

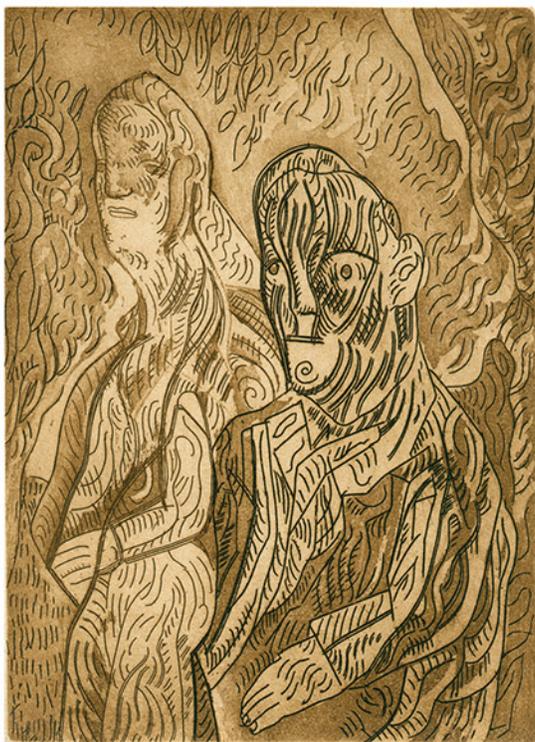
KENA MORENO
Coordinadora
de la obra



Centros de
Integración
Juvenil, A.C.

JOSÉ LUIS CUEVAS
Ilustrador

Mujer y drogas



auto retrato con Bertha
Cuevas

ACTUALIZADO
2ª edición

DIRECTORIO

DR. ROBERTO TAPIA CONYER
Presidente del Patronato Nacional

SRA. KENA MORENO
Fundadora de CIJ y
Vicepresidenta Vitalicia del Patronato Nacional
Coordinadora de la Obra

DRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES
Directora General
Autora y Coordinadora Técnica de la Obra

MTRO. BRUNO DIAZ NEGRETE
Director Normativo

DR. ÁNGEL PRADO GARCÍA
Director Operativo y de Patronatos

LIC. IVÁN RUBÉN RÉTIZ MÁRQUEZ
Director Administrativo

AUTORES

Dra. Carmen Fernández Cáceres
Lic. Graciela Alpízar Ramírez
Dra. Patricia Gómez Martínez
Psic. Luis Jesús Sandoval Quintero

COLABORADORES

Psic. Angélica Ma. del Carmen Cedillo González,
Lic. Silvia Cruz, Lic. Roxana González Long,
Psic. Esther Huidobro Catalán, Psic. Monserrat
Euridice Lovaco Sánchez, Lic. Adriana Guadalupe
Ramírez Márquez, Psic. Hilda Guadalupe
Ramos Espinoza, Psic. Sandra Rodríguez Sierra,
Dr. Ricardo Sánchez Huesca, Lic. Noema Segura
Gámez, Psic. Tomoko Yashiro Ishihara.

COORDINADOR EDITORIAL

Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Lic. I. Andrea Pérez Orozco
Lic. Elena Cuevas Blancas

RESPONSABLES DE ACTUALIZACIÓN

Lic. Edith María Ramón Trigos
Lic. José Alesandro Álvarez Lemus

CORRECCIÓN

Lic. Norma Araceli García Domínguez
Lic. Angélica Marisol Mora Vázquez

DISEÑO GRÁFICO

Lic. Víctor Gerardo Gutiérrez Campos

CÓMO CITAR ESTA OBRA

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2014).
Mujer y drogas (2.^a ed.). CIJ.



Mujer y drogas

D.R. © 2004 Centros de Integración Juvenil, A.C.
ISBN 968-5217-03-3
Tlaxcala 208, Col. Hipódromo Condesa
06100, México, D.F.
www.cij.gob.mx

PRESENTACIÓN

El uso de drogas se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad, de todos los estratos socioeconómicos y en todas las regiones del país. Es un fenómeno que constantemente crece y cambia. Actualmente, se consumen drogas a edades más tempranas, surgen nuevas sustancias, se disminuye el uso de unas y aumenta el de otras; también hay un mayor número de mujeres farmacodependientes.

