

T/49

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
XOCHIMILCO.**

MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL.

MODULO:

"DISTRIBUCIÓN Y DETERMINANTES DE SALUD-ENFERMEDAD."

DOCENTES:

ASA CRISTINA LAURELL.
OLIVA LÓPEZ ARELLANO.

"ADICCIONES: UNA FORMA DE ANDAR POR LA VIDA."

ALUMNOS:

BROWN STAMP ROGER AUGUSTO.
GRANADOS COSME JOSÉ ARTURO.
LÓPEZ ARELLANO MARÍA BLANCA.
MARTÍNEZ QUIJAS LUCILA JAQUELINE.
MIRANDA LARA VÍCTOR RAMÓN.

Mayo 22, 1996.

84271

T/49

Agradecemos la colaboración del **Instituto Mexicano de Psiquiatría** a través de la **Dra. María Elena Medina Mora** y el **Dr. Arturo Ortiz** por facilitarnos el acceso a la base de datos del Informe Individual sobre Consumo de Drogas; así como a la **Dra. Martha Romero** por contribuir al soporte bibliográfico del presente estudio.

84271

ÍNDICE.

Introducción.....	pág.1.
Planteamiento del Problema.....	2.
Situación actual del Consumo de Marihuana y Ansiolíticos.....	2.
Marihuana.....	2.
Ansiolíticos.....	5.
¿ Quiénes consumen marihuana y por qué?.....	7.
¿ Quiénes consumen ansiolíticos y por qué?.....	9.
Análisis desde la perspectiva de la Medicina Social.....	11.
La perspectiva de género como propuesta teórico-metodológica.....	12.
La mujer como un ser para-los-otros (Expresión de los contenidos de la identidad genérica).....	13.
Construcción de la identidad masculina.....	16.
Proceso de trabajo.....	21.
Unidad doméstica.....	23.
Ciclo de vida.....	24.
Metodología.....	26.
Hipótesis general.....	27.
Hipótesis particulares.....	28.
Técnicas e instrumentos.....	28.
1. Descripción general.....	28.
2. Tipo de estudio.....	29.
3. Universo de trabajo.....	29.
Características generales del universo de trabajo.....	30.
4. Fuente de datos.....	36.
Características generales de la fuente de datos.....	36.
5. Tipo de variables.....	37.
6. Tipo de análisis.....	38.
7. Instrumentos.....	38.
8. Alcances y limitaciones.....	38.
Resultados.....	39.
Análisis de resultados.....	47.
Conclusiones.....	54.
Bibliografía.....	55.

INTRODUCCIÓN.

La sociedad crea condiciones diferenciales de desarrollo para los individuos, éstos se adaptan a ellas de formas específicas para enfrentarlas. Una de esas formas es a través del consumo de drogas, como proceso de transformación de su nexo biopsíquico humano que le permitan transitar en el contexto sociopolítico y cultural en el que se desenvuelve.

A través de este proceso los consumidores de drogas crean su propia normalidad, rechazando la normatividad social dominante que al mismo tiempo los margina y los excluye. Podríamos pensar que la respuesta individual a este trato social es la transgresión del orden establecido.

Socialmente cada individuo es depositario de un "deber ser" que está determinado por la cosmovisión dominante que norma y reglamenta la vida de los sujetos, dentro de esta normatividad se le exige al individuo ser "funcional" y competitivo en relación al proceso de reproducción social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Para este trabajo de investigación elegimos dos tipos de drogas, una perteneciente a las drogas ilegales y la otra a las drogas médicas.

Es así, que nos interesa conocer:

Cómo la construcción social que se tiene de los géneros determina la inserción en los procesos laborales, influyendo de manera decisiva para que en algunas etapas del ciclo de vida se dé una distribución diferencial en el consumo de ansiolíticos y mariguana.

En este sentido, nos interesa saber si los determinantes que influyen en el consumo de la mariguana y de los ansiolíticos están definidos por la inserción en el proceso laboral derivada ésta de la construcción social de los géneros, es decir, si los varones o mujeres consumen determinadas drogas, dependiendo de los conflictos que se derivan de no cumplir con las expectativas que la sociedad ha depositado en ellos y les exige día con día. Partimos de la premisa de que las adicciones son expresiones de los conflictos que el individuo, ubicado en un contexto sociocultural vive, enfrenta y resuelve de acuerdo a sus características de personalidad, familiares, sociales, culturales, etc. Es así que puede existir una relación directa entre el tipo de droga consumida y las expectativas de ser varón o ser mujer en un contexto sociopolítico, económico y cultural específico.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE MARIGUANA Y ANSIOLÍTICOS.

MARIGUANA.

¿Qué es y qué produce?

La fuente de obtención de la mariguana es el *Cannabis sativa* (cáñamo de Indias), dicha planta es dioica (las flores masculinas y femeninas se hallan en plantas separadas). El compuesto activo, l-delta 9-transtetrahidrocanabinoi (THC) se concentra en el exudado de los acúmulos de las flores femeninas; a dicho compuesto se le atribuyen la mayoría de los efectos psíquicos: hilaridad, agudeza de las sensaciones, tendencia a la locuacidad, relajación, enlentecimiento del tiempo, disminución del autocontrol, incremento de la capacidad imaginativa, y disminución de la atención y de la concentración.

El THC se absorbe bien por vía pulmonar, al ser soluble en las grasas. El efecto máximo se produce una hora después de ser consumido. Se elimina

por las heces y algo por la orina; a la semana de haber sido fumado aún queda una tercera parte de la dosis en el cuerpo.

Debido a que la marihuana produce efectos sedantes, euforizantes y alucinógenos (Goth, 1986); no se inscribe en forma determinante en alguna categoría específica de la clasificación usual de drogas.

En dosis pequeñas (medio cigarrillo), el usuario se siente estimulado, habla y ríe con facilidad. Cuando se fuma un cigarrillo la primera sensación es de una taquicardia suave, luego una sensación de bienestar y euforia o relajación. El individuo comienza a coordinar mal y trata de sentarse o tumbarse si el efecto es más fuerte. Con dosis de cigarrillo y medio aumenta su percepción de lo que está ocurriendo en el exterior, pierde la coordinación de las extremidades y la memoria inmediata, disminuye la temperatura corporal, sensación de hambre, inflamación de las membranas mucosas y bronquios, se exalta la fantasía y el estado de ánimo, así como la sensación de estar por encima de la realidad. Con dosis mayores de tres cigarrillos suelen ocurrir alucinaciones muy vívidas, pánico, un temor exagerado a la muerte, sentimientos de angustia e ideas paranoides. Si las dosis son mayores que las anteriores se puede sufrir una psicosis tóxica.

Respecto a si la marihuana produce dependencia y/o tolerancia, hay una controversia no resuelta. Desde 1904 diversos estudios informaron que no se presentaban efectos nocivos al suspender súbitamente el consumo, aún con la suspensión forzosa contra la voluntad del consumidor (Ewens, 1904). La adicción a la marihuana se diferencia respecto a otras drogas; por ejemplo, la morfina y la heroína ocasionan tolerancia, factor al que diversos autores adjudican un poderoso factor adictivo, en este caso el consumo de la droga se continúa para que el individuo pueda volver a sentirse normal, mientras que quien consume marihuana desea sentirse en estado de éxtasis y júbilo; y no hay trastornos físicos después de la privación de la droga: es decir, desarrolla tolerancia en su sentido estricto. "La adicción a la marihuana es una adicción sensual subordinada a los elementos hedonísticos de la personalidad" (Bromberg, 1934). Por otra parte, se asegura que la habituación a la marihuana no es tan intensa como las producidas por el tabaco y el alcohol (Allentuck, Bauman *s/f*).

La mayoría de los autores concuerdan que la marihuana no origina dependencia física (Grinspoon, *s/f*), sin embargo, la cuestión de la tolerancia sigue siendo objeto de discusión (Goth, 1986). En tres estudios no se encontró evidencia de tolerancia simple o cruzada en chimpances, ratas y humanos (Ferraro, et.al. 1973; Isbell, et.al. 1969; Silva, et.al. 1968), mientras que otro estudio ha demostrado tolerancia cruzada (Newman, et.al. 1972). Para el caso de la dependencia psíquica parece haber mayor consenso, para algunas personas el deseo de consumir marihuana es compulsivo y la dependencia mental puede desarrollarse en personas cuya constitución psíquica sea de tal naturaleza que el efecto euforizante sea el catalizador esencial para procurarse placer o "una tregua" en sus sufrimientos psíquicos (Grinspoon, *s/f*).

sentido epistemológico, indica la predisposición a aceptar distintas versiones de la realidad. "Irracionalismo" puede ser un término apropiado para aquellos que sostienen que el estado inducido por la droga es una perspectiva más justa y válida de la realidad como se da.

ANSIOLÍTICOS.

El estudio del rol de género en los patrones de consumo de sustancias aporta una oportunidad ideal para considerar el papel de los determinantes socioculturales y las diferencias en la susceptibilidad a los efectos de las drogas. La mujer mexicana consume drogas ilegales menos frecuentemente que los hombres. Las normas culturales restringen el consumo femenino, excepto en el caso de las drogas médicas, en algunas fases del ciclo de vida las mujeres son más susceptibles a los efectos de las drogas. Esto se ha demostrado con menores tasas de intoxicación alcohólica en comparación con el consumo masculino, desarrollan cirrosis en períodos más cortos de consumo intenso y tienen menor esperanza de vida después de desarrollar dependencia al alcohol.

Se considera que algunas tendencias demográficas producen estrés, afectando la normatividad genérica e influenciando el consumo de drogas en las mujeres. Entre las más importantes tendencias están: la reducción de la tasa de fertilidad y el incremento en la esperanza de vida; la integración de la mujer en la economía y su acceso a mejores niveles educativos; modificación en la tradición religiosa con el incremento del protestantismo, urbanización acelerada y migración rural-urbana que afectan de forma diferente a los dos géneros.

Otra tendencia demográfica importante por su influencia en la conducta alcohólica es la migración nacional e internacional. Desde 1930, la migración femenina de las zonas rurales a las urbanas de México ha sido mayor que la de los hombres (Cuevas, 1933). En un estudio de casos y controles de migrantes y un grupo control de no migrantes en la Ciudad de México, se encontraron importantes diferencias en la salud mental.

Por otra parte, se ha observado que los patrones de consumo de drogas están influenciados por procesos de aculturización en las migraciones (Caetano, 1985).

La conquista española cambió radicalmente los patrones de consumo de alcohol. El uso ocasional limitado a ciertas festividades cambió a usos profanos indiscriminados. El consumo de alcohol entre los chamulas muestra que el hombre bebe más que la mujer, pero la embriaguez es más común entre las mujeres (Bunzen, 1940).

El alcohol entre comunidades nahuas en proceso de aculturización es un medio de integración social, se consume en festividades; la embriaguez es aceptada entre los hombres pero no es tolerada en las mujeres (Madsen, 1969).

En general, los hombres prefieren drogas no médicas, mientras que las mujeres toman más drogas de uso médico sin prescripción. La droga más

común entre los hombres después del alcohol, es la marihuana seguida de los inhalantes, ansiolíticos y cocaína. Los narcóticos son las drogas más ampliamente consumidas entre los hombres ancianos, las demás drogas tienen mayor prevalencia entre los grupos más jóvenes.

Entre los adultos mexicanos, el 50% de la población ha usado marihuana, tabaco e inhalantes, nueve hombres usuarios por una mujer.

Un estudio entre estudiantes de secundaria mostró que los hombres usan, en orden de frecuencia: inhalantes, marihuana, anfetaminas, ansiolíticos, cocaína y alucinógenos; entre las mujeres las drogas más habituales fueron en el mismo orden de frecuencia: anfetaminas, inhalantes, ansiolíticos y marihuana (Medina-Mora, 1992).

El estudio de las adicciones con referencia a la mujer se ha enfocado a estudiar sus efectos en los otros; por ejemplo, se estudia el efecto del alcoholismo y tabaquismo durante el embarazo (Borges et.al. 1992) (Cravioto y Tapia, 1992), o el síndrome alcohólico fetal y otros efectos congénitos y teratogénicos en los recién nacidos de madres consumidoras de drogas. La depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental tales como baja autoestima, sentimientos de inutilidad, culpa y ansiedad hacia sus hijos, sentimientos de inadecuación sexual, se acompañan posteriormente de abuso de alcohol (Burt et.al., 1985, citado por Oppenheimer).

Otros estudios analizan los efectos de las drogas en la fisiología propia de la mujer, así como sus tasas de mortalidad, esperanza de vida y el desarrollo de dependencia (Oppenheimer, 1991).

Lo anterior muestra que es necesaria la ^{parte de} realización de estudios relacionados al consumo de drogas en el género femenino, pues muestra que la mayoría de los estudios se enfocan a los efectos fisiológicos y fisiopatológicos de las drogas, así como sus asociaciones con estados mórbidos primarios y analiza la esfera social y cultural solo en referencia a sus repercusiones y no en relación a sus determinaciones (Blume, 1990).

Otro tipo de estudios analiza la adicción femenina relacionada a la "incompetencia" materna para el cuidado de los hijos, los cuales informan sobre negligencia física y psíquica materializada en el descuido de los hijos y en el bajo desarrollo escolar de éstos y sus dificultades emocionales, entre las cuales refieren un mayor riesgo de presentar también farmacodependencia en su vida posterior (Whilliams y Klerman, 1985; Deren, 1986; citados por Oppenheimer).

Kail reconoce que el conocimiento del uso de drogas en mujeres ancianas y por grupo étnico es muy limitado, pero considera que el problema del uso de sustancias por lo general no es un problema mayor entre las ancianas, sin embargo, reconoce que la incidencia probablemente se incrementa con la etapa de procreación. Las mujeres mayores hispanas encuentran particularmente más difícil la comunicación con sus médicos (Kail, 1989).

Ogur propone un modelo adaptativo (Alexander y Hadaway) para entender la preponderancia femenina en la adicción a drogas prescritas

medicamente. Concluye que los factores involucrados en el uso y abuso de drogas prescritas hacen de éste un problema multidimensional con importantes componentes psicológicos, conductuales, bioquímicos y socioeconómicos.

La dependencia a drogas médicas prescritas es un problema de la práctica médica primaria. Esas drogas son profusamente prescritas por médicos generales, ortopedistas e internistas. El 85% de quienes usan drogas psicotrópicas nunca han visto a un psiquiatra y sólo en una tercera parte de las prescripciones de psicotrópicos se ha documentado el diagnóstico de algún problema mental o emocional (Parry et.al. 1973 citado por Ogur, 1986). Por consiguiente es de vital importancia considerar el proceso de refuerzo social-autonegación y otras fuerzas sociales que interactúan entre el médico-hombre y la paciente-mujer en el contexto de la estereotipación de los roles genéricos, ya que se crea entre ellos un ambiente que favorece la prescripción de drogas psicoactivas en la mujer.

*en
fondo*

El rol socialmente designado a la mujer es en parte asignado por los demás y por otra parte autoasignado, su papel es fundamentalmente el de cuidadora, esto le permite, solo en apariencia, dos privilegios: poder y control de los demás. Sin embargo, las consecuencias implican desgaste emocional y físico, además de soledad (Natera y Mora, 1990).

El comportamiento de los humanos es reacción subjetiva de la concepción acerca del mundo, las mujeres indudablemente poseen un marco explicativo de sus actitudes ante la vida, sin embargo muestran relativa dificultad para que identifiquen la causa de su adicción. Cuando este origen se reconoce se origina una profunda transformación en su percepción de la vida cotidiana.

¿QUIÉNES CONSUMEN MARIGUANA Y POR QUÉ?

Para la comprensión del desarrollo psicosocial de la adolescencia este proceso se divide en tres fases marcadas por la edad, aunque naturalmente los límites pueden tener variaciones amplias de un individuo a otro, estas son:

Adolescencia temprana: de los 12 a los 14 años de edad aproximadamente

Adolescencia intermedia: de los 15 a los 17 años aproximadamente.

Adolescencia tardía: de los 18 a los 21 años aproximadamente.

A lo largo de éstas fases se desarrollan cuatro tareas que caracterizan el desarrollo:

1. Independencia.
2. Pertenencia a grupo.
3. Aceptación de la imagen corporal.
4. Adquisición de la identidad del ego, sexual y moral.

