hacer algo o acepten directa o indirectamente lo que en principio se hallaban dispuestos a rechazar. A menudo se aprovecha la indefensión, la incapacidad, la indiferencia, la complicidad o el temor de aquellos a quienes se dirige. Algunos elementos que favorecen este son la corrupción, la ideología y la insatisfacción reinante sobre determinadas circunstancias y situaciones que afectan a clases o a grupos diversos. El poder así considerado puede ser político, ideológico, económico, científico o de cualquier otra condición. Con frecuencia estos aspectos aparecen mezclados y así acontece que el poder político y económico van a menudo juntos.¹²

El poder puede ser ejercido de muy diversas formas: física, sexual, económica y verbalmente.

Zaffaroni menciona que la sociedad asienta su poder jerarquizado sobre los siguientes aspectos:

- El poder del *pater familiae* o sea la subordinación de la mitad interiorizada de la humanidad y el control de la transmisión cultural (policía de la mujer).
- El poder punitivo, es decir, el ejercicio de la vigilancia y eventual coerción disciplinante a los inferiores.

¹¹ ROMERO MENDOZA, Martha. Mujeres en prisión, una mirada a la salud mental, Impresión y encuadernación Ignacio Rodríguez Galicia, México, 2004, p. 18.

¹² Ibidem, p. 20

- El poder del saber del *dominus* o ciencia señorial que acumula capacidad instrumental de dominio (policía de discursos).
- El poder patriarcal controla a más de la mitad de la población: a las mujeres, a los niños, niñas y a los ancianos. Por ello, el poder punitivo se ocupa preferentemente de controlar a los varones jóvenes ya adultos, o sea, controla a los controladores. El saber instrumental es poder al servicio del dominio de los controladores y de los controladores de los controladores.¹³

2.2 Los controles

El poder es ejercido en la vida de hombres y mujeres mediante mecanismos de control social. La denominación *control social* es un término neutro, apto para abarcar todos los procesos sociales destinados a introducir la conformidad, desde la socialización infantil hasta la ejecución política. El control social consiste en las formas organizadas con que la sociedad responde a comportamientos y a personas que define como desviados, problemáticos, preocupantes, amenazantes, peligrosos, molestos o indeseables de una u otra manera. Esta respuesta aparece de diversas formas: castigo, disuasión, tratamiento, prevención, segregación, justicia, resocialización, reforma y defensa social. En consonancia con ellas, el comportamiento es clasificado bajo diversas denominaciones: crimen, delincuencia, desviación, inmoralidad, perversidad, maldad, deficiencia o enfermedad.¹⁴

Los procesos de control social incluyen la internación, la socialización, la educación, la presión del grupo primario, la opinión pública, así como la acción de todas las agencias formales especializadas, como la policía, la ley y otros poderes del Estado. Los procesos de control social intervienen en dos niveles: por un lado, el educativo-persuasivo (representado por instituciones como la familia, la escuela, la iglesia, etc.), en el que se produce la *interiorización* de las normas y de los

¹³ Ibidem, p. 21

¹⁴ Ibidem, p. 22

valores dominantes, y por otro, el del control secundario o represivo, que actúa cuando surgen comportamientos no conformes con las normas aprendidas.

Entonces para ejercer la opresión y el poder, las sociedades patriarcales ejercen dos tipos de controles sobre las mujeres: los controles informales o educativos persuasivos y los formales o de control represivo.

Larrauri define como *control informal* a todas aquellas respuestas negativas que suscitan determinados comportamientos que vulneran normas sociales, que no cumplen las expectativas de comportamientos asociadas a un determinado género o rol. Estas respuestas negativas no están reguladas en un texto normativo, de ahí que se hable de sanciones informales.¹⁵

De acuerdo con Marcela Lagarde (1994), las normas que se establecen con el lenguaje y también con el silencio, con lenguajes no verbales, con un gesto, con una mirada, con la mano, son las normas que están establecidas en las costumbres, en el poder de la cotidianeidad, que es el poder de las relaciones cuerpo a cuerpo entre las personas. Uno de estos controles es, por ejemplo, la reputación; al restringir el acceso a determinados sitios y determinadas actividades de las mujeres es controlar el poder de definir las como buenas o malas.

Lees muestra cómo tener el poder de definir reputaciones es una forma de controlar los comportamientos. Y cómo el otorgar y denegar reputaciones según el comportamiento sexual es una forma eficaz de encauzar tempranamente a las mujeres hacia un régimen de heterosexualidad institucionalizada. Actualmente parecería que la reputación es algo superado, pero para ser víctima apropiada de ciertos delitos existen requisitos: para una violación no hay que llevar vida

¹⁵ LARRAURI. Elena, Mujeres, Derecho Penal y Criminología, Ed. Siglo XXI, Madrid 1994, p. 114.

licenciosa, para ser autora del delito de infanticidio debe tenerse honor, para tener derecho de custodia de los hijos debe tenerse buena reputación.

Hablar de la reputación de una mujer supone invocar su comportamiento sexual, pero hablar de la de un hombre supone hacer referencia a su personalidad, sus éxitos y su posición en la comunidad.

Otra forma de control informal de las mujeres se da por medio del cuerpo. Hay diferencias significativas entre géneros en cuanto a gestos, posturas y movimiento general del cuerpo. Las mujeres están mucho más restringidas en su forma de moverse y en el espacio. Incluso pareciera existir un *espacio imaginario* alrededor de ellas que se resisten a traspasar. Su espacio pareciera ser una cápsula en la que se siente puesta y confinada. La *mujer suelta* rompe estas normas: su soltura se manifiesta no sólo en su moral, sino en su manera de hablar y literalmente, en la forma suelta y libre de moverse. El movimiento femenino, sus gestos y posturas deben cumplir con ciertos imperativos: tener gracia y cierto erotismo refrenado por la modestia.

Las mujeres en reclusión viven las mismas formas de control que en la sociedad en general, esto va aumentando la angustia, la culpa, el abandono que viven al estar en esta condición, por ello el tratamiento en reclusión representa una oportunidad de vida para las mujeres porque tienen el tiempo y la atención que requieren para enfrentar su enfermedad.