La vida social de nuestros días exige más atención a la salud emocional. Muchas personas padecen los estragos de las dificultades económicas o el desempleo, de la agitada cotidianidad, la violencia, la inseguridad y las adicciones que afectan la salud mental individual y colectiva.

Sólo con el trabajo interdisciplinario, participativo y coordinado entre las instituciones y la sociedad civil podemos enfrentar los retos que se nos presentan ante el consumo de drogas.

Médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, pedagogos e investigadores ofrecen información para entender los riesgos y las consecuencias del uso y abuso de sustancias; además se encargan de diseñar estrategias innovadoras de atención que logren dar respuesta a este problema. Grupos de profesionales de diversas instituciones y la sociedad civil suman sus esfuerzos en contra de las adicciones.

La violencia, la delincuencia juvenil y el consumo de drogas son problemas que van en aumento, y son consecuencia de dificultades en la familia, que no ha podido hacer frente a los retos que exige la vida actual, sea por falta de oportunidades, por negligencia o sea por asuntos no resueltos.

Algunas soluciones a los problemas sociales radican en disponer de mayor información, orientación y educación adecuadas. En esta

obra ha colaborado un gran número de profesionales de distintas disciplinas –coordinada por Kena Moreno, una mujer mexicana que se preocupa por los problemas sociales, e ilustrada por José Luis Cuevas, artista mexicano reconocido a nivel internacional–. Es un recurso de gran utilidad para guiar a padres y madres de familia en la difícil tarea de educar a sus hijos y a sus hijas para mantenerlos alejados de las drogas.

Este libro ofrece la oportunidad de entender cuáles son los factores que ponen en riesgo a las mujeres para iniciarse en el consumo de drogas; analiza las situaciones familiares que se presentan cuando existe un consumo y otorga recomendaciones para vivir sin violencia y sin adicciones.

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Presidente del Patronato Nacional de
Centros de Integración Juvenil, A.C.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1

LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO	5
¿Qué es género?.....	7
¿ES LO MISMO SEXO QUE GÉNERO?.....	9
La construcción de identidad de género	10
Atributos de género.....	12
Estereotipos sociales y mercadotecnia	13
Roles de género.....	17
SUBJETIVIDAD FEMENINA	18
SUBJETIVIDAD MASCULINA	24
VIOLENCIA DE GÉNERO	27

CAPÍTULO 2

ADICCIONES Y GÉNERO.....	29
EL CONSUMO DE DROGAS.....	31
LA MUJER Y LAS ADICCIONES	35
¿QUÉ SON LAS DROGAS?.....	37
¿Quiénes consumen más drogas, hombres o mujeres?.....	37
ALCOHOLISMO	40
Efectos del alcohol en el organismo	41
Factores de riesgo	43
<i>Factores individuales</i>	43
<i>Factores familiares</i>	45
<i>Factores sociales</i>	47
Alternativas.....	48
TABAQUISMO	49
Enfermedades asociadas con el tabaquismo.....	52
Daños en la salud de la mujer.....	52
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i>	52