En la adolescencia temprana se presenta el crecimiento físico rápido, así que el adolescente enfoca su atención en la aceptación de su imagen corporal compara su cuerpo con el de otros y existen fuertes necesidades de pertenecer a un grupo, generalmente del mismo sexo, y se preocupan demasiado por no ser excluidos. En esta fase disminuye el interés por las actividades de los padres y crea separación de ellos.

En la adolescencia media, los conflictos con los padres se acentúan y muestran sus preferencias hacia los grupos; tienen una gran participación en grupos en donde aceptan sus valores (Palacios, 1993).

El grupo adquiere funciones auxiliares de autocrítica y de autoobservación; por otro lado permite la actuación impulsiva y a veces antisocial mitigando la culpa en la dilución con el grupo; lo que representa propiamente un mecanismo defensivo. El grupo es también utilizado para poner en juego identificaciones parciales opuestas (Blos, 1992).

La utilización del grupo como función y como mecanismo defensivo durante la adolescencia se ve seriamente perturbada por la utilización de la marihuana. Al estar participando en el grupo, los jóvenes intoxicados tienen la sensación de que se están relacionando a un nivel íntimo y cercano, pero cada quien está solo con sus propias sensaciones de relación alucinada (López Isaías, 1990).

La adolescencia media es la etapa que la mayoría de los adultos considera la más difícil en el desarrollo adolescente, ya que los cambios psicológicos a menudo son muy rápidos. Es la etapa de mayor búsqueda de independencia a la familia; se adquieren mayores habilidades verbales y cognoscitivas que a menudo se utilizan para retar, discutir y debatir con los adultos. La búsqueda de la independencia y de la identidad se refleja en patrones de comportamiento experimental, como poner a prueba los límites y las restricciones impuestas, tener experiencias sexuales y consumir cigarrillos, alcohol y drogas (Kempe, et.al. 1988).

El abuso de drogas en la adolescencia se clasifica como una forma de comportamiento exhibicionista (Kempe, et.al. 1988); sin embargo se insiste en diferenciar diversas categorías entre los consumidores y los adictos:

- 1) adolescentes que prueban drogas para satisfacer su curiosidad y adaptarse al comportamiento del grupo de amigos.
- 2) adolescentes que utilizan las drogas como recreación y que se vuelven consumidores regulares y en ocasiones sobreindulgentes.
- 3) adolescentes que son consumidores compulsivos y desarrollan dependencia física o psicológica (Kempe, et.al. 1988).

Muchas veces los jóvenes utilizan la marihuana como una simple demostración inocente de rebeldía que tiene el mismo significado que fumar tabaco cuando la familia lo desapruueba.

Los jóvenes entran en conflicto con las partes anacrónicas de los padres, del grupo familiar y de la sociedad en la que se desarrollan. Desde el

punto de vista familiar el hijo adolescente adopta la función de expresar la patología y malestar del grupo familiar y se constituye en factor promotor de cambio para los demás componentes de la familia. Desde el punto de vista social, el joven que tiene la necesidad psicológica individual de desprenderse y rechazar las partes arcaicas de sus objetos internos (los padres), adopta la función social de denunciar, atacar y repeler los atavismos de la sociedad. La rebelión del adolescente hacia la familia y hacia la sociedad conlleva la necesidad de defender el proceso de individuación (López Isaias, 1990).

Entre las razones que dieron los entrevistados para fumar marihuana, en un estudio realizado en los E.U. en 1967, figuraron la curiosidad, la adquisición de un sentimiento de pertenecer a un conglomerado humano, la presión que sobre ellos ejercieron los amigos y la búsqueda de un símbolo de su actitud de desafío a la autoridad de los adultos. Aunque se ha dado mucha importancia al consumo de la marihuana como acto de desafío a las generaciones anteriores, hay en ello algo más que un simple reto. Para los jóvenes significa identificarse con la generación que ha legitimado el consumo de drogas, adaptar su conducta a nuevas normas (Grinspoon, s/f).

¿QUIÉNES CONSUMEN ANSIOLÍTICOS Y POR QUÉ?

Las neurosis son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, en parte por el hecho de que se requiere de una represión más rígida de las necesidades e instintos básicos, de lo cual resulta que también se requiera en ellas con mayor frecuencia que en los hombres la presencia de defensas contra la angustia en forma de síntomas neuróticos.

Sin embargo, la vida psicosexual, con su gran cantidad de tabúes y restricciones sociales, desde ningún punto de vista es el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera de defensa o cuya satisfacción tiene que ser vicariante, puede ocasionar síntomas neuróticos.

Los sentimientos de culpa, las situaciones sociales o las relaciones irritantes que forzan la capacidad de adaptarse y el matrimonio con sus nuevas responsabilidades, son ejemplo de la gran cantidad de factores que pueden contribuir a una neurosis. En una mujer casada la insatisfacción y desilusión matrimonial crónica pueden contribuir al desarrollo de una psiconeurosis. Es posible que el marido no haya resultado ser el compañero ideal que ella esperaba, que falten las demostraciones de afecto que ella deseaba; que el matrimonio no sea el romance prolongado que ella soñó que sería. La esposa tal vez niegue sus insatisfacciones las cuales sólo podría reconocer conscientemente si en forma franca se enfrentara a sus propios sentimientos.

Otras mujeres interesadas en una carrera profesional o en los negocios, que dudan en demostrar cualquier signo de interés o cualquier tipo de conducta encaminada hacia el sexo opuesto; actitudes que conducirían hacia

el matrimonio, posponen dichas actitudes hasta llegar a una edad en que las oportunidades para casarse son raras. La sensación de frustración y de cierta vacuidad en la vida pueden conducir hacia una reacción neurótica.

El periodo involutivo con sus implicaciones psicológicas que el individuo se resiste a aceptar, puede acompañarse de angustia, depresión o de irritabilidad; las cuales fácilmente se convierten en síntomas funcionales.

La mayoría de las psiconeurosis del adulto varón se desarrollan en los últimos años de la adolescencia y los 35 años de años de edad, periodo en el que el individuo se enfrenta a los problemas de la adaptación y las responsabilidades del adulto, y en el que deben establecerse situaciones sociales, económicas y sexuales satisfactorias.

En el caso de las mujeres lo más frecuente es que se presenten cerca de los 50 años. Este es el periodo cuando las glándulas endócrinas y reproductoras empiezan a disminuir su actividad funcional; periodo que se conoce como periodo involutivo. Conforme disminuye la actividad de estas glándulas se operan cambios importantes en las actividades metabólicas y vegetativas del cuerpo al cesar la actividad ovárica puede haber un cambio en el funcionamiento de otras partes del sistema endócrino, lo cual implica un aumento en la irritabilidad del sistema nervioso simpático. Hay muchos datos que sugieren que dichos cambios no son tan importantes por sí, como los cambios psicológicos que implican.

No es fácil hacer la transición a otra etapa de la vida con problemas, tanto de tipo psicológico como biológico. Tal vez los amigos empiezan a morir o los niños a los que se dedicó la vida comienzan a abandonar el hogar y a preocuparse por su propia vida y familia; la madre siente que ya no la necesitan. En algunos casos el problema es la presencia de padres ancianos que antes representaban seguridad, pero ahora dependen de ella.

El hecho de que la mujer se da cuenta de que ya perdió la posesión biológica que más apreciaba: la capacidad de procrear (capacidad que tal vez durante mucho tiempo se vió frustrada) significa mucho más para ella que la pérdida de una de sus funciones fundamentales; símbolo de que tanto el origen como los fines de su energía ya no existen. A veces los deseos sexuales que hasta entonces se habían reprimido, surgen en forma perturbadora.

Para tales psiconeurosis la medicina hegemónica sugiere tratamiento con hipnóticos o ansiolíticos menores (ansiolíticos), estos medicamentos por sí solos rara vez son suficientes a menos que la angustia haya sido producida por un stress social transitorio.

La psiquiatría sugiere que la atención debe dirigirse a descubrir las fuentes no reconocidas de la angustia, a descubrir cuál es la acción de los factores psicodinámicos que intentan la adaptación y a reeducar al paciente contando los problemas cara a cara. Hay que modificar los problemas sexuales molestos, se puede seguir el uso de ansiolíticos menores e hipnóticos para proporcionar alivio a los síntomas crónicos de la angustia.

En los estados de angustia crónica, además de las psicoterapias dinámicas, en fechas recientes se han hecho intentos de aplicar los tratamieritos conductistas.

En estos casos crónicos, la medicalización con ansiolíticos puede resultar contraproducente, pues la sensación de bienestar que producen pueden llevar a algunas usuarias a la dependencia de éstos medicamentos creándose así una adicción (Paz, 1977).

ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA SOCIAL.

Para conocer los determinantes es necesario construir una propuesta conceptual que perciba el fenómeno de las adicciones como un proceso y por lo tanto ~~asumido como un problema social~~.

La epistemología desde donde se construye el objeto de conocimiento que aquí nos ocupa, pretende del discurso rescatar los factores socioculturales que intervienen en la distribución y consumo de la marihuana y las drogas médicas; sin embargo, su propuesta conceptual retoma las clásicas variables sociodemográficas (sexo, escolaridad, edad, ocupación, estado civil, lugar de residencia, etc.) que si bien, permiten realizar diagnósticos generales y hacen posible conocer algunas características socioeconómicas que pueden influir en la determinación del fenómeno de las adicciones; no permite ubicar este proceso en un contexto socioeconómico, político y cultural; en donde las relaciones sociales están definidas por las formas de producción-distribución-consumo, así como por la cultura (concepción del mundo, valores, creencias, costumbres, etc.). (Laurell; 1986, Breilh; 1990).

Consideramos que el fenómeno de las adicciones como un proceso social debe ser concebido como un proceso histórico enmarcado en un contexto social, económico, político y cultural. En este sentido tiene que ser consideradas las diversas formas de producción y reproducción de los bienes materiales e intelectuales en una sociedad específica. De esta manera, para aproximarnos al problema de las adicciones tenemos que incorporar en su estudio el lugar que los consumidores ocupan en la estructura productiva, las diversas formas de producción y de consumo que organizan la vida diaria de los sujetos (López y Blanco, 1993).

Al analizar las adicciones como proceso, debemos considerarlo como un hecho social, determinado por las condiciones históricas y sociales concretas, así mismo considerar que la distribución y consumo deben ser analizados en articulación con otros procesos sociales, proponiendo que existen características distintas en la distribución de la enfermedad de los

grupos sociales (Blanco y Sáenz; 1994:9). De esta manera, para poder comprender los múltiples determinantes así como las diversas formas en como se distribuye el proceso de adicción es necesario construir una propuesta conceptual que considere las diversas dimensiones del proceso de producción entendido éste como relación social.

Consideramos que una de las categorías que nos permite abordar las adicciones como proceso incorporando sus diversas dimensiones, es la reproducción social. La reproducción social es el nombre que la ciencia ha dado al proceso histórico en que se producen y reproducen las situaciones de existencia que caracterizan a las clases o grupos constituyentes de una sociedad determinada, condiciones que no se refieren a las de subsistencia, puesto que incluyen a las propias relaciones sociales, las formas políticas e ideológicas (Breilh; 1989:16 citado por Avendaño y Ortega; 1990:61).

R.S

Ésta puede ser concebida como un proceso histórico social a través del cual los sujetos sociales asumen una cosmovisión desde la que van a concebir e interpretar la realidad, de la cual ellos son protagonistas; esta concepción de la vida y de la muerte es aprendida y asumida a través del proceso del lenguaje real, corporal, simbólico y puede redefinirse en el transcurso del ciclo de la vida. Los seres humanos como sujetos de cultura vamos asimilando valores, creencias, ideas, costumbres, normas que van a definir el marco simbólico con el que vamos a relacionarnos con los otros y con nosotros mismos; esta concepción de la existencia humana es histórica y cultural (Breilh; 1990, Lagarde; 1990).

En este sentido las adicciones, percibidas como un fenómeno social reflejan las diversas formas en como una sociedad puede estar organizada, es entonces indispensable considerar los diferentes momentos de la reproducción social capitalista, es decir, la producción, distribución, circulación y consumo (Breilh; 1990, López y Blanco; 1993); el perfil de salud-enfermedad estará definido entonces, por la historia personal en un contexto sociopolítico y cultural específico; los problemas de salud que se presentan en el ciclo de vida de las personas, son expresiones de la historia de una nación; la calidad de vida que se desprende de la extrema pobreza así como de los estilos de vida que asumen determinados sectores de la población, consecuencia de la organización de los espacios territoriales (Pradilla; 1992, Salles; 1994).

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO COMO PROPUESTA TEÓRICO-METODOLÓGICA.

Una de las limitaciones que encontramos en los análisis realizados en las encuestas es el manejo inadecuado de la categoría género, pues se refieren al género masculino o femenino cuando en realidad se están circunscribiendo al sexo biológico. La perspectiva de género es una concepción político filosófica que postula la necesidad de irrumpir en el orden

↳ (2)

simbólico, es decir, en el espacio de las representaciones sociales, en este sentido expresa la conveniencia de acercarse a las diferentes expresiones culturales de los sujetos que se desea estudiar. Desde esta perspectiva varones y mujeres son percibidos como sujetos históricos con diversas concepciones de la vida que responden a la cultura propia; esta cosmovisión se expresa en la postura consciente o inconsciente que asumen los individuos a través de comportamientos concretos cuyos contenidos están estructurados por códigos simbólicos que norman y reglamentan la vida personal en relación con "los otros" (Basaglia; 1987, Lagarde; 1990, Lamas; 1986).

La perspectiva de género ha permitido analizar si determinadas características y conductas son aprendidas mediante la cultura o si están inscritas genéticamente en la naturaleza humana. La división sexual del trabajo surge como expresión de la separación de los espacios vitales, en los cuales los particulares construyen sus identidades (las diferencias asignadas socialmente fueron tipificadas a partir de características biológicas). A través de la perspectiva de género se ha podido constatar que no es lo mismo el sexo biológico que la identidad asignada; esta asignación es una construcción social, una interpretación social de lo biológico (Lamas.M; 1986).

La división en géneros, basada en la anatomía de las personas, supone formas determinadas de sentir, de actuar, de ser. El género se adquiere a través de un complejo proceso individual y social. Gayle Rubin (1986) ha sido una de las primeras antropólogas que consideraron la posibilidad de comprender y desentrañar la construcción del género en su contexto social y cultural; desarrolla el sistema sexo/género y nos dice al respecto:

"Un 'sistema de sexo/género' es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas"

Por otra parte los estudios sobre la identidad genérica nos permiten acercarnos a los sujetos particulares a partir de las diferencias asignadas, construcciones sociales que se expresan, a través de la división sexual del trabajo (roles sexuales) y las relaciones de poder que se manifiestan a través de éstas.

LA MUJER COMO UN SER PARA-LOS OTROS (EXPRESIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA IDENTIDAD GENÉRICA).

La identidad femenina está definida por la maternidad. Las mujeres han sido constituidas históricamente como seres que proporcionan cuidados vitales a los demás. Como consecuencia de la división genérica de las actividades, los espacios en los que transcurre su existencia están vinculados a su capacidad reproductiva.

Para la mujer el espacio que le ha sido reservado es su cuerpo y sobre las funciones naturales de éste se define su existencia. Su subjetividad está constituida para proporcionar algo real o simbólico a los demás, existir para los otros; sólo de esta manera se reconoce frente a los demás. La subjetividad de las mujeres está constituida por un conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas, conscientes e inconscientes de aprender el mundo, intelectuales, afectivas y eróticas; su subjetividad tiene que ver con su cuerpo y las experiencias de su vida cotidiana (Lagarde.M; 1990).

Es conveniente destacar que este enfoque permite aproximarse a la mujer como ser social, ser de cultura, definida y especializada en actividades vitales centradas en la reproducción social y cultural: como cuerpo vivido, circunscrito a la sexualidad. Sobre ese cuerpo y esa sexualidad históricos se han estructurado su subjetividad y sus posibilidades de vida como espacio para los otros. La historia de la mujer, como género, ha sido hasta ahora la de un ser -de-los-otros.

La mujer concebida como ser-para-los-otros-, ser -de- otros, es una tesis de Basaglia (1987), que define a la mujer como reproductora de los otros y de sí misma en todos los órdenes de la vida, constituida por los otros y perteneciente a ellos. La categoría contiene tres ejes:

- 1) La madre - naturaleza,
- 2) La mujer cuerpo -para- otros,
- 3) La mujer madre, sin madre.