CAPITULO III

ADICCIONES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las investigaciones sobre adicción en mujeres demuestran que muchas de ellas consumen drogas legales o médicas, aunque todavía no se han estudiado con profundidad sus efectos. “[...] las mujeres que usan y abusan de sustancias

psicoactivas, niegan y disfrazan su adicción, o bien, eligen sustancias que pueden consumirse en espacios privados y que controlen sus emociones.”¹⁶

Las mujeres ingieren alcohol o alguna pastilla bajo pretextos de una falsa sociabilidad: para poder aguantar a los niños o relajarse antes de una junta, para levantarse, antes de salir de compras, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, dormir o despertar, para aliviar la fatiga, o bien, por falta de confianza en sí misma, aburrimiento, frustración o alivio al estrés. El estado civil y la edad de una mujer también influyen en la determinación de consumir cierta sustancia tóxica. Aunque las mujeres trabajen fuera de casa y contribuyan a la economía del hogar, tienden a sentirse totalmente responsables de la casa y presentan estrés al desarrollar el “complejo de supermujer”: ser todo para todos.¹⁷

Aquellas mujeres que se encuentran en prisión y que además tienen problemas de adicciones y salud mental se encuentran excluidas de diversos aspectos de la vida tales como el trabajo, la familia, el cuidado adecuado de la salud y la vida comunitaria. Esta exclusión tiene un alto impacto en la vida de las mujeres y en la sociedad misma. Con frecuencia lleva a una espiral descendente de desempleo, pobreza, ruptura familiar y deterioro de la salud. Los costos para las mujeres, sus familias y el estado con enorme, no sólo durante su estancia en la prisión sino a largo plazo también. La desventaja con frecuencia pasa de una generación a otra.¹⁸

El ambiente penitenciario de alguna forma reproduce al interior de las prisiones los ordenamientos culturales, inequidades sociales. Las prisiones estructuran diferencias importantes en cuanto a las condiciones de cumplimiento de la pena privativa de la libertad entre hombres y mujeres. Estas particularidades

¹⁶ MEDINA-MORA Ma. Elena. *Las adicciones en mujeres: problema genéricamente construido en Con ganas de vivir, una vida sin violencia*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. México, 1998, p. 7

¹⁷ HERNANDEZ Julio, Investigador de ESADI (Especialistas en Adicciones). *Mujeres en Tratamiento*.

¹⁸ Romero Mendoza, Martha, Durand, Ana Lucía, (2007) *Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y reducción del daño*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

aparecen en principio ocultas. Se detectan a través de las diversas formas que adoptan las situaciones discriminatorias en las prisiones femeninas. Esto no obedece tan solo a un peor trato hacia las mujeres, sino también a la forma especialmente sexista que adopta el tratamiento.¹⁹

A pesar de que tanto para hombres como para mujeres la prisión tiene como consecuencia, además del castigo, el desarraigo y la separación de la vida cotidiana, para las mujeres el costo es mayor dado que son estigmatizadas por la sociedad y la mayoría son abandonadas en la cárcel por sus parientes, al identificarlas como “mujeres malas”.²⁰

Según algunas autoras, la delincuencia no tiene génesis ni causalidad sexual, no sólo deriva de la biología sino de la sociedad y la cultura.²¹

Ser mujer y ser delincuente significa ser transgresora de los mandatos sociales de género. Sin embargo, la situación de la mujer delincuente se ve agravada por diversas razones:

- 1.- Gran cantidad de mujeres antes de cometer un delito son víctimas de delitos cometidos contra ellas, como la violencia;
- 2.- Si son las mujeres la que cometen los delitos contra otros se encuentran en desventaja por dos motivos: primero porque desconocen las leyes y en segundo lugar carecen de mecanismos, lenguajes y formas de comportamiento adecuada para su defensa.
- 3.- Existe desigualdad genérica en la impartición de justicia además que la mayoría carece de recursos económicos para su defensa.
- 4.- No son tomadas en cuenta con seriedad, sus razones no son válidas y a su palabra no se le da credibilidad.²²

¹⁹ Ribas N., Alameda E. Bodelón E. (2005) Rastreado lo invisible. Mujeres extranjeras en las cárceles. Ed. Anthropos. Cuadernos 16. Temas de Innovación Social.

²⁰ Romero Mendoza, Martha, Durand, Ana Lucía, (2007) Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y reducción del daño. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

²¹ Lagarde M.(1997) Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Memoria. Puntos de encuentro. Nicaragua.

Comprender el desarrollo de una conducta adictiva es algo complejo. Con frecuencia, hombres y mujeres que tienen problemas con las sustancias tienen una sensación de incompletud y de imperfección, por ello buscan fuera de sí mismos una sustancia, una persona o una situación que, cuando se ingiere la sustancia, les hace conectarse a la persona, les provee un sentido de satisfacción y completud. En la medida en que la persona ha experimentado situaciones de vida que le cause sentirse devaluado, buscará fuera de sí mismo lo que cree le hace falta. El deseo obsesivo por esta experiencia externa aunada con la conducta compulsiva para satisfacerla es lo que construye la adicción.²³

Tanto hombres como mujeres parecen tener diferentes resultados y mecanismos para afrontar y sobrevivir a infancias difíciles, especialmente en casos en donde está presente el abuso físico, emocional o sexual. Aunque puede variar de cultura a cultura, para muchas mujeres la experiencia puede tener como consecuencias el surgimiento de conductas autodestructivas, ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad para confiar en otros y enojo, además de hostilidad internalizadas.

Muchas mujeres poseen una tendencia a definirse a sí mismas en relación con los otros y por ello, en ocasiones, las mujeres beben al enfrentar pérdidas tales como la muerte de los padres o el divorcio, o al encarar a padres inconsistentes, negligentes o poco disponibles por su propio alcoholismo o pueden sentir una desconexión de sí mismas y de otros por el abuso familiar y la violencia.²⁴

A pesar de que los hombres usuarios de sustancias experimentan censura y rechazo, el que viven las mujeres con frecuencia es mayor. En teoría, las mujeres son las guardianas “de la moral de la sociedad”. En consecuencia, las mujeres son triplemente estigmatizadas cuando desarrollan una adicción porque se les mira como poco femeninas, moralmente débiles y sexualmente promiscuas. Debido a la

²² Romero Mendoza, Martha, Durand, Ana Lucía, (2007) Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y reducción del daño. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*.

doble moral en relación con la conducta sexual, una mayor expresión sexual cuando se bebe generalmente es aceptada en los hombres pero censurada en las mujeres.

Uno de los efectos más graves de la estigmatización es que la adicción permanece oculta. Estas es, las mujeres tratan de ocultarla, el tratamiento se demora y, por tanto, el daño físico, emocional, sexual, económico que puede ocurrir es mayor.