<i>Cáncer pulmonar</i>	53
<i>Otros tipos de cáncer</i>	53
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	54
<i>Enfermedades gastrointestinales</i>	54
<i>Osteoporosis</i>	54
Efectos del tabaco en la salud sexual y reproductiva de las mujeres	54
<i>Reducción de la fertilidad y la fecundidad</i>	54
<i>Efectos del tabaquismo en hijos de madres fumadoras</i>	55
¿POR QUÉ FUMAN LAS MUJERES?.....	56
<i>Influencia de la familia</i>	56
<i>Influencia de los amigos</i>	56
<i>Fortalecer la autoimagen</i>	56
<i>Las expectativas sociales</i>	57
<i>La publicidad</i>	57
<i>Estrés</i>	58
<i>Baja percepción de riesgo</i>	59
Consideraciones para el tratamiento	59
<i>¿Qué debo hacer para dejar de fumar?</i>	60
DROGAS DE USO MÉDICO	63
Estimulantes	64
Depresores	65
¿Por qué las mujeres tradicionalmente consumen más medicamentos?...	67
Modelo médico y roles de género	68
¿Por qué la mujer requiere conectarse con la realidad y, en otros casos, sustraerse de ella?	72
MARIGUANA	72
Factores de riesgo	76
Efectos del consumo	77
Efectos en el embarazo y lactancia	78
COCAÍNA	79
Formas de uso y consumo	81
Cocaína y mujer, una cuestión de género	83
METANFETAMINAS	85
Hielo (ice) o vidrio (glass)	86
Cristal o “met”	87
Éxtasis, “XTC”, “tacha” o “droga del amor”	87
Ambientes en los que se consume	91
¿Por qué consumen metanfetaminas las mujeres?	91
<i>Maduración</i>	92

<i>Sentimientos acerca de la menarquía y de la menstruación.....</i>	93
<i>Sentimientos acerca de la apariencia física.....</i>	93
HEROÍNA	96
INHALABLES	100
¿Que son los inhalables?.....	101
¿Porqué consumen inhalables las adolescentes?.....	101
¿Qué daños causa el consumo de inhalables en el cuerpo femenino?	102
¿Qué consecuencias enfrentan?.....	103

CAPÍTULO 3

EL DOBLE ESTIGMA DE LA MUJER	105
ADICCIONES Y ESTIGMA	110

CAPÍTULO 4

LA FAMILIA	123
FAMILIA NUCLEAR	128
FAMILIAS MONOPARENTALES	129
FAMILIAS CON JEFATURA FEMENINA.....	130
FAMILIAS RECONSTITUIDAS.....	131
FAMILIAS CON ADOPCIÓN	133
FAMILIAS DE MIGRANTES.....	134
MATRIMONIOS INTERNACIONALES	135
PAREJAS HOMOSEXUALES.....	135
FAMILIAS MIXTAS.....	135
En resumen.....	136
LA RELACIÓN ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	137
Conyugalidad	138
Parentalidad	139
El grupo fraterno	140
LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	141
FAMILIA Y GÉNERO, ¿HACIA DÓNDE VA LA FAMILIA?	142

CAPÍTULO 5

FAMILIA, GÉNERO Y ADICCIONES	147
FACTORES ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN LA FAMILIA	151
PERCEPCIÓN DE RIESGO.....	152
¿QUÉ SE DEBE HACER PARA INCREMENTAR LAS PERCEPCIONES DE RIESGO Y DAÑO ANTE EL CONSUMO DE DROGAS?	154
REPETICIÓN TRANSGENERACIONAL DEL CONSUMO	155
INVOLUCRAMIENTO DE LOS HIJOS EN LOS CONFLICTOS DE LOS PADRES	156
VIOLENCIA FAMILIAR Y ABUSO SEXUAL	159
REDES SOCIALES DÉBILES.....	162
TRASTORNOS ASOCIADOS.....	163
Depresión.....	164
Estrés postraumático	168
Trastornos de alimentación	171
<i>Bulimia</i>	171
<i>Síntomas de bulimia</i>	172
<i>Anorexia nerviosa</i>	172
<i>Síntomas de la anorexia nerviosa</i>	174
<i>Influencias culturales</i>	175
<i>Influencias familiares</i>	175
Trastorno por déficit de atención e hipertactividad	175
FAMILIAS MULTISTRESADAS.....	177
FACTORES ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN LA MUJER	184
Factores individuales.....	185
Factores familiares	187
Factores sociales.....	189