Para la autora el cuerpo femenino ha sido central en la definición histórica de la condición de la mujer y en la apreciación patriarcal que la considera un don natural.

La mujer queda subsumida en el espacio de la maternidad, sus deseos serán depositados en su ser madre, para ella es la posibilidad de diversificar el deseo pues al ser constituida como un ser que encuentra sentido a su existencia a través de proporcionar bienestar a los demás, su deseo se construye a partir de las necesidades del otro; para ella el placer está asociado con el ser para los otros, satisfacer el deseo del otro a través de su cuerpo. La mujer ha sido constituida como un ser vulnerable que vive para el cuidado de todos los que la necesitan menos de sí misma, siempre dispuesta a dar, a entregar sus energías vitales, a entregarse a la tareas de ser madre depositando en este ejercicio toda su libido para olvidarse de su sexualidad como capacidad de los seres humanos de disfrute y goce.

La mujer ha sido constituida a partir de esta vinculación -cuerpo femenino - naturaleza - como un ser irracional, apto sólo para desarrollar actividades asociadas al ámbito familiar y corporal. En este sentido, la mujer por su naturaleza no puede desenvolverse en tareas que rebasen la irracionalidad de su ser, es por ello que se le considera incapaz de tomar decisiones (incluso sobre sí misma) se le da protección por considerarla frágil e indefensa y a partir de estos supuestos se toman decisiones sobre su vida, sobre su cuerpo.

En este sentido la perspectiva de género nos convoca a analizar las relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre los sujetos sociales, no solo en términos de roles sexuales, pues este concepto sólo nos permite observar la división sexual del trabajo; pero no analiza la jerarquización que se establece en esas relaciones. De esta forma la investigación desde la perspectiva de género tiene que considerar las diferencias, su asimetría, su segregación; pero también las relaciones entre ellas; así mismo es conveniente mencionar que este enfoque incorpora las categorías clase, etnia, grupo étnico, etc. (Lamas, 1986, Radkau; 1989). Desde esta perspectiva, las adicciones tienen que ser estudiadas en un contexto sociopolítico y cultural, que permita percibir a los sujetos que lo viven como entes de cultura, este proceso se constituye así como parte de la vida cotidiana y como tal debe concebirse en permanente movimiento, pues los contenidos de lo sano y lo enfermo se redefinen a partir de la incorporación de valores, creencias, normas que se derivan de la interrelación de los sujetos de cultura y de los cambios estructurales y las políticas públicas, cuya implementación trastoca las diversas expresiones de la vida.

Para las mujeres, la prodigalidad es uno de los atributos aprendidos y asumidos en los contenidos de su identidad, así la mujer se asume como madre nutricia, responsable del bienestar físico y emocional de todos los integrantes de la unidad doméstica; sus energías vitales están orientadas a satisfacer los deseos y necesidades de los otros, como una encomienda a realizar en su ciclo de vida (Basaglia; 1987, Lagarde; 1990, Chodorow; 1989).

Las mujeres desde los primeros años de su infancia aprenden valores, creencias y costumbres, que responden al deber ser femenino. La identidad genérica se va conformando desde el momento mismo del nacimiento, a partir de este momento el pequeño irrumpe en un mundo simbólico, en donde las actividades, los comportamientos y las formas de sentir están definidas por la construcción social de ser varón o ser mujer en un contexto sociopolítico y cultural específico (Lamas; 1986; Lagarde; 1990).

Existe un proceso de desvalorización en esta etapa en donde las mujeres al parecer ya no se perciben ni son percibidas como mujeres (Basaglia; 1987). En este sentido, como menciona (Aisenon; 1981 citado por Najera y López; 1994) es el cuerpo-persona donde se expresan y concretan en forma visible la percepción que se tiene de la vida y la muerte, cuerpo que vive, siente y expresa los contenidos de lo que significa ser mujer en un contexto sociopolítico y cultural específico, concepción del mundo que define la posición y comportamiento de los sujetos frente a distintos eventos del quehacer cotidiano. → ?

Las niñas-madres son entrenadas para desarrollar diversas actividades relacionadas con la maternidad, de esta forma cuando llegan a la adolescencia y con la presencia de la menarquia, las mujeres ya son aptas para vivir la experiencia corpórea de la maternidad. La madre tiene la encomienda de reproducir la cultura, resguardando así, el orden social del cosmos (Catala; 1989; Lagarde; 1990). Podemos preguntarnos entonces, qué sucede cuando las mujeres ya no pueden experimentar la vivencia de procrear un hijo, es decir

cuál es el sentir de las mujeres cuando se presenta la menopausia, en el contexto sociocultural en donde la primera menstruación es celebrado como un rito de paso en donde las mujeres son concebidas por la comunidad (sociedad) como aptas para ser madres, en donde la maternidad como experiencia vital es el eje fundante de la identidad genérica, de la cosmovisión desde la cual interpretan el mundo y organizan su ciclo de vida.

CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD MASCULINA. ?

A partir de los trabajos realizados por Erick Erickson, sabemos que la adquisición de una identidad (social o psicológica) es un proceso extremadamente complejo que comporta una relación positiva de inclusión y una relación negativa de exclusión. Nos definimos a partir de parecernos a unos y de ser distintos a otros. El sentimiento de identidad sexual obedece también a estos procesos (Badinter, E. 1992:49).

J. Money insiste en que es más fácil "hacer" una mujer que un hombre. Desde la concepción de un XY hasta la consecución de la masculinidad adulta hay un camino sembrado de obstáculos. Muchos niños definen de manera muy simple la masculinidad: lo que no es femenino. Eso es tan cierto que podría decirse que, desde su concepción, el embrión masculino lucha para no ser femenino. Nacido de una mujer, nacido en un vientre femenino, el niño macho, al contrario de lo que le sucede a la hembra, se ve condenado a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida. Sólo puede existir oponiéndose a su madre, a su feminidad, a su condición de bebé pasivo. Para hacer valer su identidad masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual (Badinter, 1992:50).

Desde la vida intrauterina, el macho tiene dificultades para sobrevivir: "Parece que el embrión y luego el feto macho sean más frágiles que los de las hembras. Esta fragilidad persiste en el primer año de vida y la mortalidad preferencial que penaliza los machos se observa a lo largo de la existencia". En primer lugar, la vulnerabilidad genética: el hombre posee un único cromosoma X que acusa todos los efectos nefastos de cualquier alelo (gen simétrico de otro gen, situado en el locus correspondiente al segundo cromosoma del par) patológico sobre dicho cromosoma. Por otra parte, gracias al cromosoma Y sólo el feto macho se encuentra expuesto a la secreción de la sustancia masculinizante de los canales y de la testosterona.

Si bien es cierto que Y simboliza la diferencia sexual masculina y que su presencia basta para "hacer" un hombre, también lo es que está lejos de ser suficiente para definir la identidad masculina. En cierto sentido el macho es la hembra más algo. El programa embrionario de base se orienta hacia la producción de hembras. El único papel de Y es el de desviar la tendencia espontánea de la gónada embrionaria indiferenciada para que, en lugar de organizar un ovario, force la aparición de un testículo. Las diferentes células del testículo comienzan a cumplir sus funciones especializadas, entre las

cuales la más importante es la producción de una hormona masculina: la testosterona

Por otra parte, si se inyecta testosterona constantemente a fetos XX éstos desarrollan todo el conjunto de los caracteres masculinos, incluido el pene y el aparato genital, sin que por ello los testículos sustituyan los ovarios. Por el contrario, el gen Y que determina el testículo es suprimido por mutación o por ausencia de testosterona, las células XY organizan ovarios en lugar de testículos y el feto se desarrolla como el de una hembra (Badinter, E. 1992:57).

El menor desfallecimiento testicular pone al feto en peligro de ser más o menos feminizado, es decir, más o menos anormal desde el punto de vista genital. Durante las primeras semanas los embriones XX y XY son anatómicamente idénticos, dotados a la vez tanto de canales masculinos como femeninos. Son sexualmente bipotenciales. En el feto macho la diferenciación empieza hacia el cuarentésimo día, mientras que en el feto hembra no lo hace hasta superado el segundo mes. Es como si la programación femenina de base debiera ser precozmente contrarrestada en los machos: la presencia del cromosoma Y impone una masculinización rápida del boceto, que sin ella evolucionaría hacia otro de tipo ovárico.

Todo esto permite pensar que existen límites en el modelo alternativo macho o hembra. Además de que los embriones XX y XY son anatómicamente parecidos hasta la sexta semana y que el hombre y la mujer tienen en común las mismas hormonas sexuales, variando solamente la proporción, las anomalías genéticas producen también individuos cuyo sexo y género es difícil establecer (Badinter, E. 1992:59).

La mirada y la convicción de los padres acerca del sexo de su hijo son absolutamente determinantes para el desarrollo de su identidad sexual. Entre los humanos existe una tendencia irreprimible a etiquetar sexualmente a los demás y especialmente a los bebés. tendencia que se acompaña de comportamientos diversos según sea el sexo asignado. El cuerpo es fuente de una identidad primaria y el sexo una zona de inversión muy rápidamente privilegiada, origen más lejano de la identidad sexuada.

Para algunos especialistas en genética, el descubrimiento del gen SRY (en el cromosoma Y) encargado de la formación de los testículos en el embrión, es la prueba última del sexo. Pero para otros no lo es, a causa de las numerosas excepciones existentes: el gen SRY es, en efecto, el que origina el proceso de masculinización, pero sucede, a veces, que no funciona bien y entonces el feto se feminiza: la persona se dota de una vagina y de una apariencia femenina. No basta entonces, con ser XY y poseer un pene funcional para sentirse hombre. Por el contrario, uno puede sentirse hombre a pesar de ciertas anomalías o determinadas disfunciones. Pero para la inmensa mayoría, la primera etapa fundamental en la diferenciación masculina empieza con XY y termina con la mirada de los padres. Durante esta fase el feto habrá luchado, según expresiones de Alfred Jost, para no obedecer al programa de desarrollo femenino. Esta lucha, totalmente biológica, es poca cosa comparada

con la que deberá emprender el niño varón una vez nacido y durante mucho tiempo, hasta llegar a ser un hombre (Badinter, E. 1992:63).

La formación del varón viene determinada por un elemento natural, universal y necesario: el lugar de nacimiento maternal. El hecho de ser alimentado física y psíquicamente por una persona del sexo opuesto determina el destino del niño de un modo mucho más complejo y dramático que el de la niña. Durante los nueve meses de la vida intrauterina, el niño es uno con su madre. Se sabe que el bienestar del feto depende del de la madre. ¿Puede decirse que los nueve meses pasados en el seno materno dejarán una huella femenina indeleble en el infante?

Un buen número de psicólogos usan precisamente el concepto "huella" - sacado de la etiología- para describir la influencia de la madre sobre su hijo y el apego de éste hacia ella. Durante las primeras semanas que siguen al nacimiento, la simbiosis madre/hijo perdura con la intensidad que la vida extrauterina permite. En los primeros meses, aun dependiendo todavía absolutamente de la madre, el niño va diferenciándose lentamente de ella. Corporal e íntima, la relación que se establece con la madre es única, incomparable, inalterable y se convierte para ambos sexos en el objeto del primer y más poderoso de los amores, prototipo de todas las relaciones amorosas ulteriores. La madre no se contenta con sólo alimentar a su hijo, lo cuida y despierta en él múltiples sensaciones físicas (Badinter, E. 1992).

Si el niño puede vivir el amor materno como un transporte de felicidad también puede sentirlo como una amenaza en el momento en que ella no responda de manera satisfactoria a la pasión de su retoño, ya sea porque se comporta de un modo excesivamente amoroso, como por todo lo contrario. La cantidad de amor materno es tanto más crucial cuando se trata de un niño varón. Un exceso de amor le impediría transformarse en un macho; pero su carencia puede enfermarlo.

Groddeck ya hizo notar que mientras mama, la madre es el hombre que da y el bebé la mujer que recibe. Esta primera relación erótica le aprende el nirvana de la dependencia pasiva y dejará en la psique del adulto huellas imborrables. Para hacerse hombre, deberá aprender a diferenciarse de su madre y a esconder en su interior más profundo esa deliciosa pasividad en la que no era más que uno con ella. El lazo erótico existente entre la madre y el bebé no se limita a las satisfacciones orales. Con sus cuidados, ella se encarga de despertar en él toda la sensibilidad, iniciándose en el placer y enseñándole a amar su cuerpo. Una buena madre. Pero si el amor materno es excesivamente fuerte, gratificante, ¿cómo no comprender que el hijo permanezca siempre en esa diada deliciosa? Y si, por el contrario, ese amor total no ha sido recíproco, el hijo pasará el resto de su vida buscándolo dolorosamente (Badinter, E. 1992:67).

Impregnado de femenino durante su vida intrauterina, identificado inmediatamente después de haber nacido a su madre, al joven macho no le queda más remedio que crecer a la contra de lo que era en su origen. Fue Stiller quien, refutando la teoría de masculinidad innata de Freud, utilizó por primera vez el concepto de profeminidad del macho. Fue una aportación

radicalmente revolucionaria: allí donde Freud reduce la bisexualidad originaria al primado de la masculinidad, Stoller sugiere que dicha bisexualidad originaria se reduce al primado del femenino. Freud creía que la masculinidad es el modo original, natural, de la identidad del género en los dos sexos y es el resultado de la primera relación de tipo heterosexual del chico con la madre y de la primera relación de tipo homosexual de la chica con aquélla.

Un estudio realizado a partir de transexuales masculinos revela a Stoller los peligros que supone una simbiosis excesiva entre el hijo y la madre. Cuanto más prolonga una madre la simbiosis -relativamente normal durante las primeras semanas y los primeros meses- más se corre el peligro de que se infiltre la feminidad en el núcleo de la identidad del género. Puesto que encontramos ese proceso-añade Stoller- aunque en una gradación menor, en la mayor parte de las maternidades, es probable que ésta sea la causa originaria de los temores homosexuales, mucho más evidentes en el hombre que en la mujer, y de la mayoría de las raíces de lo que denominamos masculinidad, es decir, la preocupación por ser fuerte, independiente, duro, cruel, polígamo, misógino y perverso. Sólo si puede separarse sin problemas de la feminidad y de la hembricidad de su madre, el chico será capaz de desarrollar esa identidad de género más tardía que denominamos masculinidad. Sólo entonces podrá ver a su madre, en tanto que objeto separado y heterosexual que podrá desear (Badinter, E. 1992:69).

Así como la relación homosexual madre/hija que se establece en los primeros meses, sólo puede aumentar el sentimiento de identidad en la chica, el chico tiene que esforzarse para negar sus pulsiones profemeninas. El comportamiento que las sociedades definen como convenientemente masculino está elaborado, en realidad, con maniobras defensivas, temor a las mujeres, temor a mostrar cualquier tipo de feminidad, incluidas las que se esconden bajo la ternura, la pasividad o el cuidado a otros y, claro está, el temor a ser deseado por otro hombre.

La simbiosis maternal es benéfica para ambos sexos porque genera sentimientos nutricios, de ternura y de vínculo en el futuro adulto y porque va asociada a comportamientos positivos y cariñosos que serán la base de las relaciones humanas posteriores. Para los psicoanalistas norteamericanos la etapa edípica es generalmente menos peligrosa que la fase preedípica para el pequeño macho, porque el principal riesgo que corre el varón no es tanto el miedo a la castración paterna como el sentimiento ambivalente, hecho de deseo y de temor que alimenta hacia su madre: una imborrable necesidad de volver a la simbiosis materna y miedo a reinstaurar la unidad arcaica. La constitución de la identidad masculina depende de la buena resolución de dicho conflicto. La duración de la simbiosis madre/hijo varía enormemente en épocas diferentes y de una cultura a otra.

Así pues, las pautas de comportamiento esperadas para el varón, esto es, se supone que el hombre debe ser: agresivo, competitivo, con capacidad de dominar, emprender aventuras, independiente, con más apego a la realidad que al idealismo, debe tener ausencia de miedo, interés por cuestiones mecánicas y para trabajar fuera de casa; habilidades deportivas, liderazgo,

habilidades científicas, intelectuales y teóricas, sentido común, capacidad de logro, interés por el sexo y el erotismo, ausencia de sentimientos de culpa, sadismo y autocontrol (Quintanar 1987:76).