Cuando una mujeres internaliza estos estereotipos negativos, es decir que se los apropia o los hace suyos, es más probable que se sienta avergonzada o culpable acerca del uso de sustancias y tenga un efecto negativo en su autoestima la lleva a aumentar su consumo.

La sociedad generalmente acepta la violencia cuando va dirigida hacia aquellas personas cuya conducta ha sido etiquetada como inaceptable y, por otro lado, se cree que si una mujer se intoxica “merece” todo lo que le ocurra mientras esté bajo la influencia de las drogas.²⁵

Las mujeres que abusan de sustancias, con frecuencia, enfrentan barreras para encontrar, entrar y completar programas de tratamiento. Generalmente se clasifican en tres tipos: las barreras sistémicas que no son específicas al género, por ejemplo la discriminación por etnia, edad, falta de servicios de apoyo sociales ubicados en la comunidad donde se encuentra la mujer. En segundo lugar, se encuentran las barreras de género que son aquellas que impiden el acceso a las mujeres a los centros de tratamiento tales como la lejanía de servicios, la falta de apoyo para el cuidado de los hijos y asistir a las sesiones, la falta de terapeutas mujeres, entre otros. En tercer lugar están aquellas que tienen que ver con las creencias personales de la mujer o que se derivan de experiencias que han tenido las mujeres al acercarse al tratamiento: rechazo, hostigamiento, vergüenza, miedo.

²⁵ *Ibidem*.

Antes del ingreso a la prisión muy diversas razones impiden que las mujeres con problemas de abuso de sustancias ingresen a un tratamiento. Entre las más importantes están:

- Las mujeres víctimas de violencia doméstica tienen miedo de que ninguna persona pueda hacerse cargo del cuidado de sus hijos.
- Las mujeres que han vivido en la calle tienen temor de que algunas instituciones de asistencia social les retiren la custodia de sus hijos.
- Las mujeres que consumen durante el embarazo pueden estar en riesgo de ser etiquetadas de “malas madres” o que enfrenten sanciones legales por usar drogas.
- Las mujeres lesbianas que se preocupan por asumir o develar su estilo de vida y que esto resulte en la pérdida de la custodia de sus hijos por la intolerancia social.²⁶

Los problemas relacionados con el uso de sustancias muchas veces van de la mano con otras áreas de la vida de las mujeres. Algunos problemas que hay que considerar antes de la intervención son la culpa, la vergüenza, la baja autoestima pues aunque muchas veces no se presentan como problemas individuales o aislados en las mujeres en prisión sí tienen un papel importante para el desarrollo de ciertas conductas.

Cuando una mujer adicta solicita ayuda o tratamiento suele enfrentarse a la discriminación, principalmente si la sustancia de la que abusa es ilegal, o si está embarazada. Puede suceder que no cubren necesidades como alojamiento, un empleo, asistencia legal, o bien, no se investiga la severidad de la adicción o el

²⁶ *Ibíd.*

riesgo de morir que tienen sus pacientes mujeres. “Tanto en el nivel profesional como en los grupos de autoayuda, las mujeres son tratadas distinto. Existen algunos grupos de autoayuda dirigidos a las mujeres, pero lo más importante sería que se creara un programa para hombres y mujeres que quieren dejar de sufrir, reconociendo la enfermedad y no la sexualidad”, afirma Patricia Reyes del Olmo.²⁷

CAPITULO IV

ADICCIONES Y RECLUSORIOS

3.1 PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE RECLUSOS

Adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990. Consisten en lo siguiente:

1. Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor inherentes de seres humanos.

2. No existirá discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otros factores.

3. Sin perjuicio de lo que antecede, es necesario respetar las creencias religiosas y los preceptos culturales del grupo a que pertenezcan los reclusos, siempre que así lo exijan las condiciones en el lugar.

4. El personal encargado de las cárceles cumplirá con sus obligaciones en cuanto a la custodia de los reclusos y la protección de la sociedad contra el delito de conformidad con los demás objetivos sociales del Estado y con su responsabilidad fundamental de promover el bienestar y el desarrollo de todos los miembros de la sociedad.

²⁷ REYES del Olmo Patricia. *Prevención en mujeres: diferentes enfoques preventivos o problemáticas distintas*: en *LiberAddictus*. No. 27, Marzo, 1999, p 35

5. Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas.

6. Todos los reclusos tendrán derecho a participar en actividades culturales y educativas encaminadas a desarrollar plenamente la personalidad humana.

7. Se tratará de abolir o restringir el uso del aislamiento en celda de castigo como sanción disciplinaria y se alentará su abolición o restricción.

8. Se crearán condiciones que permitan a los reclusos realizar actividades laborales remuneradas y útiles que faciliten su reinserción en el mercado laboral del país y les permitan contribuir al sustento económico de su familia y al suyo propio.

9. Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.

10. Con la participación y ayuda de la comunidad y de instituciones sociales, y con el debido respeto de los intereses de las víctimas, se crearán condiciones favorables para la reincorporación del ex recluso a la sociedad en las mejores condiciones posibles.

11. Los principios que anteceden serán aplicados en forma imparcial.²⁸

²⁸ MELENDEZ, Florentín. Instrumentos internacionales sobre derechos humanos aplicables a la administración de justicia. Estudio constitucional comparado, Ed. Miguel Ángel Porrúa, México, 2004, p. 22.

3.2 PROGRAMAS PARA LAS ADICCIONES EN LOS CENTROS DE RECLUSIÓN

La Comunidad Terapéutica dio inicio en el año 1999 en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, este modelo fue creado y llevado a cabo por Personal Técnico Penitenciario tiene un enfoque cognitivo conductual y psicoeducativo, contempla un programa de atención e intervención a nivel residencial altamente estructurado con una duración de 3 meses en su manejo primario y de 6 meses a dos años en su seguimiento. Actualmente este modelo de atención se implementa en el Reclusorio Varonil Oriente, El Reclusorio Varonil Norte, y El Reclusorio Femenil Tepepan.

La Subsecretaría de Sistema Penitenciario, antes Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal y Fundación Cambio Oceánica, A.C., celebró el 8 de julio del 2005 un Convenio de Colaboración a través del cual, esta última trasladará la tecnología de su modelo de tratamiento en materia de adicciones a los Centros de Reclusión del Distrito Federal, con el objeto de lograr la rehabilitación de internos alcohólicos y fármaco-dependientes que se encuentran en reclusión.

Dentro de este convenio, Oceánica se compromete a proporcionar la asistencia técnica para poner en marcha el programa de tratamiento de adicciones, aprovechando sus conocimientos y experiencias para favorecer la Reinserción Social de Internos.