CAPÍTULO 6

VIOLENCIA FAMILIAR	193
CONCEPTO DE VIOLENCIA.....	195
VIOLENCIA EN LA FAMILIA	197
LA VIOLENCIA DE PAREJA ES UNA EXPRESIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA	202
LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA ENPIEZAN EN EL NOVIAZGO	206
<i>Antecedentes de la violencia</i>	206
<i>Violencia física en el noviazgo</i>	207

<i>Violencia psicológica en el noviazgo</i>	207
<i>Violencia sexual en el noviazgo</i>	207
<i>Tipos de violencia</i>	208
FACTORES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA	212
CONSECUENCIAS EMOCIONALES EN LAS MUJERES QUE SUFREN MALTRATO	213
CICLO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA	216
VIOLENCIA CONTRA NIÑAS Y NIÑOS	218

CAPÍTULO 7

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES O RESPONSABLES DE LOS HIJOS	223
HACIA UNA NUEVA CONSTRUCCIÓN DE FEMINIDAD Y MASCULINIDAD	225
Desmitificar los estereotipos	226
Libre elección de identidad	227
Equidad	229
Tolerancia y respeto	232
SOLUCIÓN DE CONFLICTOS A TRAVÉS DE LA NEGOCIACIÓN Y NO DE LA VIOLENCIA	235
MANEJO DEL ESTRÉS	237
AUTOESTIMA	238
DETECCIÓN TEMPRANA Y CANALIZACIÓN OPORTUNA	241
LA IMPORTANCIA DE FAVORECER LAS REDES SOCIALES	251
BIBLIOGRAFÍA	255

INTRODUCCIÓN

Las sustancias adictivas, tanto legales como ilegales, han sido mayoritariamente consumidas por los hombres. Desde la última década del siglo pasado hasta la actualidad se ha observado un preocupante aumento en el consumo entre las mujeres. Pareciera que su incorporación a la vida pública, sus logros, el que haya conquistado niveles educativos superiores y su creciente inclusión en el trabajo remunerado, traen aparajado el riesgo de iniciar el uso de tabaco, alcohol, de drogas ilegales y de uso médico.

Evitar el aumento de la farmacodependencia en general y, en particular, entre las mujeres, es un nuevo reto que debemos enfrentar como sociedad.

Las causas por las que las mujeres, las niñas, las adolescentes y las adultas, consumen drogas, son muy variadas. La imitación, la curiosidad, la búsqueda de aceptación de amigos y amigas, la necesidad de alcanzar ideales, de parecerse a los modelos femeninos presentados en los medios de comunicación, a los estereotipos de belleza que incluyen cuerpos delgados, así como el estrés, la depresión, el empleo y las responsabilidades del hogar que acarrear jornadas agotadoras, son algunos de los factores que influyen para que las mujeres se inicien en el uso de sustancias.

Son muchas las creencias culturalmente aceptadas que rigen los estilos de vida tradicionalmente asignados a las mujeres. Los roles atribuidos a hombres y a mujeres se transmiten y se reproducen principalmente a través de la familia, la escuela y los medios de comunicación.

Este libro invita a reflexionar a los padres de familia, maestros y a la sociedad en general, acerca de las situaciones que pueden propiciar el inicio del consumo de drogas entre niños y jóvenes y especialmente, entre las mujeres.

En el **capítulo uno** se aborda la manera en que se construyen los valores, las creencias y los comportamientos que culturalmente

se asignan por ser hombre o ser mujer. Se hace referencia al género como una construcción cultural que atribuye características a cada sexo, las que influyen en las formas de convivencia familiar y que se reproducen a través de las normas y los roles familiares.

En el **capítulo dos** se presentan las drogas legales e ilegales más consumidas por las mujeres, las circunstancias de la vida cotidiana que llevan a niñas, adolescentes y adultas a emplearlas, así como las consecuencias y los daños que les ocasionan.

El **capítulo tres** muestra el doble estigma que padecen las mujeres consumidoras, y que inicia en la pareja, en la familia y en la sociedad. Lejos de que amigos y familiares se conviertan en apoyo que las motive a buscar ayuda terapéutica, interfieren en su recuperación y hacen más profundo el sufrimiento que generalmente es oculto.