Aunque estas pautas de comportamiento no son innatas se da por establecido que hay que apegarse a ellas y no desviarse. Ello influye en la manera cómo se trata a los niños y a las niñas. Se supone que los niños son más independientes y por lo tanto se les presta menos atención que a las niñas y también se les impulsa para que sean más competitivos y que repriman sus temores; se les permite tener juegos más rudos y riñas, se les reprime menos cuando hacen ruido y por ejemplo, no se les permite expresar sus emociones a través del llanto.

Por el hecho de que tienen pene se les predestina desde el nacimiento para que sea el jefe de una familia, a la vez que su proveedor y el guardián de sus intereses; para el logro de lo cual tiene que ser exitoso en cualquier tipo de preparación formal o informal a la que se le haya sometido (por ejemplo la escuela) todo ello hace que se le permita y se le aliente a exteriorizar y a actuar sus impulsos agresivos, a ser independiente y valerse por sus propios recursos, se le permite que sea inquieto y se espera de él una gran actividad motriz, todo esto es una presión importante para el niño y a diferencia de las niñas no puede expresar sus emociones, pero sí puede expresar su impulso sexual y especialmente el impulso agresivo.

La educación, por tanto, juega un papel importante en la estructura de la personalidad y por tanto de la presencia de la psicopatología que típicamente se presenta con mayor frecuencia en el hombre.

Así pues, existen diferencias en como educa la familia a sus hijos según el sexo. A pesar de que ambos padres tratan de que sus hijos e hijas se identifiquen con cada uno de ellos, la introyección de la masculinidad en el niño es mucho más esperada por ambos padres (les preocupa más que la feminidad de sus hijas). Conforme los niños van creciendo son más desalentados para desarrollar conductas específicamente femeninas. Ahora bien, los niños aprenden los roles que están observando en sus padres.

La razón por la cual se le ofrecen más y mejores posibilidades para el estudio o el trabajo, es por que al hombre se le conceptualiza como el proveedor del sustento económico y material de los demás miembros de la familia. Al adquirir este prototipo, el varón desde niño tiende a desarrollar un papel activo en todas y cada una de las situaciones vitales (Quintanar 1987:77).

En cuanto a las preferencias e intereses se sabe que las actividades lúdicas de los niños y las niñas van diferenciándose gradualmente, en especial, después de los cinco años, ello a que a esa edad ya tienen conciencia de que sus papeles en la sociedad son diferentes y empiezan a expresar en el juego los roles que desempeñarán en la realidad algún día.

La expresión lúdica puede verse como expresión especial de la variedad de connotaciones sociales. La tendencia del varón al describir el movimiento hacia afuera y hacia arriba puede entonces ser otra expresión de

un sentimiento general de estar obligado a mostrarse fuerte y agresivo, móvil e independiente en el mundo y alcanzar una alta posición (jugar a la guerra, a los vaqueros, a la policía y ladrones, les interesa el transporte y la construcción; les gusta leer sobre aventuras, acción y agresividad, y los relatos sobre viajes y de exploración, y en especial sobre héroes con los cuales tiende a identificarse). Además, tiene preferencia por programas deportivos y de violencia.

Se ha observado que los niños seleccionan comportamientos antisociales con mayor frecuencia que las niñas y que puntúan más alto en la agresión antisocial. El comportamiento rebelde es más frecuente en los niños que en las niñas. Podemos atribuir estos hechos a que los padres no reprimen con la misma severidad la conducta agresiva en los niños y las niñas (Quintanar 1987:80).

En cuanto a las diferencias y las actitudes de los padres hacia hijos e hijas: de esta manera encontramos que los padres de niñas son más protectores que los de niños y que las madres tienden a ser más protectoras y amorosas hacia niños y niñas que los padres. Los padres en general no se ocupan de los niños tanto como las madres, ambos padres son más permisivos con sus hijos y ambos son más tolerantes con las niñas que con los niños (Quintanar, 1987).

PROCESO DE TRABAJO.

El trabajo es un proceso en el cual el hombre transforma la naturaleza y al mismo tiempo se transforma a sí mismo (Marx, 1991). La transforma empleando instrumentos y fuerza psíquica y física: fuerza de trabajo.

El proceso de trabajo en el modo de producción capitalista es solo un medio del proceso de valorización del capital (Laurell, 1983).

En el proceso de trabajo el obrero produce valores de uso intercambiados como mercancías, las cuales llevan implícito excedente cuantitativo de trabajo (plusvalía) que al ser puestas en la circulación y al ser consumidas hacen posible el proceso de valorización, esto es, el capital original se ve incrementado: a éste se le suma la plusvalía dando por resultado un aumento del capital original.

El proceso de trabajo y el proceso de valorización constituyen el proceso de producción capitalista.

El proceso de trabajo es un proceso cambiante en tiempo y espacio, transformable y transformador, que al cambiar los objetos e instrumentos de trabajo transforma las cargas laborales que al interactuar entre sí y con el cuerpo del obrero generan procesos de adaptación que se traducen en desgaste, éste entendido como pérdida de capacidad corporal y psíquica potencial y/o efectiva (Laurell, 1989).

Las cargas laborales se refieren a la interacción dinámica de los elementos del proceso laboral (objeto, medios y trabajo mismo). Se pueden

distinguir en físicas, químicas, biológicas y mecánicas, todas estas son externas al cuerpo y al interactuar con él se convierten en una nueva materialidad interna. Las cargas fisiológicas y psicológicas sólo adquieren materialidad en el cuerpo humano y se expresan en transformaciones de los procesos internos. Por lo tanto las cargas laborales permiten analizar, cómo se constituyen formas biológicas y psíquicas distintas en tiempo y espacio, dependiendo del lugar que se ocupe en el proceso laboral.

El lugar que se ocupa en el proceso laboral está determinado por la división y organización social del trabajo, consecuencia de las relaciones sociales de producción y de la organización genérica de la vida cotidiana en donde existen expectativas que se tienen de ser varón o ser mujer. Esta división sexual del trabajo está basado en las características fisiológicas y anatómicas de las personas las cuales están permeadas de cultura, simbolismo, ideología e historia.

Del hombre se espera agresividad y competitividad en todas las etapas de su ciclo de vida, así como en las esferas sociales correspondientes en cada una de ellas.

Cuando el hombre ingresa al mercado laboral en una etapa como la adolescencia las cargas laborales potencian y se ven potenciadas por conflictos escolares, familiares e individuales característicos de esta etapa.

Una forma de "solucionar", evadir o adaptarse a las cargas y a los conflictos, es a través del consumo de sustancias que transforman su realidad, haciéndola ver y sentir más llevadera.

La rebeldía, la curiosidad y la transgresión al orden establecido, características de la adolescencia son elementos que determinan la elección del tipo de sustancia, que en un primer momento, se consume para transformar esa "realidad angustiante". Es así que las drogas ilegales, en tanto prohibidas y sancionadas por la ley, son las que adquieren en esa etapa una mayor demanda. De las drogas ilegales es la marihuana la más demandada y consumida por la población masculina de entre 15 y 25 años que está inserta en el proceso laboral.

De la mujer se espera sumisión, dependencia y pasividad. Se le educa para ser "buena" madre y "buena" esposa, para dar y para darse, nunca para ser ella, para ella y por ella.

Se le enseña que su mundo debe ser su "hogar", lugar donde surgirán y se potencializarán las cargas físicas y psíquicas: sentirse comprometida a ser la mejor madre, la mejor amiga y la mejor esposa y de saber hacer "las labores propias de su sexo".

En vista de que su vida gira en torno a la maternidad vive para ella y por ella, en la etapa del ciclo de vida esta capacidad biológica de procrear llega a su término. A las cargas físicas y psíquicas del trabajo doméstico se le suman los conflictos intrapsíquicos provocados por cambios hormonales, y presiones sociales, culturales e ideológicas en torno a la menopausia.

Tales conflictos ponen en "peligro" a la familia, a la sociedad y al modo de producción por lo que la solución es el control social, traducido por la industria farmacéutica en ansiolíticos

Así mismo, consideramos necesario conocer las condiciones de trabajo en el proceso inmediato de producción para poder establecer si algunas de las determinantes en la distribución y consumo de estas drogas se encuentran en el espacio del trabajo asalariado y no asalariado.

La vida cotidiana en el contexto socioeconómico y político actual, se presenta como un estigma matizado de carencias, en donde las necesidades de subsistencia así como las de recreación; son negadas a la clase trabajadora. El estado anímico que se desprende de padecer estas condiciones de vida, pueden determinar que trabajadores (varones o mujeres) consuman alguna de estas drogas como respuesta ante la impotencia de no poder transformar una realidad adversa. "El capital no sólo expropia el producto del trabajo sino que lo hace bajo formas que tienen repercusiones profundas en el cuerpo y la vida obrera" (Rodríguez, citado por Laurell y Márquez; 1983:18).

UNIDAD DOMÉSTICA.

Al intentar encontrar los conceptos y categorías que nos permitan acercarnos al proceso de las adicciones, encontramos que uno de los espacios privilegiados para poder profundizar en los determinantes que influyen en el consumo de las sustancias médicas por la población femenina, es la unidad doméstica, concebida ésta como el espacio físico y simbólico en donde se establecen relaciones sociales basadas en una división social del trabajo, cuyo propósito es dar continuidad a una forma de vida y a la cultura misma. Esta consideración deviene de las reflexiones hechas a los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1993, pues los porcentajes más altos en el consumo de drogas médicas está en mujeres mayores de 25 años de edad, siendo el grupo de 45 a 65 años donde se concentra el mayor número de mujeres adictas a estas drogas; así mismo los porcentajes más altos encontramos a las mujeres que se encuentran en el hogar.

Podemos a manera de reflexión suponer que existe alguna relación entre las actividades que realizan las mujeres en este momento de su ciclo de vida con el consumo de estas sustancias y que tiene que ver con los contenidos del significado social de ser mujer, es decir, con las expectativas depositadas en las mujeres a partir de la asignación de los atributos genéricos.

Sabemos que la organización de la vida diaria al interior de la unidad doméstica está normada a partir de relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre sus miembros y responden a códigos culturales inscritos en una concepción del mundo (Jelin y Feijóo; 1983, Secombe; 1984).

Las actividades al interior de la unidad doméstica se redefinen y reorganizan a partir de cambios estructurales, que hacen que sus integrantes elaboran estrategias de supervivencia que permiten la continuidad de la misma. Es a partir de esta división genérica de los espacios vitales, que las

mujeres históricamente han sido responsables de resguardar el orden en el ámbito doméstico, su vida toda se organiza en torno a la maternidad como institución fundante de su identidad genérica

Es así que las mujeres son depositarias de la responsabilidad de mantener la cohesión de la unidad doméstica; ante los conflictos emocionales, son las mujeres las mediadoras entre la figura simbólica del padre y los hijos; si existieran problemas en la pareja, es la mujer responsable de hacer "hasta lo imposible" porque la relación no se rompa; incluso pasando sobre ella misma, siempre en "bienestar de los otros". Así, que ante la impotencia por contener este cúmulo de problemas o para borrar de su mente la posibilidad de transgredir el orden del mundo, rompiendo con su deber ser; las mujeres se medicalizan o son medicalizadas para que la tranquilidad regrese a su cuerpo y a su mente, y con esto el orden de las cosas.

CICLO DE VIDA.

El ciclo de vida puede conceptualizarse como la dimensión organizadora del tiempo biográfico; en este se privilegian acontecimientos que constituyen las transiciones importantes en la vida.

- Proceso de socialización
- Escolaridad
- Adolescencia
- Ingreso al trabajo
- Abandono del hogar familiar
- Formación de un hogar independiente
- Conductas relacionadas con la procreación
- Menopausia y andropausia
- Vejez

Cada una de ellas se da dentro del conjunto de relaciones sociales en el que se define la persona. En tanto institución a cargo de las tareas ligadas al mantenimiento y reproducción de la población -organización básica de la vida cotidiana- la familia constituye el marco indispensable para el análisis de las transiciones en el ciclo de vida (Jelin.E, Feijó.M.C. 1983:149). En el caso de las mujeres, cuya identidad social está ligada a su posición dentro de la familia, esta perspectiva permite ligar la transformación a lo largo del ciclo doméstico de la familia con las transiciones en el ciclo de vida (Jelin. E. 1978).

Las actividades realizadas por una persona están condicionadas por el momento histórico en que se desarrollan. La infancia, entonces, no solamente es un status adscrito sobre la base de la edad cronológica, sino también sobre la base de un modelo cultural; serán ciertas condiciones del medio -que no son

inmanentes al mismo- las que convertirán el tránsito por dicha etapa cronológica en una infancia socialmente significativa. Esta noción relativizada de la infancia no implica desconocer que la misma sea una etapa definida cronológica y biológicamente, sino que enfatiza que dichas etapas cronológicas, sus tiempos y procesos biológicos y psicológicos propios, carecen de sentido fuera del marco del sistema de representaciones y prácticas sociales que los convierten en socialmente significativas (Jelín.E, Feijóo.M.C 1983 160).

Para el individuo, hay dos instituciones centrales, la familia y la escuela. Diferentes estructuras familiares configuran diferentes estilos y manera de atravesar las etapas del ciclo de vida, dando lugar a patrones de tiempos sociales y familiares específicos. A su vez, las experiencias familiares están determinadas por la inserción de la familia en la estructura social más amplia.

Existen tipos de estructuras familiares específicas que desarrollan actividades propias, de acuerdo a su inserción en los procesos sociales de producción y reproducción social. Esto, a su vez, afecta de manera crucial la definición y el rol social de los niños. Además, algunos lugares cuentan con las instituciones especializadas en el cuidado y socialización de los niños (soportes materiales) y en otros, aún disponiendo de éstas, hay limitaciones sociales y obligaciones familiares que restringen el acceso; así como existen lugares en donde los soportes materiales no existen. (Jelín.E, Feijóo M.C. 1983)

En el paso a la adolescencia, etapa en que se da una mayor búsqueda de independencia de la familia; varones y mujeres transitan entre lo prohibido y lo permitido; intentando reafirmar su identidad, esto se refleja en patrones de comportamiento experimental, como poner a prueba los límites y las restricciones impuestas, así como tener experiencias sexuales (Kempe, et.al. 1988). Las etapas sucesivas incluyen el noviazgo y matrimonio acompañado del establecimiento de una familia propia y con ello una nueva unidad doméstica así como la llegada de los hijos. La transición hacia la vida adulta, incluye cambios en la posición familiar de la persona y en otros roles no familiares.

Podemos afirmar que el ciclo de vida de varones y mujeres está organizado de formas distintas, esto como consecuencia de la división genérica de la vida diaria. El ciclo de vida está constituido así por todas aquellas expresiones del quehacer cotidiano que reflejan la cosmovisión dominante que fragmenta espacios y mentes, constituyendo un mundo binario en el cual a partir de los atributos asignados a los géneros masculino y femenino, varones y mujeres realizan actividades y experimentan vivencias dependiendo de la clase social de pertenencia en un contexto histórico-social específico.

La familia es considerada como un sistema vivo que está abierto al exterior, este sistema tiene un ciclo en donde se despliegan funciones: nacer, reproducirse y morir. Al interior de la familia nuclear se pueden identificar tres subsistemas: 1) marital (la pareja), 2) padres-hijos y 3) hermanos.

La familia es una unidad de personas interactuantes que forman un sistema de necesidades de emociones engarzadas entre sí; en donde se dan luchas y tensiones que pueden afectar a todos sus miembros; además de que ofrece un sinnúmero de ventajas de servicios así como la posibilidad de amor y de ternura (Estrada, 1991).

Entre las funciones que tiene la familia se pueden identificar: ser capaz de reconocer y resolver problemas emocionales; de ejercer una comunicación eficaz; permitir la expresión afectiva y; dar autonomía a sus miembros. Son cuatro las áreas de influencia sobre el individuo: fortalecer el desarrollo de la personalidad; completar las áreas psicológica y biológica; dividir las labores (proveedor y cuidado de hijos); interacción de la familia y la sociedad.

Las etapas por las que pasa la familia según Estrada son:

1. Desprendimiento.- es el abandono del hogar paterno en busca de un compañero o compañera fuera de la familia.

2. Encuentro.- es una situación nueva a la que se enfrenta y en donde cambian sus antiguas formas de reaccionar y sus mecanismos, que proveen seguridad emocional, en donde se busca un nuevo sistema interno que incluya al compañero.