Este modelo de atención se lleva a cabo en la Penitenciaría del Distrito Federal, El Centro de Ejecución de Sanciones Penales Norte, el Centro de Readaptación Social Varonil (CERESOVA).

El día 8 de marzo del 2006, "Día Internacional de la Mujer" la Fundación Unidas para Ayudar" y la Dirección del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, solicitaron a la Presidenta de la Fundación Monte Fénix, su apoyo para que Monte Fénix brindara un programa especializado.

Es así como la experiencia, asesoría e investigación permitieron diseñar de acuerdo al entorno y necesidades del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, el Programa de Rehabilitación de Adicciones a Sustancias Psicoactivas.

Clínicas Claider, empresa de la Fundación Monte Fénix, con un equipo de terapeutas y médicos, con experiencia de más de ocho años en el campo de las adicciones, en colaboración con el personal del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, (capacitado en adicciones por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix), operan el modelo de tratamiento.

3.3 ESTADISTICAS

La ignorancia para confrontar el dolor emocional hace que las estadísticas engorden. Depresión, ansiedad, insomnio y crisis nerviosas son las constantes de los habitantes en el país, que consumen drogas médicas para controlarse. “Una de cada seis personas presenta o presentará un problema de salud mental a lo largo de su vida y va a requerir atención médica especializada”, previene Carlos Castañeda, Coordinador de Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud.

A pesar de que las mujeres adictas son menos que los hombres, su número tiende a crecer desmesuradamente, sobre todo en el uso de psicofármacos.

La Encuesta Nacional de Adicciones en el 2008, la prevalencia de consumo en los últimos treinta días entre mujeres de 12 a 64 años era del 0.3% para cualquier tipo de droga ilegal y del 1.6% de los hombres, la incidencia acumulada del consumo de drogas en la población femenina de 12-25 años es de 1.6 para la marihuana , 1.0% para cocaína, 0. 4% para crack y 0.3% para

tranquilizantes, para la población femenina 26-34 años es de 2.0% para marihuana, .8% para cocaína, .2% para crack y .4% para tranquilizantes.

Incidencia acumulada para el uso de drogas en el Distrito Federal de la población femenina de 12 a 65 años es de 3.9% para drogas ilegales, Consumo de drogas en población femenina de 18 a 34 años en el último mes es de 0.26% para marihuana, 0.18% para cocaína y 0.04% para tranquilizantes.

En el 2009 se llevo a cabo un estudio para conocer el consumo de drogas ilegales y legales en el Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal, para la realización de este censo se tomaron como base el Twak (para conocer el consumo de alcohol), el Fagestrom (para tabaco) y el Dast (para drogas ilegales), la muestra se realizo a 150 internas, se encontraron los siguientes resultados:

El 28% refirió haber estado intoxicada cuando cometió el delito, el 72% refirió que no estaba intoxicada, el 26% refirió haber consumido cocaína, el 20% crack, el 18% había ingerido alcohol, el 15% marihuana, el 12% solventes y el 9% psicotrópicos.

Cabe mencionar que las edades de las mujeres en este centro de reclusión son de 30-40 años, con sentencias largas y con enfermedades degenerativas o trastornos psiquiátricos.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

La persona no es el problema, “el problema es el problema” y es necesario distinguirlo y separarlo de la persona, con este objetivo, terapeuta y mujer en tratamiento, se co-construyen nuevas visiones del problema, se analizan nuevas formas de romper -aquí y ahora- la “*pauta repetitiva*” y los “*círculos viciosos*”, se abren nuevas perspectivas y posibilidades, se describen una nueva “realidad” más flexible, con más esperanza.

El quehacer terapéutico consiste esencialmente en que las personas

enriquezcan los relatos de vida que cuentan de sí mismas y que constituyen y construyen su identidad.

El pensar que el proceso adictivo es el mismo en hombres y mujeres no ayuda para la creación de programas de tratamiento dirigidos a las mujeres, las mujeres necesitan una intervención más integradora que abarque las preocupaciones y necesidades, diversidad y expectativas de las mismas.

Hay poca literatura en relación a las mujeres consumidoras y aun más a las características de intervención, así como la importancia del abordaje de temas como la violencia, las y los hijos, las responsabilidades familiares, la capacitación laboral, etc. en mujeres adictas y en reclusión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo anterior la propuesta de esta investigación fue el acompañamiento, darles voz a las mujeres que buscan una oportunidad de vida, al reconocer sus miedos, prejuicios, historia de vida, resignificando su propio proceso de vida y los procesos de socialización que han vivido y les ha permitido dejar el consumo.

Al dar estructura a este proceso de construcción cognitivo, se tendrá una opción de seguimiento más efectivo y eficaz al interior de los centros de reclusión femeninos.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las experiencias y la percepción de la abstinencia a sustancias de las mujeres que se encuentran en reclusión, después de haber terminado un programa de rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la experiencia de recuperación de las mujeres en reclusión.

- Conocer la percepción del consumo de drogas después de haber estado en tratamiento.
- Identificar elementos que refuercen el tratamiento que existe en reclusión.

METODOLOGÍA

Esta investigación fue de tipo cualitativo, descriptivo y exploratorio ya que se buscó conocer la experiencia del proceso adictivo y del proceso de recuperación dentro de un contexto como es la reclusión.

La técnica que se utilizaron fueron las Entrevistas a profundidad entendiéndose como: reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bodgan, 1994 cp Rincón C., 1995:40). Permite acercarse a las ideas, creencias, supuestos mantenidos por otros. También es definida como “una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal. (Rodríguez, Gil & García, 1996:169).

A través de las entrevistas se busca que las mujeres describan sus experiencias sobre el no consumo, la duración de la abstinencia, la importancia, la resignificación de sus vidas estando en reclusión sin consumo, sus expectativas y cambios individuales, así como consolidar la importancia de un seguimiento después del internamiento.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La muestra estuvo conformada por tres Mujeres en reclusión de 25 a 35 años con un periodo de abstinencia de 1 a 4 años que se encuentren recluidas en el Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal (Tepepan).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres que tengan entre 1 y 4 años de abstinencia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Mujeres que tengan meses de no consumo.

-Hayan tenido una recaída.

PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO

Se les hizo una invitación verbal a las tres internas propuestas para que participaran en las entrevistas, se les dio a conocer la carta de consentimiento informado, para su lectura y autorización, se les explicó el motivo de la entrevista y se les dio a conocer la importancia de su participación.