Los diversos tipos de familias, las variadas formas de convivencia en el hogar, que se han transformado en la actual sociedad, llevan a replantear en el **capítulo cuatro**, lo que se entiende por familia. También se muestra las distintas concepciones acerca del género y cómo influyen en las relaciones familiares; así como el prototipo de familia tradicional y si está en crisis, en riesgo de disolución o hacia dónde va. Además, aquí se resalta a la familia como el núcleo donde se aprenden los roles que socialmente se asignan a hombres y a mujeres.

El **capítulo cinco** aborda cómo se articulan la interacción familiar y el género en familias de consumidores de drogas; cuáles son los trastornos asociados a la mujer consumidora y a otros integrantes de su familia; los factores de riesgo relacionados con el consumo tanto en la familia como en la mujer. En este apartado se tratan temas de actualidad muchas veces relacionados a la mujer como la depresión, el estrés, los desórdenes de alimentación, trastornos en la conducta de los niños, y la importancia de contar con redes de apoyo extrafamiliares.

La elevada relación que se observa entre los problemas de violencia en la familia y uso y abuso de sustancias, hace necesario entender cuáles son los tipos de violencia, los factores que influyen

en que se propicie en la familia y sus consecuencias; estos son temas que se exponen en el **capítulo seis**.

Finalmente, en el **capítulo siete** se propone una serie de recomendaciones a padres, madres y responsables de la educación de los hijos para que acepten las diversas formas de pensar y actuar de hombres y mujeres; para que se cuestionen los estereotipos, respeten y toleren las diferencias y establezcan acuerdos a través de la negociación y no de la violencia. También se brindan algunas recomendaciones para el manejo del estrés y el aumento de la autoestima que ayudan a protegerse del consumo de drogas. Se presentan igualmente los signos y síntomas que pueden identificarse para detectar tempranamente las adicciones y otros problemas asociados, a fin de que sean atendidos oportunamente.

Esperamos que la lectura compartida de este libro sea provechosa para un mejor ejercicio de la paternidad y la maternidad, así como que sea útil para maestros y trabajadores de la salud en su labor profesional cotidiana. Además la intención de la obra es contribuir a evitar que más niñas, adolescentes y mujeres adultas se inicien en el uso de drogas, y orientar a mujeres consumidoras a que busquen atención profesional.

CAPÍTULO I
LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO



CAPÍTULO I

LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO

El género es una categoría de análisis que se trabaja desde hace dos décadas para estudiar las relaciones entre las mujeres y los hombres, las que se dan entre mujeres y las que suceden entre hombres. La intención es documentar cuáles son las condiciones de vida que generan las desigualdades sociales de las mujeres respecto a los hombres.

Aunque este trabajo se ha desarrollado principalmente en la academia, el impulso realmente viene de la creación de marcos internacionales de derechos humanos que surgen de las reuniones de mujeres auspiciadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde la década de los años 70.

Las legislaciones sobre los derechos de las mujeres que México se ha comprometido a implementar, hacen posible que en cada esfera de la sociedad se esté generando información para visibilizar la experiencia de las mujeres en la vida cotidiana. El ámbito de la salud no es la excepción y particularmente al hablar del tema de las adicciones. Por ello, este libro tiene la intención de mostrar cómo afectan las adicciones en la vida de las mujeres y profundizar en su experiencia para identificar qué elementos son fundamentales en la intervención de los procesos con enfoque de género.

¿QUÉ ES GÉNERO?

¿Se han preguntado por qué son diferentes los hombres y las mujeres? ¿Será por su naturaleza? ¿Quién dice que deben ser diferentes y por qué? ¿Es verdad que así ha sido y así será? ¿Por qué la mujer se encuentra en desventaja con respecto al hombre? ¿Cuáles son los cambios que se requieren para establecer relaciones equitativas entre hombres y mujeres?