3. Los hijos.- se considera que si una relación entre hombre y mujer no termina en niños es incompleta. Su llegada requiere de espacio físico y emocional, en donde además se adoptan nuevas funciones.

4. Adolescencia.- es una prueba a la flexibilidad del sistema familiar donde los padres se ven obligados a revivir su propia adolescencia. El hijo entra en conflicto con los padres y comienza a cambiar y separarse, lo cual cambia toda la estructura familiar.

5. Reencuentro - se le conoce como el síndrome del nido vacío que invade, pues la pareja se ve invadida por sentimientos de aislamiento y depresión ya que las actividades de crianza han terminado y nuevamente se halla sola la pareja; es entonces cuando aparece la clara percepción del lugar que se ha ocupado en la vida y de las limitaciones inherentes a uno mismo, que con anterioridad, se habían postergado o negado. Por lo que en esta etapa es más necesario un apoyo mutuo.

6. Vejez.- aquí la muerte se encuentra a unos pasos, así mismo, se presenta un ensimismamiento y un despegamiento del mundo exterior (Estrada, 1991).

METODOLOGÍA.

27

El ser mujer implica existir como un ser para otros, con una corporeidad que no le pertenece a sí misma, sino a los demás (al padre en principio y al esposo e hijos después), estas condiciones resultan de elaboraciones sociales alrededor de un hecho biológico que es la capacidad reproductiva y su expresión en la menstruación. Una vez que la repetición de los ciclos menstruales ha concluido, se presenta la etapa que clínicamente ha sido denominada como climaterio (menopausia) (Benson, 1989) hecho concreto que puede desencadenar en la mujer el desarrollo de trastornos afectivos que pueden incluir angustia y ansiedad. Se dice entonces, que es en esta etapa cuando un gran número de mujeres presentan con mayor frecuencia estados de "inestabilidad emocional".

Debido al rol social que le es asignado: mantenimiento de la estructura familiar en la unidad doméstica; la mujer "inestable" pone en riesgo al núcleo social y con ello la "adecuada" reproducción social, por lo que, tanto ella como la práctica médica resuelven medicalizar el posible riesgo de desintegración de las estructuras.

Por otra parte, la psicología considera al adolescente como un ser en proceso de maduración, proceso que le exige la resolución de diversas tareas, entre las cuales llama la atención la pertenencia a grupo y la identidad sexual, es decir, afirmar su heterosexualidad y masculinidad; lo anterior requiere cumplir con las exigencias que la sociedad le impone: demostrar que posee valor, que se enfrenta a los límites, que no tiene temor e integrarse al mercado laboral como fuerza de trabajo. El consumo experimental de una droga primero y el habituado posteriormente, sobre todo si esta droga es ilegal; puede entonces estar determinado por la exigencia social que se hace al hombre de demostrar constantemente su virilidad, por lo que el consumo de drogas ilegales es más frecuente entre el género masculino y sobre todo en aquellas etapas del ciclo de vida en las que la identidad sexual y la aceptación en los grupos son condiciones indispensables del proceso de desarrollo de la adolescencia y quizá aún, el consumo de marihuana sea más frecuente en la fase denominada como la más conflictiva: la adolescencia media (15 a 17 años).

Al hombre se le ha asignado el papel de protector y proveedor de bienes materiales a la familia. En formaciones socioeconómicas como la nuestra, en la que hay una distribución desigual de la riqueza social y en la que la acumulación de capital requiere de un ejército industrial de reserva relativamente numeroso: los hombres jóvenes pueden ver frustradas las aspiraciones que se han depositado en él. El consumo de marihuana por ejemplo, puede significar por un lado, una posible actitud contestataria ante una "legalidad" que disminuye su masculinidad pues le impide cumplir

satisfactoriamente con su rol social y por otro puede ser la expresión de los sentimientos inconscientes de impotencia y fracaso ante el cual la droga le ofrece una vía de escape o sublimación.

HIPÓTESIS GENERAL.

La construcción social de los géneros normativiza el comportamiento de los individuos en las distintas fases del ciclo de vida, especificando así su inserción en los procesos laborales y determinando un tipo específico de consumo de drogas a cada grupo de edad dependiendo del grado de escolaridad y ocupación.

*débil
la argumentación
de hecho
Trabajo
Asociación*

HIPÓTESIS PARTICULARES.

1. Es la condición genérica la que ocasiona que las mujeres después del climaterio consuman con mayor frecuencia los ansiolíticos
2. Es la condición genérica la que ocasiona que los hombres durante la adolescencia consuman con mayor frecuencia marihuana.
3. Existe una relación directa entre la condición de ser ama de casa y estar casada con el consumo de ansiolíticos.
4. Existe una relación directa entre la condición de ser estudiante, estar desempleado y ser soltero con el consumo de marihuana.
5. Existe una relación inversa entre el nivel de escolaridad y el consumo de marihuana y ansiolíticos.

*se
comproba
?*

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

1.- Descripción General.

Utilizando como base de datos el Informe Individual sobre Consumo de Drogas (cuya descripción se hace más adelante) se realizó un estudio retrospectivo, transversal y comparativo de la prevalencia en el consumo de ansiolíticos (tranquilizantes en la base original) y marihuana en la población que acudió a las Instituciones de Atención a la Salud y de Procuración de Justicia en la Ciudad de México durante el período de 1987 a 1995 que fuera mayor de los 12 años de edad. El anterior procedimiento fue desarrollado con la finalidad de observar la distribución diferencial por sexo del consumo de

2

éstas dos drogas y posteriormente analizar las posibles determinantes sociales que condicionan dicha distribución diferencial.

Para lo anterior la base de datos fue introducida al programa SPSS para windows, obteniéndose la distribución de la población por las diversas variables sociodemográficas. Posteriormente se procedió al cálculo de medidas de asociación en el programa EPI-Info para analizar específicamente con la medida Odds ratio la probabilidad de consumir una droga o la otra, así como los intervalos de confianza y la significancia.

Una vez obtenidas las medidas de asociación, se hizo una lectura relacionando las variables sometidas a comparación en cada tabla de contingencia elaborada. Con los resultados obtenidos de la lectura anterior, se sometieron a comprobación las hipótesis particulares. Finalmente, se retomaron las categorías generales del marco teórico con el cual se analiza el fenómeno para establecer criterios explicativos y comprobar la hipótesis general

2.- Tipo de estudio.

El presente es un estudio de carácter retrospectivo, transversal. Abarca 18 reportes semestrales realizados de 1987 a 1995 con los casos registrados de consumo de drogas en Instituciones de Atención a la Salud y Procuración de Justicia de la Ciudad de México integradas al Sistema de Reporte de Información sobre Farmacodependencia.

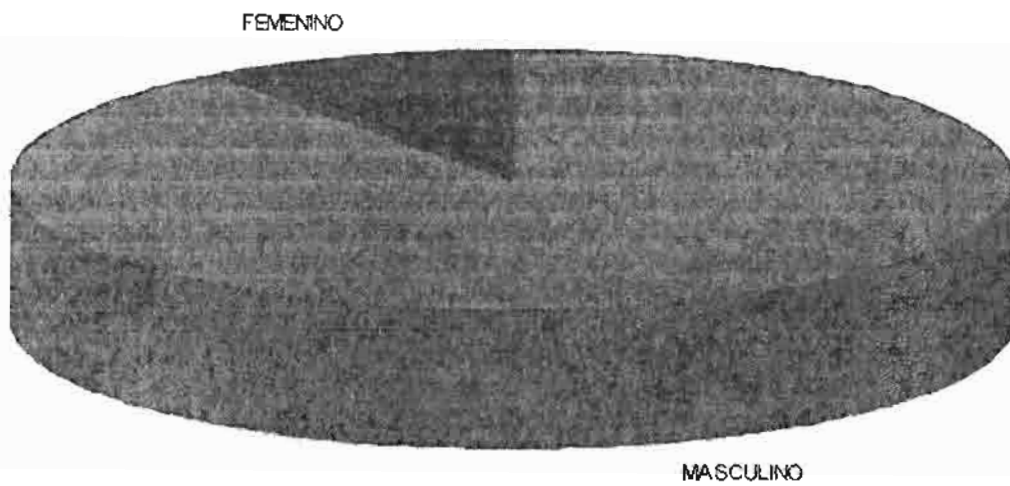
3.- Universo de Trabajo.

La base de datos del Informe Individual sobre el Consumo de Drogas (IICD) contiene una distribución por edades de la categoría de 1 hasta 99 años y más que ha consumido drogas y que por alguna circunstancia solicitó o fue remitido a las Instituciones de Salud y Procuración de Justicia de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

Por cuestiones operativas y de interés particular de ésta investigación, el Universo de Trabajo está constituido por los individuos de ambos sexos, consumidores de ansiolíticos (ansiolíticos) y marihuana, mayores de 12 años de edad, cuyo patrón de consumo sea habitual (que haya consumido dichas drogas en los últimos 12 meses según criterio estandarizado del IICD) que fueron captados por el IICD de 1987 a 1995.

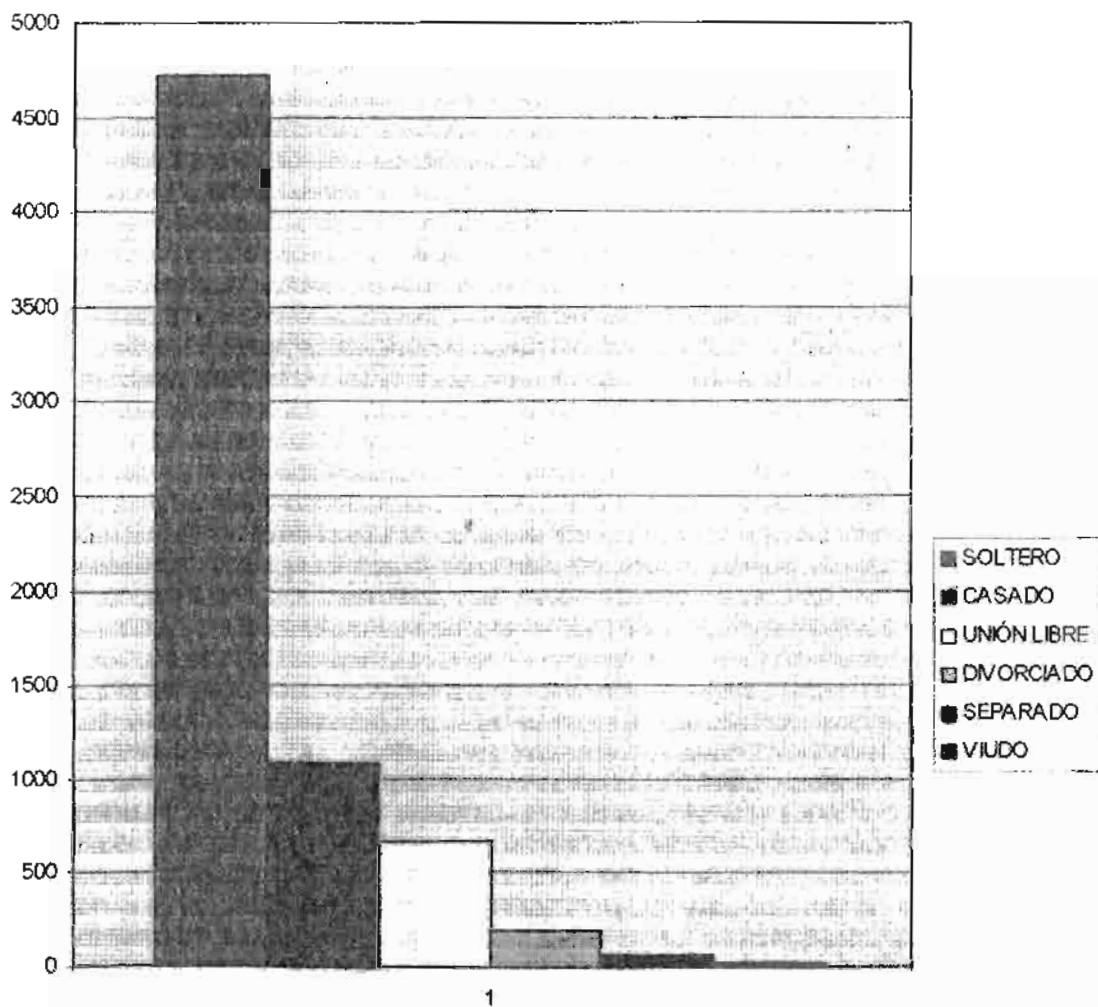
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

Características Generales de la Muestra en Relación al Sexo.



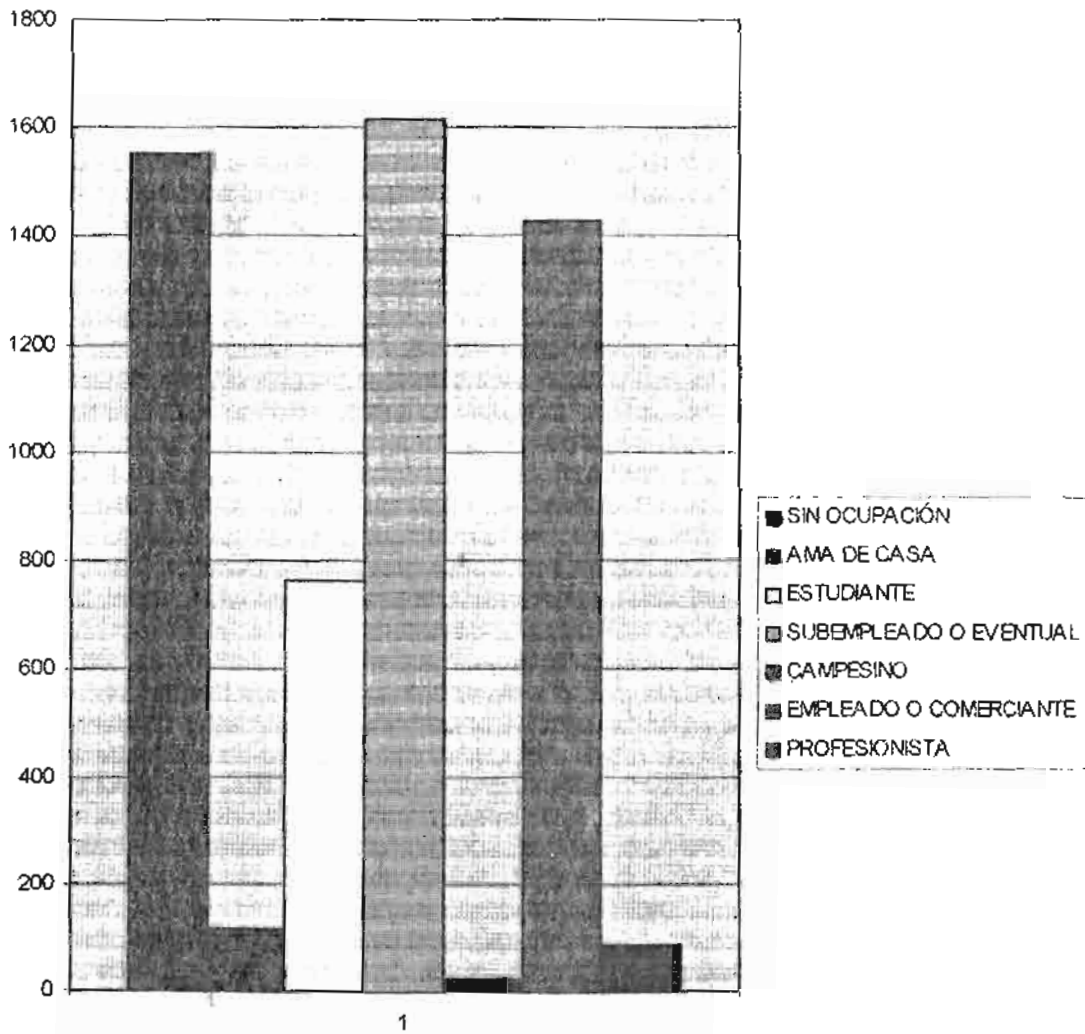
Q ≠ 0 ↗

Características Generales de la Muestra en Relación con el Estado Civil.