Su participación fue voluntaria, se les explicó los objetivos de la investigación, la información proporcionada no aparecerá en su expediente y podrán abandonar la entrevista cuando quisieran. (Anexo I)

Las entrevistas se realizaron dentro del dormitorio 9 en el Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal. La información que se recopiló de las participantes se transcribirá.

INSTRUMENTO

Se utilizó una guía de entrevista para conocer la percepción de la abstinencia dentro de reclusión. (ANEXO II)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron tres mujeres internas en el Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal que se encontraban en tratamiento de desintoxicación por consumo de drogas. Su escolaridad era básicamente de secundaria, cuyas edades estaban entre los 32 y 36 años.

Tratamientos anteriores: Dos de ellas recibieron su tratamiento en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y otra de ellas realizó el tratamiento en el Centro Femenil del Distrito Federal.

El tiempo de abstinencia de las tres mujeres entrevistadas era de 1 y 4 años, al estar en los anexos no lograban dejar de consumir por largos periodos de tiempo ya que muchas veces presentan problemas tales como la violencia, el abuso sexual, el abandono de los padres, etc., y al tener un tratamiento más integral pueden poner en práctica nuevos hábitos y encontrar la forma de enfrentarlos sin tener que recurrir al consumo.

Las tres entrevistadas habían tenido entre 2 a 6 anexos antes de ingresar a prisión pero ninguno había abordado la desintoxicación, sin embargo reportaron que en algunos anexos habían recibido malos tratos y que en estos lugares salían con mayor resentimiento y esto en lugar de ayudarlas las hacía pensar que eran malas personas, que no iban a tener una oportunidad de vida, situación que influía para que muchas veces recayeran.

“Pues la verdad es que fuera de reclusión solamente tuve la oportunidad de conocer anexos donde la verdad los tratos eran muy malos, mi primer anexo fue fuera de serie, donde nada mas conocí insultos, gritos, humillaciones, maltratos físicos y verbales, entonces salí mas resentida, y no tuve la oportunidad de conocer lo que era un programa o una desintoxicación.

Es importante resaltar que esta situación es muy recurrente en las mujeres que acuden a estos lugares, esto en parte puede deberse a que muchas veces el personal que está a cargo de estos lugares no son profesionales o no están capacitados para dar atención y por otra parte tampoco tienen programas específicos para atender las problemáticas de las mujeres, así como es mínimo el trabajo terapéutico que se hace con la familia de la mujer que ingresa a tratamiento, situación que pone en riesgo la recuperación, ya que se necesita la

comprensión y la cooperación de la familia para que el proceso de abstinencia tenga mayor éxito.(FUNCAPID,2002)

En lo que respecta al consumo, después de que ingresaron a prisión dos mujeres refirieron que éste disminuyó ya sea por la falta de dinero, por miedo a las repercusiones que pudiera tener dentro de la institución o porque no había las drogas que consumían fuera y en una de las entrevistadas aumentó.

“Pues la verdad es que tuvo que haber disminuido muy forzosamente porque ya no había los mismos ingresos, pero siguió en una moderación muy fuerte, este, la verdad es que dentro de reclusión empecé a tener con el tiempo a tener medios y manera de conseguir la droga y el dinero para seguir intoxicando fue una manera más, mas...disminuyó un poco, porque no había las mismas drogas que consumía en la calle, porque el ingreso no era el mismo, pero seguía siendo muy fuerte”.

Estos resultados reflejan cómo el consumo puede variar dependiendo de la disponibilidad que haya en ese momento en el lugar como lo señalan Romero y cols, 2007 ya que mujeres muchas consumen drogas por su encierro, por la falta de apoyo familiar, por su sentencia, para controlar sus emociones, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, dormir o despertar, para aliviar la fatiga, o bien, por falta de confianza en sí misma, aburrimiento, frustración o alivio al estrés.

“Mucha desesperación al principio, mucha ansiedad, insomnio, sudores, este, llego el momento en que decidí tomar nuevamente el medicamento controlado, por el insomnio, la abstinencia, todo lo que yo sentía”.

Al hacer referencia sobre las consecuencias en el consumo de si son las mismas para hombres y para mujeres; dos entrevistadas reportaron que no había tal diferencia, que la enfermedad no respeta sexo, edad, posición económica, que

las circunstancias o el denigrarse es igual en hombres y mujeres, cualquier persona puede llegar a un reclusorio, un manicomio, o un hospital, otra entrevistada afirmó que sí hay diferencias mencionando que las mujeres pierden familia, su dignidad y que muchas veces terminan prostituyéndose por el consumo por lo que las consecuencias son mas para las mujeres.

“Si, la verdad es que si las hay y yo las tuve que vivir en carne propia porque yo veía muchas hombres que consumían y el vacío existencial, la soledad, la angustia, la frustración, el sufrimiento es el mismo, pero las consecuencias son más graves para una mujer, porque una mujer termina con hijos, termina abandonándolos, termina con su integridad, con su dignidad, termina prostituyéndose con los hombres que viven lo mismo que nosotros, entonces la verdad es que si hay mayores consecuencias más graves para las mujeres y lo peor del caso es que no nos damos cuenta porque nos sentimos más valientes, para ellos es más fácil, porque ellos no tienen que pasar por ese tipo de rechazos como nosotras”.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por Lagarde (1994) señalando que los controles hacia la mujer se basan en la reputación definiéndolas como buenas o malas.

Los motivos que expresaron para ingresar al tratamiento que se les proporcionaba dentro del Centro de Readaptación Social del Distrito Federal fueron: la angustia, el sufrimiento, la desesperación, el hartazgo, la presión de deber dinero, la familia, entre otros.

“Yo vi a mis compañeras, y al verlas me motivó, también fue ver hasta donde yo había llegado, ver a mi familia y mis hijos, dentro de mi había la desesperación de dejar de consumir, pero muchas veces no sabía cómo, aunque quería no sabía cómo empezar, quería que me escucharan, finalmente estaba cansada, estaba harta de vivir siempre lo mismo, ya estaba harta de vivir siempre lo mismo, de

vagar por las calles, de vivir maltrato físicos, de tener hambre, frío, y me preguntaba ¿qué necesidad tengo de andar así?”.

Como puede observarse son muchas las circunstancias que influyen para que las mujeres pidan ayuda aparte de las arriba señaladas por ellas también se encuentran las vivencias que tienen durante el consumo, la situación de sus hijos e hijas y el abandono o problemas que tienen con su familia, ya no prostituirse, la violencia que vivieron durante el consumo, sus emociones tales como la ansiedad, depresión, vergüenza y que muchas veces no son tomadas en cuenta durante los tratamientos.