Para entender los procesos de diferenciación y de relación entre hombres y mujeres se utiliza la categoría de género, que también permite propuestas de transformación a estilos de vida tradicionales, basados en las costumbres sociales.

El género es la construcción cultural de la diferencia sexual.

A partir del sexo se identifica al hombre y la mujer, y cada cultura define normas que influyen en el comportamiento de unos y de otras.

El ser humano actúa de acuerdo a su forma de pensar y lo que piensa se construye mediante el lenguaje y las relaciones repetidas que practicamos desde la infancia. Por lo tanto, el lenguaje es parte esencial para la construcción del género.

En cada cultura se asignan prácticas, ideas y actitudes que rigen las formas de ser de los hombres y las mujeres. Los atributos se asignan a las personas de acuerdo con su sexo. Las costumbres, tradiciones y valores articulados a distintos atributos de lo femenino y lo masculino, se transmiten a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación y otras instituciones sociales.

Mediante el lenguaje se comunican las ideas, es decir, cómo piensan o cómo se dicen las cosas; por ejemplo, algunos dichos populares muestran atributos diferenciados: “los hombres no lloran”, “la mujer llora cuando quiere” e incluso hay dichos que se refieren a la mujer despectivamente: “vieja el último”.

Los cuentos son otros elementos donde se ubican claramente las características de las princesas como mujeres tiernas y débiles. Por su parte, los héroes son valientes, osados, audaces, etcétera. Estos valores se han transmitido por generaciones en el seno de la familia.

No todos los hombres ni todas las mujeres son iguales; por ello al hablar de género es necesario ubicarse en espacios de tiempo, época, cultura, condición de clase social, nacionalidad, etnia, generación, raza, religión, preferencia política y posición de género. Las construcciones de lo que se piensa que es ser hombre y ser mujer no son lo mismo, cambian y son susceptibles de modificarse.

Por ejemplo, en ciertas culturas los hombres se encargan de cuidar a los hijos y en otras, como la nuestra, esta actividad se asigna a las mujeres. Entre nuestros abuelos la costumbre era que la mujer se dedicara al hogar, actualmente con el reconocimiento de sus derechos humanos ha logrado una mayor presencia en el ámbito laboral.

¿Es lo mismo sexo que género?

Existen claras diferencias entre *sexo* y *género*. El sexo da cuenta de las características biológicas y anatómicas de los seres humanos, es decir, del cuerpo, del aparato reproductor identificado por los genitales: hombre, si tiene pene; mujer, si tiene vagina.

El género es una construcción que la sociedad impone a hombres y a mujeres por medio de ideas y representaciones que se asignan a cada sexo. Influye en todas las áreas de la vida de los individuos, en la construcción de identidad, en la conformación de valores, actitudes, sentimientos, conductas y actividades diferentes para cada sexo. En el género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad.

Lo femenino y lo masculino se construye culturalmente con base en las formas de pensar socialmente aceptadas, que corresponden a los variados modos en que se organizan las sociedades para su producción y reproducción.

Cada cultura construye determinados valores y modelos ideales que establecen las normas que dirigen las relaciones entre los individuos y las familias que componen los grupos sociales.

Las formas en que pensamos rigen nuestro estilo de vida. La vida interior de los individuos se construye y desarrolla en un contexto preestablecido. Cuando un ser nace, la familia y en la cultura a la que pertenezca ya tendrá una serie de valores y normas de lo que se considera adecuado, según se trate de un niño o de una niña.

A través del lenguaje y de las relaciones interpersonales se transmitirán las ideas y actitudes predominantes que influirán

en la construcción de su identidad. Las ideas respecto al género, aunque no son las únicas que determinan el desarrollo de un individuo, sí son un pilar importante en la constitución de la vida emocional.

Los valores y las normas de lo que se cree que debe ser un hombre o una mujer no son explícitas, pero están implícitas en el lenguaje. Las costumbres y el estilo de vida se aprenden en la práctica cotidiana de las relaciones que se establecen desde el nacimiento.