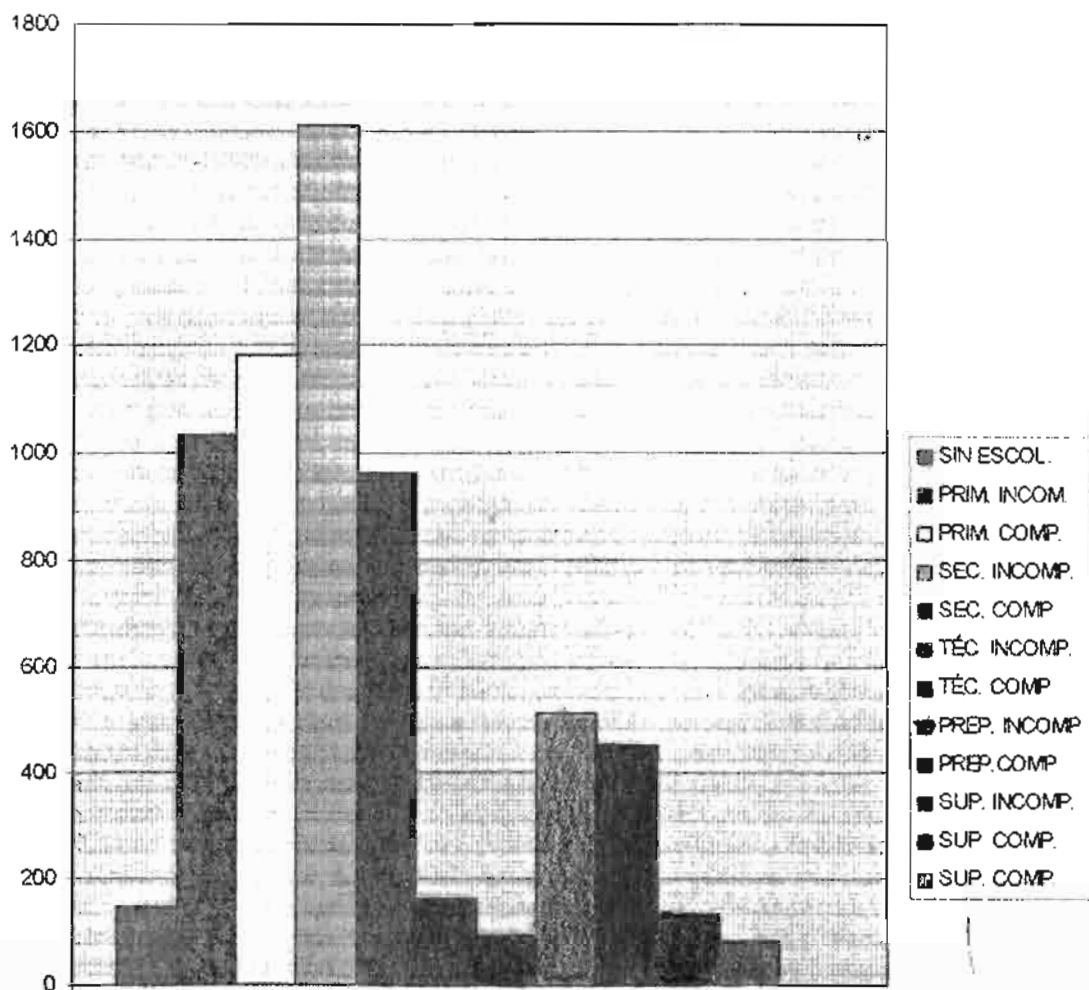


C ≠ O →

Características Generales de la Muestra en Relación a la Ocupación.

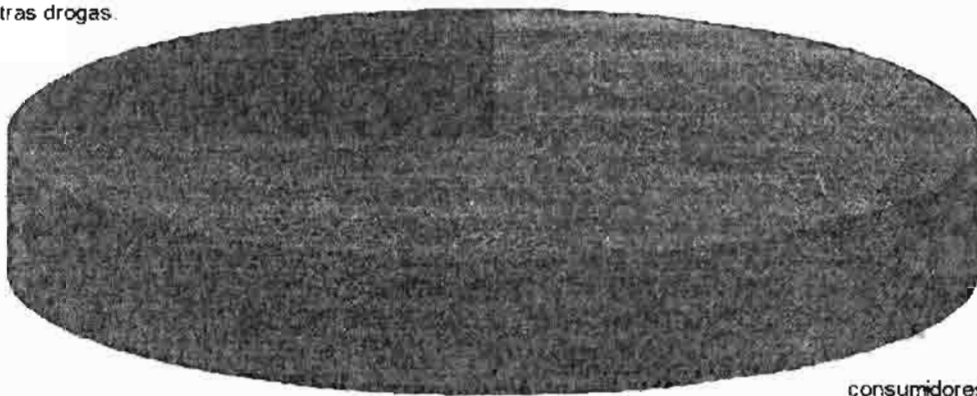


Características Generales de la Muestra en Relación con la Escolaridad.



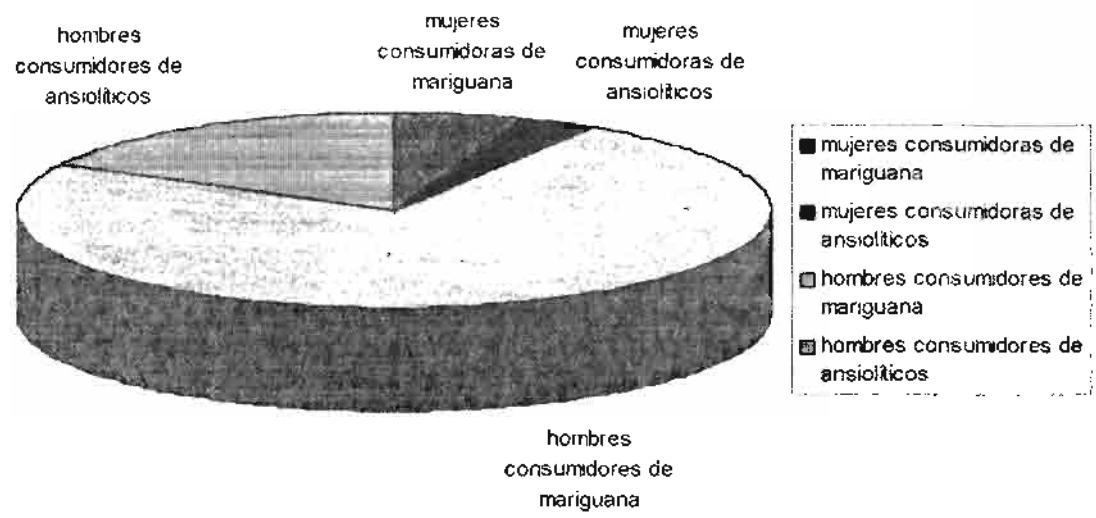
Consumidores de Ansiolíticos y Marihuana del Total de la Muestra.

consumidores de
otras drogas.



consumidores
ansiolíticos y
marihuana

Consumidores de Marihuana y Ansiolíticos por Sexo del Total de la Muestra.



4.- Fuente de datos.

Los datos registrados en la base utilizada provienen de una fuente secundaria (el IICD) en cuya elaboración no participó en ninguna fase el grupo de investigación.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FUENTE DE DATOS.

El Sistema de Reporte de Información sobre Farmacodependencia inició su funcionamiento en septiembre de 1986, recibe información de 44 Instituciones de Atención a la Salud y de Procuración de Justicia del área metropolitana de la Ciudad de México que tienen contacto con usuarios de drogas.

El objetivo del sistema es dar a conocer las principales características y tendencias del consumo de drogas, detectar oportunamente los cambios ocurridos en el mismo bajo una perspectiva de vigilancia epidemiológica.

El Sistema de Reporte de Información sobre Farmacodependencia consiste en un centro de recolección de datos provenientes de varias fuentes, con criterios y procedimientos previamente definidos; además ese centro procesa los datos, los analiza y presenta el informe resultante a las instituciones participantes. El sistema es coordinado por el Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Al proporcionar información sobre las drogas más consumidas, las características de los usuarios, los patrones de consumo y los problemas asociados al mismo, el Sistema de Reporte permite la planificación de medidas preventivas. El período de aplicación es de un mes, durante el cual los entrevistadores deben aplicar la cédula a todos los casos con antecedentes de consumo de drogas que sean captados por la Institución. Dado que el abuso de drogas es un fenómeno en evolución continua, se considera que dos cortes al año serán suficientes.

Al diseñar el Sistema de Reporte surgió como necesidad primordial la unificación y estandarización de criterios por medio de un instrumento. Dicho instrumento es la cédula denominada "Informe Individual sobre Consumo de Drogas" (IICD), la cual fue diseñada con base a experiencias con sistemas similares en otros países con mayor trayectoria de investigación sobre farmacodependencia y sugerencias de la Organización Mundial de la Salud.

La cédula fue probada en un estudio piloto, con la experiencia obtenida se realizaron los cambios necesarios en la cédula. Actualmente se realizan dos aplicaciones al año en los meses de junio y noviembre.

Los datos que capta la cédula son: datos de identificación, datos sociodemográficos, motivo de ingreso a la Institución y problemas asociados al consumo de drogas; por otra parte, se registran datos sobre el patrón de consumo, tales como; qué drogas han sido utilizadas al menos una vez en la vida, en el último año y en el último mes; frecuencia del uso; en qué año y a qué edad se inició el consumo; así como la vía de administración de cada sustancia; primera droga que fue utilizada; en qué ciudad o estado fue adquirida; motivo por el cual fue utilizada; si el ingreso estuvo relacionado con

el consumo de drogas y si se ha aplicado la cédula con anterioridad al mismo individuo. Esta última pregunta tiene por objeto controlar la duplicación de casos.

El criterio de "caso" es el siguiente: se considera caso a toda persona que afirme haber consumido, al menos una vez en la vida, alguna droga fuera de prescripción médica. Es necesario que nunca haya sido prescrita o que el sujeto haya variado por su cuenta la dosis, la frecuencia o extendido el tiempo de consumo en términos diferentes a los indicados por el facultativo.

En las ocasiones en que la prescripción no indique fecha límite de uso, se considera consumo fuera de prescripción médica al que exceda los tres meses siguientes a la última prescripción. Se excluye del criterio de caso la intoxicación ocupacional y/o accidental como en el caso de los niños que pueden, por ejemplo, tomar ansiolíticos por descuido de sus padres. Se excluyen del estudio aquellos sujetos que sólo consumen alcohol y/o tabaco.

El criterio para la detección de caso es aplicado a todos los sujetos que ingresan a las instituciones durante el periodo de evaluación, sea cual fuere el motivo de su ingreso.

5.-Tipo de variables.

Debido a que nuestra investigación parte de una perspectiva médico social, los conceptos analíticos que nos permiten explicar la distribución diferencial del consumo de marihuana y ansiolíticos son: ciclo de vida, género y proceso de trabajo; las variables epidemiológicas que nos brindan una mejor aproximación son: edad, estado civil y escolaridad como indicadores del concepto analítico de ciclo de vida; sexo como indicador del concepto de género; y ocupación como indicador del concepto de proceso de trabajo.

Las variables a utilizar son tanto nominales como numéricas de razón.

Nominales: sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

Numéricas de razón: edad.

CATEGORÍA	VARIABLES	INDICADORES
GÉNERO	SEXO	FEMENINO
		MASCULINO
CICLO DE VIDA	EDAD	12-18
		19-25
		26-39
		>40
		ESCOLARIDAD
		PRIMARIA
		SECUNDARIA
		PREPARATORIA
		PROFESIONAL
	ESTADO CIVIL	UNIÓN LIBRE
		CASADO
		SOLTERO

		OTROS (SEPARADO, VIUDO DIVORCIADO) Y
PROCESO DE TRABAJO	OCUPACIÓN	EMPLEADO
		ESTUDIANTE
		HOGAR
		DESEMPLEADO
		AMA DE CASA

Las variables independientes son: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil. Las variables dependientes son : consumo de marihuana y ansiolíticos en los últimos 12 meses.

6.- Tipo de análisis.

Análisis de Riesgo Relativo Estimado.

7.- Instrumentos.

Excell.
SPSS para Windows.
Epi-info.

8.- Alcances y limitaciones.

El alcance del presente estudio es específico. Se trata de una muestra autoseleccionada que es representativa de la población que consume drogas en forma habitual (según parámetros del IICD) y cuyo consumo le ocasiona determinadas dificultades en su relación con la familia y la normatividad social o que concientemente percibe el uso de drogas como un hecho que afecta su salud individual o su relación con los otros.

Decimos que los datos provienen de una población autoseleccionada pues cada individuo acudió voluntaria o involuntariamente a las instituciones. En las instituciones mencionadas se capta en su mayoría, a personas del área metropolitana de la Ciudad de México, sin embargo, también atiende en un porcentaje menor (y no cuantificable en la base de datos disponible) a población proveniente del interior de la República por los procedimientos de derivación a servicios de especialización en salud. Por tanto, los resultados del presente estudio difícilmente pueden interpretarse como representativos de algún nivel regional.

El criterio para seleccionar a los consumidores de drogas no contempla tampoco, que la población registrada esté igualmente representada de acuerdo a las diversas variables sociodemográficas en estudio (hay un 90% de hombres y un 10% de mujeres, por ejemplo), las posibles sobrerrepresentaciones son controladas al momento de calcular las medidas de asociación (Odds ratio).

RESULTADOS.

CONSUMO DE MARIJUANA EN RELACIÓN AL SEXO.

	Consumo	No consumo	
Masculino	3844	2280	6124
Femenino	283	399	682
	4127	2679	6808

Odds ratio = 2.38 (2.02 <OR< 2.80)

Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 1.51 (1.38 <RR< 1.66)

Lím. confianza 95%.

El ser hombre aumenta en 2.38 veces el riesgo de consumir marihuana en comparación con las mujeres.

CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS EN RELACIÓN AL SEXO.

	Consumo	No consumo	
Femenino	186	496	682
Masculino	894	5230	6124
	1080	5726	6806

Odds ratio = 2.19 (1.82 <OR< 2.64)

Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 1.87 (1.63 <RR< 2.14)

Lím. confianza 95%.

El ser mujer aumenta en 2.19 veces el riesgo de consumir ansiolíticos en comparación con los hombres.

HOMBRES/CONSUMO DE MARIGUANA EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD.

	Consumo	No consumo	
baja escolaridad *	1274	852	2126
alta escolaridad **	2341	1241	3582
	3615	2093	5708

* y ** mismo criterio.

Odds ratio = 0.79 (0.68 <OR< 0.85)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.91 (0.87 <RR< 0.94)

Ljm. confianza 95%.

El ser hombre con alta escolaridad aumenta 1.6 veces el riesgo para el consumo de marihuana en comparación con los de baja escolaridad.

HOMBRES/CONSUMO DE MARIGUANA EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD.

	Consumo	No consumo	
profesional	108	72	180
otras	3507	2021	5528
	3615	2093	5708

Odds ratio = 0.86 (0.63 <OR< 1.18)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.95 (0.84 <RR< 1.07)

Ljm. confianza 95%.

El ser hombre con otros grados de escolaridad diferente al profesionista aumenta en 1.16 veces el riesgo de consumir marihuana.

HOMBRES/CONSUMO DE MARIGUANA EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN.

	Consumo	No consumo	
sin ocupación y estudiantes	1220	774	1994
otros*	1865	1109	2974
	3085	1883	4968

* otros: empleados o comerciantes, subempleados o eventuales, campesinos y profesionistas de la base original.

Odds ratio = 0.94 (0.83 <OR< 1.06)
 Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR
 Riesgo Relativo= 0.98 (0.93 <RR< 1.02)
 Ljm. confianza 95%.

El no tener ocupación o ser estudiante no tiene relación estadística con el consumo de marihuana.

HOMBRES/CONSUMO DE MARIGUANA EN RELACIÓN A LA EDAD.

	Consumo	No consumo	
12-25 años	2714	1611	4325
26 años y más	1130	669	1799
	3844	2280	6124

Odds ratio = 1.00 (0.89 <OR< 1.12)
 Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR
 Riesgo Relativo= 1.00 (0.96 <RR< 1.04)
 Ljm. confianza 95%.

No se encontró relación estadística entre la edad para el consumo preferencial de marihuana en los hombres.

	Consumo	No consumo	
19-25 años	1515	710	2225
26 años y más	2621	1970	4591
	4136	2680	6816

Odds ratio = 1.60 (1.44 <OR< 1.79)
 Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR
 Riesgo Relativo= 1.19 (1.15 <RR< 1.24)
 Ljm. confianza 95%.