En relación a la percepción que tenían respecto a su consumo después de que salieron del tratamiento reportaron que éste había sido importante para darse cuenta de que no habían hecho nada de su vida, que era una enfermedad incurable, progresiva y mortal y que si no dejaba de consumir podían morir o volverse locas.

“Para empezar aprendí que la enfermedad era incurable, progresiva y mortal, y que si yo no dejaba de consumir yo me podía llegar a morir o a volver loca, entonces mi mayor consecuencia fue estar en prisión, haber dejado a mi hija, haber llegado a muchas situaciones que me causaron mucho daño a los demás y a mi misma, me di cuenta que mi vida estaba muy destruida y que el camino solamente era estar en el programa y con un poder superior y confiar sobre todo”.

Es importante señalar que el proceso de recuperación inicia cuando se dan cuenta que por el consumo han tenido muchas pérdidas desde individuales hasta familiares y es en ese momento que tienen un apego al tratamiento.

Por otro lado también cambia la percepción acerca de ser mujer modificándose al reconocer que después de estar en tratamiento recuperan su dignidad, valores, autoestima, se sienten útiles, tienen capacidad como para

estudiar, cuidar su cuerpo, se empiezan a amar a sí mismas y de esta manera pueden transmitir amor.

“Anteriormente yo tenía un concepto de lo que era mujer y de lo que era yo misma, por las mismas carencias que yo tuve que vivir y el crecer sin un padre, fue algo que afectó mi vida, yo creía que la forma de tener relaciones con los hombres o el aceptar todo y el someterme a todo, era una forma en que a mí se me podía querer y me podía dar amor y muchas veces permití cosas, yo me puse en esa posición, pero muchas veces me sentí agradecida de que me quisieran, porque me daba miedo estar sola, decía que no había nadie más que me pudiera querer, y así soporte muchas cosas, el día de hoy no, sé que tengo un abanico de opciones y ese abanico es que puedo vivir más cosas, que mi vida no es solo una pareja, también son mis hijos, mi madre, mi familia y superarme como mujer, es algo que antes no veía, yo pensaba que una mujer se hizo para estar en su casa hoy sé que me puedo hacer responsable y sé que puedo hacer más cosas, desde aquí dentro”.

Las respuestas de cada una de las mujeres entrevistadas muestran una visión más positiva, más humana, menos desgarradora, se perciben con valor y crecimiento para seguir adelante y perciben su recuperación como una gran oportunidad, una meta que pudieron cumplir, cada día que permanecen en abstinencia lo cual es un gran logro en su vida y en esta etapa pueden ver sus valores, su pasado como un gran tesoro, y se sienten agradecidas.

En relación a las estrategias que utilizan para no recaer las entrevistadas mencionaron que se necesita la honestidad, seguir sugerencias, ir a sus juntas, asistir a las terapias grupales, reforzar el contacto con el poder superior, hacer una reflexión diaria, ayudar a otras mujeres dándoles apoyo y haciéndolas sentir que no están solas.

“Principalmente estar al pendiente de mi recuperación, como asistir a mis juntas de A.A. yendo a mis terapias grupales, pero sobre todo lo que me ha ayudado a mantenerme es la honestidad, ayudar a mis compañeras que vienen detrás de mi, en escuchar, darles consejo, decirles que no están solas, y muchas de las veces escucharlas es no olvidar de donde vengo yo, para seguir en el camino”.

Es importante resaltar que es en este momento que la intervención y el apoyo de los profesionales de la salud es importante para darles acompañamiento y guía reforzando los aspectos positivos que han tenido para que no recaigan.

Al preguntarles sobre qué propondrían para mejorar el programa mencionaron mayor personal capacitado, con disponibilidad, que las mujeres que salen del programa se comprometan a seguir transmitiendo el mensaje de recuperación.

“Que haya más gente preparada, profesional, sobre todo que tengan la disposición de estar con nosotras que todas mis compañeras que estamos aquí adentro, que pasamos por el programa, empezáramos a dar un poquito de lo que hemos recibido”

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

Todas las participantes se les pidió su autorización para grabar la entrevista asegurándoles la confidencialidad y el anonimato.

DISCUSIÓN

Lo más sobresaliente de los resultados de la investigación fue que la situación de las mujeres resulta tanto más favorable cuanto más tiempo hayan permanecido en tratamiento con ello se va logrando una reestructuración

psicológica profunda y así tener elementos resilientes para las situaciones tanto de oportunidad como adversas.

Las mujeres adictas muestran los caminos del desarrollo hacia una psicología femenina completa y también el comportamiento que ha afectado el cuerpo en referencia al uso de la sustancia y de las condiciones sexuales del comportamiento y generales de la vida y de la maternidad.

El escaso interés que se ha mostrado en los estudios que reconstruían la identidad femenina estudia aspectos longitudinales desde la infancia a la edad adulta y los aspectos retrospectivos. Desde este punto de vista es posible confirmar una clase de aspecto no característico en el estudio en mujeres adictas puesto que no toma en la consideración las diversas características según sexo en el desarrollo y en la psicopatología.

Considero que un programa de atención a las adicciones dentro de reclusión es muy importante, ya que se reeduca y acompaña a cada una de las personas que accede a participar en la clínica, el presentar los resultados de la percepción sobre la recuperación en mujeres que aun siguen purgando una sentencia, es una muestra de que el cambio, el crecimiento, se puede dar aun en las circunstancias más adversas como pueden ser la prisión; al entrevistar a cada una de las mujeres que amablemente participaron en esta investigación, observe muchas modificaciones como por ejemplo: su lenguaje, su capacidad de análisis, su emotividad, la conciencia de la enfermedad, su seguridad, autoestima, su esperanza, su fortaleza.

Nuevamente se mencionan las barreras de tipo cultural y/o social, como son las normas sociales, referentes al papel de la mujer, la estigmatización, vergüenza, y culpa por el consumo de drogas, por las conductas que realizan en momentos de consumo, Todo ello hace que en ocasiones les resulte difícil reconocer el problema y acudir a pedir ayuda, también influye el miedo a perder la tutela de sus hijos, la falta de apoyo familiar y de sus parejas, y el miedo a perder la relación con éstas.

A través de las entrevistas que se realizaron se logro observar la importancia de un programa para la atención de las adicciones dentro de reclusión, ya que se observa una percepción positiva del tratamiento, dentro de lo posible se va adaptando la estructura del tratamiento existente a las necesidades sensibles de las mujeres en reclusión, tales como mayor tiempo de internamiento, integración de modelos terapéuticos para la atención de las vivencias de las mujeres sin prejuicios o estereotipos, personal capacitado, espacios determinados para la realización del programa, el apoyo de organizaciones como: Alcohólicos Anónimos, Monte Fénix.

Una de las limitaciones para realizar esta investigación fue que la mayor parte de las investigaciones en este campo, se han centrado en el adicto varón en el intento de describir los síntomas, consecuencias y formas de tratamiento, por el contrario son escasos los trabajos que realizan una aproximación a los discursos de las mujeres afectados desde una perspectiva cualitativa y con un enfoque de género. Se trata en definitiva, de ver cómo las personas relacionadas e implicadas, crean y reflejan a través de su experiencia el mundo social que les rodea.

Para la mujer, las relaciones sociales y los vínculos afectivos son necesarios para aumentar su autonomía y autoestima. La idea es que logre asumir las consecuencias del problema, se debe tomar en cuenta los sentimientos, tales como vergüenza, culpa, ansiedad, soledad, ya que estos las lleva a recaer, es importante continuar reforzando las herramientas de afrontamiento para que no recurran nuevamente al consumo, lo más importante no es arreglarle el panorama para que recupere su vida, lo fundamental es que cambie su proyecto de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) SÁNCHEZ, (2001) . Cuestiones penitenciarias, Ed. Delma, México, 2001, p. 19
- 2) DE TAVIRA, (1995). ¿Por qué Almoloya? Análisis de un proyecto penitenciario, Ed. Diana, México, 1995. p 38.
- 3) MENDOZA, (1998). Derecho Penitenciario, Ed. Mc Graw Hill, México, 1998. p. 180.
- 4) GÓMEZ, (2004). Tópicos Médicos Penitenciarios, Compañía Editorial Impresora y distribuidora, México, 2004, p. 93
- 5) GARCIA. (1998), Manual de prisiones, Ed. Porrúa, 4º edición, México, 1998, p. 44.
- 6) VILLANUEVA. (2004), Documento *El Distrito Federal y la Estructura Penitenciaria*, Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal, México, 2004, p. 4.
- 7) ROMERO, (2004). *Mujeres en prisión, una mirada a la salud mental*, Impresión y encuadernación Ignacio Rodríguez Galicia, México, 2004, p. 18.
- 8) LARRAURI. (1994), *Mujeres, Derecho Penal y Criminología*, Ed. Siglo XXI, Madrid 1994, p. 114.
- 9) MELENDEZ, (2004). *Instrumentos internacionales sobre derechos humanos aplicables a la administración de justicia. Estudio constitucional comparado*, Ed. Miguel Ángel Porrúa, México, 2004, p. 22.
- 10) MEDINA-MORA, (1998). *Las adicciones en mujeres: problema genéricamente construido en Con ganas de vivir, una vida sin violencia*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. México, 1998, p. 7
- 11) HERNANDEZ (2009), Investigador de ESADI (Especialistas en Adicciones). *Mujeres en Tratamiento*.
- 12) Romero Mendoza, Durand, (2007). *Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y reducción del daño*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- 13) Ribas N., Alameda, (2005). *Rastreado lo invisible. Mujeres extranjeras en las cárceles*. Ed. Anthropos. Cuadernos 16. Temas de Innovación Social.
- 14) Lagarde M.(1997) *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Memoria. Puntos de encuentro. Nicaragua
- 15) REYES del Olmo, (1999). *Prevención en mujeres: diferentes enfoques preventivos o problemáticas distintas*: en *LiberAddictus*. No. 27, Marzo, 1999, p 35.
- 16) De la Cruz, Herrera, (2002), *Adicciones en Mujeres*, Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID).
- 17) <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/tepepan.html> Consultada el domingo 12 de diciembre de 2010.

CRONOGRAMA

Las entrevistas se llevaron a cabo los meses de enero y febrero, la información recabada se analizo en el mes de febrero, para terminar con las conclusiones en el mes de marzo, como se muestra en el siguiente cuadro.

ANEXO I

ACTIVIDAD	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Elaboración del protocolo	XX			
Invitación para participar	XX			
Realización de entrevistas		XX		
Transcripción de entrevistas		XX		
Asesoría para el análisis		XX		
Análisis de las entrevistas		XX	XX	
Revisión de resultados		XX		
Entrega final				XX

ANEXO II

MÉXICO, D.F. A 5 DE ENERO DE 2011

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto autorizo una entrevista, sin utilizar mi nombre, toda la información se utilizará de manera anónima, y exclusivamente para los fines de la investigación, doy mi consentimiento para que me realicen la entrevista.

ATENTAMENTE

ANEXO III

GUÍA DE ENTREVISTA

- 1.- ¿Antes de ingresar a prisión había ingresado a tratamiento?
- 2.- ¿Qué diferencias ha habido entre el tratamiento dentro y fuera?
- 3.- ¿Su adicción continuo o disminuyo después de ingresar a prisión?
- 4.- ¿Tiempo de abstinencia actual?
- 5.- ¿Que te motivo para ingresar al tratamiento?
- 6.- ¿Cómo cambio su percepción o forma de ver su consumo después de terminar tu tratamiento?
- 7.- ¿Cómo percibe hoy esta etapa de recuperación en su vida?
- 8.- ¿Cómo se han modificado su ser mujer sin consumo?
- 9.- ¿Por ser mujer cree que hay mayores consecuencias que un hombre en el consumo?
- 10.- ¿Qué estrategias utiliza para no recaer?
- 11.- ¿Considera que el programa te ha ayudado?
- 12.- ¿Qué propondría para que el programa funcione mejor?

ANEXO IV

ENTREVISTA

1.- ¿Antes de ingresar a prisión había ingresado a tratamiento?

Antes de ingresar a este tratamiento estuve en 6 anexos.

2.- ¿Qué diferencias ha habido entre el tratamiento dentro y fuera?

Los de afuera a mi no me funcionaron porque había mucho maltrato físico, psicológico, era en contra de mi voluntad, yo no tenía la convicción de dejar de consumir, yo quería seguir consumiendo, aquí me ha funcionado porque toque fondo en la cárcel, vivir totalmente perdida, tenía ganas de morirme, cuando entro al programa me dieron amor, comprensión, esperanza, fe y fue lo que a mí me ayudo, sobre todo la confianza en creer en los demás y en que creyeran en mí, eso fue lo que a mí me impulso a tomar la decisión de dejar de consumir.