El tener de 19 a 25 años es una condición que aumenta en 1.6 veces el riesgo para presentar consumo de marihuana.

HOMBRES/ CONSUMO DE MARIHUANA EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD.

	Consumo	No consumo	
sec. y prepa.	2233	1169	3402
otros.	1308	924	2232
	3541	2093	5634

Odds ratio = 1.35 (1.21 <OR< 1.51)
 Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR
 Riesgo Relativo= 1.12 (1.07 <RR< 1.17)
 Ljm. confianza 95%.

Los hombres cuyo grado de escolaridad es la enseñanza media presentan mayor riesgo (1.35 veces más) que los otros niveles de escolaridad para el consumo de marihuana.

HOMBRES/CONSUMO DE MARIHUANA EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL.

	Consumo	No consumo	
casados	593	366	959
otros	3180	1870	5050
	3773	2236	6009

Odds ratio = 0.95 (0.82 <OR< 1.10)
 Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR
 Riesgo Relativo= 0.98 (0.93 <RR< 1.04)
 Ljm. confianza 95%.

La condición de ser casado no representa estadísticamente el riesgo de consumir marihuana en el caso de los hombres.

	Consumo	No consumo	
solteros	2637	1605	4242
otros	1136	631	1767
	3773	2236	6009

Odds ratio = 0.91 (0.81 <OR< 1.03)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.97 (0.93 <RR< 1.01)

Ljm. confianza 95%.

La condición de ser soltero no representa estadísticamente el riesgo de consumir marihuana en el caso de los hombres.

HOMBRES/CONSUMO DE MARIHUANA EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN.*

	Consumo	No consumo	
empleados	844	484	1328
desempleados	875	502	1377
	1719	986	2705

* se sacó del total de la muestra para esta tabla a los estudiantes.

Odds ratio = 1.00 (0.85 <OR< 1.17)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 1.00 (0.94 <RR< 1.06)

Ljm. confianza 95%.

De acuerdo con estos datos el ser varón empleado o no, no tiene relación estadística con el consumo de marihuana.

	Consumo	No consumo	
estudiante	363	272	653
otros	2722	1611	4333
	3085	1883	4968

Odds ratio = 0.79 (0.66 <OR< 0.94)

Límite de confianza de Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.91 (0.85 <RR< 0.98)

Lím.confianza 95%

En este estudio, las otras ocupaciones aumentan 1.65 veces el riesgo de consumir marihuana en relación a los estudiantes.

MUJERES/ CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL.

	Consumo	No consumo	
Casadas	77	131	208
No casadas	101	360	461
	178	491	669

Odds ratio = 2.10 (1.44 <OR< 3.04)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 1.69 (1.32 <RR< 2.16)

Ljm. confianza 95%.

Las mujeres casadas tienen 2.10 veces mayor riesgo de consumir ansiolíticos que las mujeres no casadas.

MUJERES/ CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD.

	Consumo	No consumo	
baja escolaridad*	44	150	194
alta escolaridad**	127	289	416
	171	439	610

* se consideró baja escolaridad: analfabetas, primaria incompleta y primaria completa de la base original.

** se consideró alta escolaridad: secundaria incompleta y completa, técnico incompleto y completo, preparatoria incompleta y completa, profesional incompleto y profesional completo de la base original.

Odds ratio = 0.67 (0.44 <OR< 1.01)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.74 (0.55 <RR< 1.00)

Ljm. confianza 95%.

El tener una alta escolaridad aumenta en 1.5 veces el riesgo de consumir ansiolíticos para las mujeres en relación con las de baja escolaridad.

MUJERES/CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD.

	Consumo	No consumo	
profesional	11	22	33
otra	160	417	577
	171	439	610

Odds ratio = 1.30 (0.58 <OR< 2.89)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 1.20 (0.73 <RR< 1.98)

Ljm. confianza 95%.

El ser profesionista aumenta el riesgo de consumir ansiolíticos en 1.3 veces en relación a las no profesionistas.

MUJERES/CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN.

	Consumo	No consumo	
amas de casa	44	65	109
no amas de casa	109	334	443
	153	399	552

Odds ratio = 2.07 (1.31 <OR< 3.29)

Ljm. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 1.64 (1.24 <RR< 2.17)

Ljm. confianza 95%.

El ser ama de casa aumenta en 2.07 veces el riesgo de consumir ansiolíticos en comparación con las mujeres que no son amas de casa.

MUJERES/CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS EN RELACIÓN A LA EDAD.

	Consumo	No consumo	
40 años y más	16	23	39
12 - 39 años	170	475	645
	186	498	684

Odds ratio = 1.94 (0.95 <OR< 3.94)

Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo = 1.56 (1.05 <RR< 2.32)

Lím. de confianza 95%.

En las mujeres mayores de 40 años aumenta 1.94 veces el riesgo de consumir ansiolíticos que las mujeres de menor edad.

	Consumo	No consumo	
12-18 años	46	218	264
40 años y más	16	23	39
	62	241	303

Odds ratio = 0.30 (0.14 <OR< 0.66)

Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.42 (0.27 <RR< 0.67)

Lím. confianza 95%.

En las mujeres de 40 años y más aumenta en 3.33 veces el riesgo de consumir ansiolíticos en comparación con las mujeres de 12 a 18 años.

	Consumo	No consumo	
26-39 años	113	357	470
40 años y más	16	23	39
	129	380	509

Odds ratio = 0.46 (0.22 <OR< 0.94)

Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR

Riesgo Relativo= 0.59 (0.39 <RR< 0.88)

Lím. confianza 95%.

En las mujeres mayores de 40 años aumenta 2.17 veces el riesgo de consumir ansiolíticos que las mujeres de entre los 26 y 39 años de edad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El análisis que a continuación presentamos, no pretende hacer afirmaciones contundentes respecto a todos los posibles factores de carácter sociocultural que pueden influir en el consumo de marihuana y ansiolíticos, pues la información contenida en la base de datos que estamos trabajando nos presenta variables sociodemográficas que si bien permiten identificar algunas características de la población en estudio, no reporta información de carácter cualitativo que permita contextualizar el nexo biopsíquico humano de los sujetos que son considerados como adictos a estas drogas. Sin embargo creemos que es posible hacer una lectura de los resultados obtenidos en las tablas de contingencia a partir del marco conceptual que orienta nuestra investigación.

De acuerdo con los resultados estadísticos se demuestra que para la población en estudio se presenta un consumo diferencial de estas drogas de acuerdo a la condición genérica; ello debido a que la sociedad crea condiciones diferenciales para los individuos haciéndolos depositarios de un "deber ser" de acuerdo al sexo biológico con el que se nace.

Lo anterior es originado por una cosmovisión y crea una problemática propia a cada género; en donde los espacios, las expectativas y la normatividad son diferentes para cada uno. Por eso a los conflictos y la patología que se derivan de no cumplir con las expectativas que la sociedad ha depositado sobre cada uno de ellos se agregan las exigencias de funcionalidad y competitividad que el esquema neoliberal ha impuesto en la sociedad.

Ahora bien, de acuerdo con nuestro marco teórico consideramos que las neurosis son más frecuentes en las mujeres debido a que la represión que se ejerce sobre sus necesidades básicas y pulsiones sexuales es muy rígida; aparte de que por lo regular cada que se enfrenta a una nueva situación se le exige que se adapte a ella y la acepte sin protestar sometiéndose a los designios que la sociedad le impone. Ante este fenómeno la medicina hegemónica responde a través de la medicalización con ansiolíticos, los cuales al ser tan solo un paliativo ante la verdadera causa se convierten en un problema de dependencia y abuso (con todas las consecuencias que ello puede traer) aun sin la debida prescripción médica.

Por su parte, en el caso de los hombres nos encontramos con que de ellos se espera que sean agresivos, competitivos, con capacidad de dominar e independientes, así como estar más apegado a la realidad; además por el hecho de ser varón se le predestina desde el nacimiento para que sea el jefe de una familia a la vez que su proveedor; por lo que se le exige ser exitoso en cualquier profesión que elija desarrollar. Es por todo lo anterior que el hombre busca ciertas válvulas de escape o salidas a estas presiones que le vienen de la sociedad ya sea por medio de satisfacciones sustitutivas como los juegos y

el deporte, los espectáculos o alguna adicción como lo es la marihuana ya que tiene efectos sedantes, euforizantes y alucinógenos que alteran la percepción de la realidad además de que distorciona el tiempo.

Podemos intentar hacer algunas reflexiones a partir de la propuesta teórica que desarrollamos en nuestro marco conceptual, la cual pretende abordar cómo se construye la identidad genérica.

A partir de la propuesta elaborada por Franca Basaglia la mujer es concebida como un ser-para-los-otros, los contenidos de su identidad genérica están definidos por la maternidad como una institución fundante que organiza su ciclo de vida y da sentido a su existencia. La mujer es entrenada desde los primeros años de su infancia a pensar, sentir, y actuar de acuerdo a los atributos asignados a su condición de ser mujer; es decir, a ser pródiga con los otros menos consigo misma, siempre con el anhelo de ser cuidada y protegida como la niña carente en que fue constituida en el proceso mismo de socialización.

La maternidad se constituye así en una vivencia corporea que legitima a la mujer frente a sí misma y la hace visible ante la sociedad; en este sentido, para poder acercarnos a la comprensión de los elementos que intervienen y conforman su nexo biopsíquico humano, es necesario considerar como está estructurado y organizado el ciclo de vida de las mujeres a partir de la maternidad como dimensión simbólica que define sus diversas formas de sentir, de amar, de interactuar con los otros, de relacionarse con su cuerpo, de vivir y expresar sus deseos, afectos, así como sentir y manifestar en su cuerpo-persona la escisión entre mujeres para el goce o mujeres para la procreación.

El ciclo de vida de las mujeres está asociado con su vida reproductiva, en el proceso de socialización se prepara y entrena a las niñas para ser madres, para que cumplan con la encomienda de ser madresposa. Con la presencia de la menarquia, la sexualidad de la mujer-adolescente es custodiada por "los otros"; la sociedad es vigía de que las mujeres púberes no conozcan el placer y el goce a través del vínculo corporal con "el otro"; el temor a que la mujer inicie su vida sexual-coital no es sólo por el hecho de que se embarace; el conflicto se encuentra en la posibilidad de transgredir el orden social patriarcal que reglamenta el acceso al cuerpo femenino y define en qué condiciones una mujer puede vivir su sexualidad. El derecho al placer en una sociedad organizada por las leyes de la oferta y la demanda y las diferencias genéricas es restringido para las mujeres, éste es permitido y justificado solo si existe la intermediación de la procreación.

La sexualidad de las mujeres será custodiada por la madre y los "otros" hasta el momento mismo de su muerte, pues en su familia de origen lo que se cuidaba era el linaje del padre, y cuando ésta conforma su propia familia se le vigila de que nunca "le falte" a su esposo o compañero.

Las expectativas de las mujeres al unirse son conformar una familiar, tener un compañero que sea pródigo en el amor, el cariño, la sexualidad, los

afectos y por sobre todo; que cubra la carencia presente siempre en la vida de las mujeres, que no les permite asumirse como sujetos protagónicos, con derecho a decidir en su cuerpo-persona. La ilusión de las mujeres, como lo menciona Lagarde (1991): es poner todas sus energías vitales, eróticas, afectivas, etc; al servicio del otro, con el deseo inconsciente de que "los otros" la guien por la vida, le den sentido a su existencia.

Con la llegada de los hijos las mujeres volcan toda su libido, su deseo y encuentran el placer en el cuidado de los infantes; su vida erótica queda subsumida en la maternidad, el goce experimentado a través de la sexualidad queda aprisionado en la imagen de la madre deserotizada, representación de la madre nubil, inmaculada (Lagarde, M. 1991). Ahora el gran deseo de la mujer es ser cuidada y querida por su compañero y sus hijos, será capaz de hacer lo irrealizable para satisfacer los deseos del esposo y los hijos; siempre con ese gran vacío que la hace sentirse insatisfecha y con la enorme necesidad de ser cuidada y protegida. Todo esto se vive en y con el cuerpo, cuerpo con capacidad de procrear, con energía para cuidar y servir a "los otros"; pero y ¿qué sucede cuando aparece el climaterio y con ello la pérdida de la capacidad de procrear ?.

Es en este periodo cuando la ilusión de las mujeres de ser cuidadas y protegidas, se desvanece. Los hijos crecen y se casan o se independizan, en el mayor de los casos, miran a la madre solo como dadora, como si ésta tuviera que servirles toda la vida a cambio de nada; el compañero por otra parte asume actitudes de desvalorización hacia la mujer, reproducidos y legitimados por la cosmovisión imperante que nulifica la existencia de la mujer menopaúsica, pues a partir de este momento se le niega el derecho a vivir su sexualidad, a construir nuevos deseos que no esten relacionados con la maternidad.

Esta situación puede llegar hasta el extremo de hacerse patológica y provocar insatisfacción y desilusión en la mujer ya que el marido puede no ser lo que ella esperaba o que falten las demostraciones de afecto que ella deseaba. Así, al ser concebida como un ser-para-los-otros origina que la mujer consuma ansiolíticos con mayor frecuencia para que la tranquilidad regrese a su cuerpo y a su mente.

Las mujeres en este periodo de su vida padecen en su nexo biopsíquico humano severas depresiones al sentir que ya no son mujeres porque ya no tienen la capacidad de procrear, se conciben poco atractivas a la mirada del "otro", el compañero, esposo, los hijos, las mujeres; su gran deseo no es satisfecho, se siente nulificada como mujer y poco valora todas aquellas potencialidades y capacidades que probablemente nunca se permitió desarrollar o no alcanza a mirar las actividades igualmente valiosas que realizó en su vida y las minimiza por centrar sus energías vitales en la maternidad para encontrar la completud.

En este sentido consideramos que el matrimonio es una institución que reproduce y legitima la organización patriarcal de la sociedad, en éste se reproducen relaciones jerárquicas y de poder entre la pareja y los hijos. El espacio en donde se expresan dichas relaciones es la unidad doméstica,

comprendida como espacio físico y simbólico en donde se establecen relaciones sociales basadas en la división genérica de los espacios y actividades, cuyo propósito es crear estrategias de supervivencia que permitan la reproducción de la vida cotidiana de sus miembros y con ello la reproducción de relaciones sociales de clase y género.

De esta forma nos damos cuenta que el consumo de ansiolíticos en mujeres de 40 años y más, casadas y cuya ocupación es ser ama de casa está determinado por su condición genérica, expresión de los contenidos del significado social de ser mujer.

Partiendo de que el ciclo de vida es la dimensión organizadora del tiempo biográfico en donde se privilegian ciertos acontecimientos que constituyen las transiciones importantes en la vida, siendo una de ellas el nivel de escolaridad que las personas obtienen al incorporarse a diversos espacios de formación académica, considerada como una forma de obtener una base de conocimientos "útiles" para desenvolverse socialmente. Ahora bien, al tratar de ver la relación que se da entre el nivel de escolaridad y el consumo de marihuana y ansiolíticos nos encontramos con que en realidad, estadísticamente no había una relación significativa entre la baja escolaridad y el consumo, como generalmente se considera, ya que a los adictos a la marihuana se les ve como personas ignorantes, sin expectativas ante la vida, enfermos, etc; en otras palabras se les ve como transgresores de las normas sociales; ello responde a un discurso hegemónico en donde predomina la estigmatización y la sanción social, prejuicios que envuelven las actitudes que socialmente se toman contra los adictos.

Respecto a los ansiolíticos la actitud ante el adicto (a), es diferente pues en primera instancia esta droga es legal y generalmente se parte del supuesto de que las personas que consumen este fármaco es porque le fueron prescritos por la voz autorizada de un médico; sujeto protagónico con autoridad y reconocimiento social que le hace acreedor a tomar decisiones sobre el padecimiento del cuerpo y el alma de un "enfermo", en este sentido los consumidores de ansiolíticos son personas percibidas por la sociedad como seres vulnerables, cuyos sufrimientos cotidianos han alterado su sistema nervioso y su psique. El consumo de los ansiolíticos está más asociado a las "neurosis" de las mujeres en ciertas edades; consecuencia de la estigmatización que se hace de las mujeres en la etapa del climaterio. Es importante resaltar así mismo que existe una auto medicación por parte de las mujeres, quienes incluso consiguen recetas sin necesidad de la consulta médica, para adquirir el medicamento.

En este sentido podemos suponer que no es casual el que no haya aparecido ninguna relación entre el consumo de ansiolíticos con los comportamientos masculinos, pues reconocer en un espacio público que se es consumidor de un medicamento que históricamente a estado asociado a los padecimientos de las mujeres menopaúsicas y "por lo tanto" histéricas; es asumirse desde una perspectiva machista como un ser anulado socialmente (como se es percibida a la mujer en esta etapa de su vida), incapaz de

controlar sus afectos y emociones y por lo tanto se le puede asociar a la supuesta fragilidad de la condición femenina. Esta puede ser una razón suficiente para que los varones no declaren que consumen ansiolíticos y menos aún soliciten apoyo a una institución pública, pues mientras el conflicto no sea reconocido y sea negado incluso en forma inconsciente por prejuicios, este problema social en los varones seguirá siendo velado.

La adolescencia al ser una etapa de búsqueda de independencia a la familia y de reafirmación de la identidad, expone a los que la viven a experimentar situaciones desconocidas y a enfrentarlos a una sociedad prejuiciada, estereotipada y estigmatizante.

El hecho de ser adolescente varón en nuestra sociedad es sinónimo de deber ser agresivo, competitivo y de reprimir las emociones. La exigencia de manifestar estas características la mayoría de las veces ocasiona que el joven busque una salida a las presiones, por ejemplo, el consumo de drogas.

El consumo de drogas, sobre todo aquellas que son ilegales, en la adolescencia representa en forma concreta transgredir la legalidad y los límites que se le imponen social y familiarmente. Es decir, con el consumo de marihuana y los efectos de ésta, el joven puede manifestar su inconformidad poniendo en "peligro" a la sociedad.

Al hombre se le ha dado el papel de proveedor por lo que el no cumplirlo implica poner en riesgo el mantenimiento de la estructura familiar y ésta, en tanto institución social, se ve susceptible de crisis.

El consumo de marihuana tiene consigo un estigma, al consumidor se le ve como delincuente. A la sociedad no le interesa el nexo biopsíquico del adicto, lo que realmente le importa es la funcionalidad de éste en un sistema de competencia y lucha para dar continuidad a las estructuras sociales ya establecidas.

Por su parte, en la adolescencia se está más expuesto, pues si partimos de una situación hipotética de que quienes solicitaron el servicio o fueron detenidos por ser infractores estaban en los rangos de edad de entre 12 y 19 en el año que consumieron la marihuana, la explicación puede derivarse de que es en estas etapas del ciclo de vida de los adolescentes en general, que se enfrentan a los conflictos con los padres y muestran su preferencia hacia los grupos de los cuales incorporan sus valores a su forma de vida. La utilización del grupo como espacio de auto observación le permite a las (os) adolescentes comportamientos impulsivos; en este periodo entonces es cuando existe mayor riesgo de que se dé un consumo de marihuana en esta población, pues al sentir la pertenencia a una grupo tienen la percepción de estar compartiendo una concepción de la vida diferente a la de los adultos. El consumo de la marihuana entonces puede considerarse como la plasticidad de los jóvenes de vivir en un mundo que les es hostil y adverso y ante esta situación ellos crean su propia normatividad en una propuesta de colectividad

que crean con sus propios valores y normas en el cual se sienten comprendidos y aceptados

A partir de los resultados antes mencionados, podemos preguntarnos, por qué son las personas con ocupación y profesionistas quienes acudieron a solicitar el servicio en algún centro de apoyo para la drogadicción; ¿será acaso que su vida cotidiana se vió afectada por el consumo? es decir, el ser consumidor de marihuana le originó conflictos sociales en sus relaciones de pareja, laborales, de amigos, etc. y ante esta problemática decidió solicitar el apoyo de tal manera que su vida pudiera ser más armónica. Puede ser también que muchos de los empleados y profesionistas que aparecen en el registro hayan sido aprendidos por una infracción (accidente automovilístico, violencia intrafamiliar y en la vía pública, etc.) y por eso son considerados en la población en estudio.

Ahora bien el hecho de que supuestamente quienes acuden en mayor medida a solicitar el servicio sean los profesionistas y con ocupación; no quiere decir que los estudiantes y sin ocupación no sean consumidores. Aquí nos encontramos con una limitación de importante relevancia, pues como ya hemos mencionado reiteradamente; la población de estudio no fué seleccionada previamente considerando algunas características particulares, en ésta, fueron incorporados todos (as) aquellos que solicitaron el servicio o que fueron llevados por transgredir el orden público, en ese sentido no es posible tener la certeza de que las variables independientes en este caso puedan ser determinantes para el consumo de marihuana. Puede ser que no exista la difusión adecuada de tal forma que los estudiantes y desempleados puedan estar informados acerca de los servicios que pueden solicitar sin el temor de suponer que pueden ser sancionados legalmente.

La adolescencia al ser una etapa de búsqueda de independencia a la familia y de reafirmación de la identidad, expone a los que la viven a experimentar situaciones desconocidas y a enfrentarlos a una sociedad prejuiciada, estereotipada y estigmatizante.

El hecho de ser adolescente varón en nuestra sociedad es sinónimo de deber ser agresivo, competitivo y de reprimir las emociones. La exigencia de manifestar estas características la mayoría de las veces ocasiona que el joven busque una salida a las presiones, por ejemplo, el consumo de drogas.

Cuando en la sociedad no hay alternativas de vida en las cuales el joven explice sus sentimientos y su deseo sin ser mal vistos y reprimidos, el modo de vida que le queda es adherirse a lo establecido e identificarse con ello.

El consumo de drogas, sobre todo aquellas que son ilegales, en la adolescencia representa en forma concreta transgredir la legalidad y los límites que se le imponen social y familiarmente. Es decir, con el consumo de marihuana y los efectos de ésta, el joven puede manifestar su inconformidad poniendo en "peligro" a la sociedad.

Al hombre se le ha dado el papel de proveedor por lo que el no cumplirlo implica poner en riesgo el mantenimiento de la estructura familiar y ésta, en tanto institución social, se ve susceptible de crisis.

El consumo de marihuana tiene consigo un estigma, al consumidor se le ve como delincuente. A la sociedad no le interesa la persona del adicto, lo que realmente le importa es la funcionalidad de éste en un sistema de competencia y lucha para dar continuidad a las estructuras sociales ya establecidas.

En su mayoría los estudios sobre farmacodependencia han determinado un perfil del adicto en los cuales se muestra una baja o nula escolaridad, desocupación y la condición de ser soltero; así, se supone una relación inversa entre los niveles de escolaridad, de inserción en el proceso productivo y la clase social con el consumo de drogas ilegales. Los resultados de los mencionados estudios han contribuido a la estigmatización tradicional. En contraposición, con la presente investigación no se encontró dicha relación, al parecer estas características sociodemográficas (desempleo, baja escolaridad y no ser casado) no determinan el consumo de una droga ilegal, en este caso, la marihuana.

Nosotros consideramos que debido a las sanciones sociales, los individuos con alta escolaridad negaban su consumo elevado de marihuana y ansiolíticos por temor al estigma; no obstante en los resultados estadísticos se muestra que efectivamente es relativamente mayor el número de consumidores con un alto nivel de escolaridad para el caso de las mujeres (en los hombres no se comprobó) como lo son las profesionistas.

Los hallazgos de la presente investigación cuestionan pues la marginación de que son objeto los consumidores de drogas por su posición en la escala social.

Sin embargo, es necesario considerar otras explicaciones posibles a esta divergencia. La diferencia puede deberse a la cuestión de la representatividad. El IICD es una encuesta en donde cada individuo se representa a sí mismo (el procedimiento de muestreo no lo hace un estudio de representatividad regional o social). Por ejemplo, al observar la relación entre el consumo de marihuana y el estado civil, aparentemente no hay relación. Por otra parte deben considerarse otras características de la población incluida en el universo de trabajo, en el IICD participan entre otras instituciones, los Centros de Readaptación Social y los Centros de Integración Juvenil, en los primeros se captan a individuos que han violentado la legalidad de forma grave, lo suficiente como para ser recluido y en los otros, se atiende a población en la adolescencia y juventud temprana.

Es necesario, para profundizar en los hallazgos, considerar otras posibles variables intermedias que nos permitan conocer otros factores socioculturales que pueden influir en la distribución diferencial en el consumo de estas drogas.

CONCLUSIONES.

Para el modelo médico hegemónico, según su teoría genética la adicción al consumo de drogas, entre ellas, la marihuana y los ansiolíticos, está determinada por factores genéticos individuales y ahistóricos (Lewontin, 1993)

En contraposición con esta teoría, para este estudio se observó que el proceso de adicción a estas drogas está relacionado con la construcción social de los géneros. En este sentido, las variables independientes sexo y edad; y en el caso particular de las mujeres también el estado civil y la ocupación deben ser analizadas en las diversas etapas del ciclo de vida tanto de varones como de mujeres dependiendo de sus condiciones sociales de desarrollo (Laurell, 1989) para que consuman o no ansiolíticos y/o marihuana.

De aquí se desprende una diferencia fundamental entre la medicina social y la medicina dominante pues biológicamente lo genético acompaña al individuo durante toda su existencia, así un individuo en el consumo de una o varias drogas, lo haría durante toda su vida, independientemente de las relaciones sociales, lo cual en este estudio se observa que no es así y ello está de acuerdo con nuestro cuerpo teórico, ya que desde la corriente de la medicina social lo biológico (incluyendo a lo genético) está determinado por lo social (Breilh, J. Granda, E. 1980).

De acuerdo al trabajo realizado se encontraron resultados que comprueban la determinación genérica en el consumo diferencial de ansiolíticos y marihuana.

La construcción social que se hace del género femenino determina que las mujeres muestren una mayor prevalencia en el consumo específico de ansiolíticos y, en efecto, el mayor consumo se localiza en el grupo etáreo de las mayores de 40 años donde se presenta el climaterio. Así mismo, observamos que éstas son mujeres casadas cuya ocupación es el ser ama de casa.

Por su parte la construcción que se hace del género masculino determina que los hombres muestren una mayor prevalencia en el consumo específico de marihuana, éste se observó con mayor frecuencia en el grupo etáreo de 18 a 25 años lapso en el cual se presenta la adolescencia tardía y/o la juventud temprana. Sin embargo, para las variables escolaridad, estado civil y ocupación no se encontró una relación estadística que nos permita asegurar que las variables y las categorías agrupadas determinan el consumo específico.

La perspectiva de género como propuesta teórico-metodológica representa una propuesta conceptual que permite explicar con suficiente profundidad la distribución diferencial del proceso de adicción en el caso de las mujeres y enriquece los avances teóricos de la corriente de la medicina social. No así en el caso de los varones, para quienes los estudios sobre masculinidad son relativamente más recientes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Aiseson, A. Cuerpo y persona. FCE; México, 1982.
2. Andión M. et.al. Guía de Investigación Científica. Universidad Autónoma Metropolitana. Ediciones de Cultura Popular México, D.F. 1986.
3. Avendaño, Cecilia y María Elena Ortega Medicina social, consumo y salud-enfermedad. Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, Capítulo III.
4. Badinter, Elizabeth. Existe el amor maternal?. Editorial Paidós-Pomaire.
5. Badinter, Elizabeth. XY Condición Masculina. Alianza Editorial, España 1992
6. Basaglia, Franca. Mujer, Locura y Sociedad. Universidad Autónoma de Puebla, México 1987.
7. Benson, et.al. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. Ed. El Manual Moderno. 5a ed. México, D.F 1989 pp.1190.
8. Blume, S. Chemical Dependency in Women: Important Issues. American Journal Drug Alcohol Abuse, 16(3 & 4), pp.297-307; 1990.
9. Breihl, J.; Granda, E. La investigación de la salud en la sociedad. CEAS. Quito, 1980.
10. Breilh, Jaime. Reproducción social y salud. Memorias del VI Congreso Mundial de Medicina Social: Democracia, Desigualdad y Salud. Tenerife, Canarias.
11. Catala, Magda. Reflexiones desde un cuerpo de mujer. Editorial Anagrama, España.
12. Chodorow, Nancy. El Ejercicio de la Maternidad. Editorial. Gedesa. España pp.80-101
13. De Barbieri, Teresita. Sobre la Categoría de Género. Una introducción teórica metodológica s/f, en prensa.
14. Encuestas Nacionales de Salud. Panorama de Salud en México. Información en Salud. Cuadernos de Salud. Cuadernos de Salud. Secretaría de Salud. México, D.F. Sep. 1994 pp.64.
15. Estrada, Inda Lauro. El ciclo vital de la familia. Ed. Posada. 6a. edición, 1992, México, pp. 133.
16. Ettorre, E. Rutgers. Women and Substance Use. University Press. New Brunswick, New Jersey. Hong Kong, 1992.
17. Ey. Henri-Brisset, Bernard. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray-Masson, Barcelona. 1985.
18. Goldman H. Psiquiatría General. Ed. El Manual Moderno, 2a ed. México, D.F. 1989 pp.736.
19. Goode, Eich. La adicción a las drogas en los jóvenes. Editorial Paidós, Buenos Aires 1987.
20. Goth, A. Farmacología Médica. Ed. Interamericana. 8a ed. México, D.F. 1977 pp.632.

21. Helman, C. "Tonic", "Fuel" and "Food": Social and symbolic Aspects of the long-term use of psychotropic Drugs, Soc.Sci.Sc.Med Vol. 15 B. pp. 521-533, 1981.
22. Jelín, E. y Feijóo, M.C. Presiones cruzadas: trabajo y familia en la vida de las mujeres. En: Del deber ser y el hacer de las mujeres. Dos estudios de caso en Argentina Colegio de México, PISPAL.
23. Kail, B. Drugs, Gender and Ethnicity: Is the Older Minority woman at Risk ?. The Journal of Drug Issues 19(2), 171-189, 1989.
24. Kempe, Henry, et. al. Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos. Ed. El Manual Moderno. 7a. México, D.F. 1987. pp. 1214.
25. Lagarde, Marcela. Antropología de los cautiverios: madresposa, monjas, putas, presas y locas. UNAM. México, 1990.
26. Lamas, Marta. La antropología feminista y la categoría de género, en Nueva Antropología 30. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos. México, 1986.
27. Langer, Mary. Maternidad y Sexo. Editorial Paidós, 1988.
28. Laurell, Asa Cristina. El estudio social del proceso salud-enfermedad Cuadernos Médico Sociales, Núm. 37, pp. 3-18.
29. Laurell, Cristina; Márquez M. El desgaste obrero en México. Ed. Era. México 1983.
30. Laurell, Cristina; Noriega Mariano. La Salud en la Fábrica. Estudios sobre la Industria Siderúrgica en México. Ed. Era. 1989.
31. Lewontin R.C., S. Rose y L.J. Kamin. No está en los genes; racismo, genética e ideología. CONACULTA, CRITICA, Grijalbo. México, 1991.
32. López, Manuel. La encrucijada de la adolescencia. Editorial Hispánicas, 1990.
33. López, MB. y Figueroa, JG La maternidad como elemento constitutivo de la identidad genérica en un grupo minoritario presentado en el Congreso Mundial de Salud Mental, México, D.F. 1991.
34. Marx Karl. El capital. Tomo I/Vol. 1. Siglo XXI. México, 1991.
35. Ogur, B. Long Day's Journey Into Night: Women and Prescription Drug Abuse. Women & Health. Vol II (I). Spring 99-115, 1986.
36. Oppenheimer, E. Alcohol and Drug Misuse Among Women-An Overview. British Journal of Psychiatry, 158 (suppl. 10) 36-44; 1991.
37. Palacios, J. et.al. Introducción a la Pediatría. Ed. Méndez/Cervantes. 4a. ed. México, D.F. 1990.
38. Paz José Rafael. Psicopatología. N. Visión Buenos Aires 1977.
39. Pierre G. Weil. Relações Humanas Na Família e no Trabalho. Ed. Kapelusz. 18a. ed. 1983. Argentina pp.224.
40. Quintanar, Jesus. Lo masculino en la edad de la latencia. En: Psicología de lo Masculino, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. México, 1987.
41. Radkau, Verena. Hacia una historiografía de la mujer, en Nueva Antropología 30. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos. México, 1986.
42. Secombe, Wally. Marxismo y demografía. Cuadernos Políticos, México. 1984.