3.- ¿Su adicción continuo o disminuyo después de ingresar a prisión?

Aumento, porque estaba resentida, enojada conmigo misma y continúe consumiendo hasta tocar fondo.

4.- ¿Tiempo de abstinencia actual?

4 años, 2 meses.

5.-¿ Que te motivo para ingresar al tratamiento?

Ya no sufrir más, yo vivía en un sufrimiento total, toque fondo, quería aprender a vivir de otra forma, a dejar de drogarme y lo que me convenció y detono para que yo pidiera la ayuda fue mi fondo de sufrimiento.

6.- ¿Cómo cambio su percepción o forma de ver su consumo después de terminar tu tratamiento?

Para empezar aprendí que la enfermedad era incurable, progresiva y mortal, y que si yo no dejaba de consumir yo me podía llegar a morir o a volver loca, entonces mi

mayor consecuencia fue estar en prisión, haber dejado a mi hija, haber llegado a muchas situaciones que me causaron mucho daño a los demás y a mi misma y cuando vi mi enfermedad, vi a un monstruo, y me convertí en un líder destructivo, negativo, llegue a vender muerte, estaba llena de agresión, de ira, sentí que todo el mundo estaba en mi contra, que la vida me debía muchas cosas y que todos me lo tenían que pagar, era muy egoísta, que buscaba prestigio entre las desprestigiadas, que estaba muy llena de resentimiento hacia todo, cuando lo vi, me di cuenta que mi vida estaba muy destruida y que el camino solamente era estar en el programa y con un poder superior y confiar sobre todo.

7.- ¿Cómo percibe hoy esta etapa de recuperación en su vida?

Con mucho amor, porque hoy me amo a mi misma, puedo ver mis valores, puedo ver que todo mi pasado es un gran tesoro, para hacer hoy mi presente de otra manera, hoy amo la vida, disfruto un día, disfruto el sol, porque en consumo no veía ni el sol, ni un amanecer, yo hoy trato de sentir los rayos del sol sobre mi cuerpo, hoy vivo, cuando antes estaba muerte, muerta espiritualmente, físicamente, en todos los sentidos me sentía muerta, solo caminaba por caminar, hacia las cosas sin sentido, hoy le encuentro un sentido a mi vida, tengo un proyecto de vida, me gusta todo lo que hago, me motiva todo lo que hago, hoy lo que hago lo hago con amor.

8.- ¿Cómo se han modificado su ser mujer sin consumo?

Antes de tener el programa o tener esta nueva forma de vivir, yo como mujer no tenía valores, no tenía dignidad, me denigre una y otra vez, por obtener la substancia, por obtener un cariño, un afecto, entonces muchas veces me sentía objeto sexual de muchas personas, porque en esa posición yo me ponía, con tal de que alguien estuviera a a mi lado, porque me sentía sola, tan vacía, sentía que yo no merecía que alguien me quisiera por lo que era, porque yo me sentía nada, entonces sentía que son sexo, con mentiras, con engaños, con golpes, con insultos, era una forma de sentirme yo amada, hoy en recuperación tengo valores, dignidad, sobre todo he levantado mi autoestima, que era algo que yo tenía súper lastimado,

destrozado, yo no conocía lo que era la autoestima, por eso hoy como mujer puedo lograr muchas cosas, hoy me siento útil, antes me sentía inútil, incapaz de cualquier situación o logro, yo llegue a la cárcel con la primaria y estoy cursando la preparatoria, este es un logro como mujer como ser humano, hoy puedo ver que tengo la misma capacidad que cualquier otra mujer, a pesar de que soy adicta, hoy mi dignidad la cuido mucho, porque sé que mi cuerpo, la forma de relacionarme con la sociedad no tiene nada que ver con lo destructivo, hoy puedo hacer cosas mejores, desde el amor, la comprensión y la confianza, para todo ese proceso me tuve que empezar a amar a mi misma para así poder transmitir amor y dar amor.

9.- ¿Por ser mujer cree que hay mayores consecuencias que un hombre en el consumo?

No porque en esta enfermedad no respeta sexos, muchas veces cuando estaba consumiendo vi a muchos hombres que al igual que yo sé denigraron, Al igual al igual que yo sé prostituyeron, al igual que yo robaron, hicieron muchas cosas para obtener una sustancia, yo tengo muy claro que esta enfermedad arrastra parejo, niños, ancianos y a familias de posición económica muy buena, creo que esta enfermedad arrasa lo que sea porque hay hombres y mujeres en reclusión, hay hombres y mujeres en el panteón, en un manicomio, entonces la enfermedad lo mismo que provoco en mi lo causa en un hombre.

10.- ¿Qué estrategias utiliza para no recaer?

Principalmente ser honesta conmigo misma, eso es algo que me queda claro, si yo no me hablo con la verdad muy fácilmente yo puedo volver a consumir, toda mi vida me engañe, me mentí y entonces solo vivía en un mundo de mentiras, a veces tenía que enfrentarme a mi misma y eso es doloroso, pero he crecido mucho, he buscado ayuda en personas que me entienden, que me comprenden y me pueden decir como son las cosas, y me ha funcionado seguir sugerencias la gente que me ayuda que me apoya, me escucha, ir a mis juntas, ser constante a mis oraciones, terapias grupales, pedirle la ayuda a otra compañera que va por el mismo camino y por el mismo objetivo, dejar de sufrir y dejar de consumir.

También me ha funcionado mi poder superior, durante muchos años de mi vida pensé que yo sola podía, de hecho antes de estar en recuperación yo no creía en Dios, ni en nada, creer en el, empezar a sentirlo, sobre todo eso me ha ayudado a ver mi vida diferente, sobre todo el poder superior me ha dado la fuerza para continuar adelante, también me ha ayudado a ayudar a otras mujeres iguales que yo.

11.- *¿Considera que el programa te ha ayudado?*

Si mucho, he estado en agrupaciones pero en ninguna sentí el apoyo, honesto, sincero y desinteresado que he recibido en este programa, me ha ayudado a encontrarme a mí misma, encontrar mis propios valores, me ha enseñado a empezarme a amar, a respetar y a cuidarme, si, estoy convencida que yo necesito este programa para hoy y para toda mi vida.

12.- *¿Qué propondría para que el programa funcione mejor?*

Que haya más gente preparada, profesional, sobre todo que tengan la disposición de estar con nosotras.