Las cualidades asignadas culturalmente al ser masculino y al femenino se reproducen a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación y las instituciones, con modelos de identificación ideales.

Se reconocen figuras de hombres exitosos y de mujeres bellas y tiernas que modelan los ideales culturales. Por ejemplo, ser profesional en un hombre y buena madre en una mujer.

Al entender cómo se construye el género se puede comprender mejor a mujeres y hombres; es posible también respetar las diferencias y transformar formas de pensar y de vivir.

Las nuevas generaciones de hombres y mujeres realizan algunas funciones que tradicionalmente se le atribuían al otro género. Por ejemplo, ella trabaja, él atiende a su hijo o hija, etcétera; esos cambios no son fácilmente aceptados por la sociedad, porque el marco cultural se transforma más lentamente. Las personas que cambian son tomadas como locas, histéricas, raras, anormales y son aún más señaladas cuando son mujeres. Sin embargo, las posiciones con respecto al género se encuentran en constante transformación.

La construcción de identidad de género

En la construcción de identidad, entendida como lo que el sujeto asume y concibe de sí mismo, influyen las condiciones del contexto social y familiar en el que se desenvuelve el individuo.

Las relaciones tempranas con los padres y hermanos son importantes factores que intervienen en la formación de la identidad; así como las creencias del género imperantes en la sociedad y en la familia.

Como ya se mencionó, al momento de nacer existe una serie de atributos concedidos si es hombre o mujer. Las identificaciones tempranas, más directa e inmediatamente con el padre o la madre, dependiendo del sexo, son fundamentales en la construcción de la identidad de cada sujeto.

El niño intentará ser como papá, se identificará con los roles masculinos, mientras que la niña tomará como modelo a mamá. Aquello que los padres aprueben y reconozcan del niño o la niña será una fuente de información que servirá de guía en la construcción de su identidad. En el seno de la familia se incorporan actitudes, valores, creencias y formas de comportamiento aprobados culturalmente.

Más tarde, en la adolescencia, también será importante la aceptación de compañeros y amigos de la misma edad y se adoptarán otros modelos de identidad. La escuela, los medios de comunicación y los pares (los iguales), otorgarán figuras masculinas y femeninas ideales a seguir.

El individuo aprende a través del lenguaje y las relaciones que establece, en primera instancia, con sus padres. Por ejemplo, son más comunes las expresiones afectivas hacia una niña por parte de ambos padres que hacia un niño. Es frecuente que un papá no manifieste el afecto a su hijo con un beso o una caricia, por considerar que no es una práctica correcta entre hombres. Es más raro que un niño apoye su identidad en una relación afectiva con el padre, con la misma cercanía e intimidad que, generalmente, caracterizan sus vínculos con la madre.

A lo largo de la historia, las mujeres han visto sus expectativas reducidas a la función reproductiva, a la maternidad. Su tarea principal se asignó a la crianza de los hijos, durante muchos años su dominio ha sido en la esfera del intercambio afectivo, fuente

principal de identidad. En la actualidad esto se transforma, como también el escenario masculino que se circunscribió al dominio de lo racional y lo económico, ya que ser jefe de familia y proveedor ha constituido el modelo principal de su identidad.

Las niñas fincan más, comúnmente, su identidad en relaciones de intimidad y cercanía afectiva, elementos específicos del papel maternal. En cambio, los niños se basan en ser diferentes a sus madres, en sostener relaciones más distantes respecto del padre con menos expresiones de contacto físico afectivo; aprenden a no expresar las emociones y a imitar los atributos del rol masculino.

Hoy día hombres y mujeres cuestionan estas circunstancias y con ello surgen modelos de identidad variados, a partir de los cambios sociales que estamos viviendo.

Las concepciones sociales de género se transforman en los distintos contextos históricos y sociales; no siempre han sido iguales, ni son iguales en todas las culturas. La construcción de identidad de género comienza con los atributos asignados a cada sexo.

Atributos de género

Los atributos son una serie de cualidades que los hombres y las mujeres aprenden e incorporan para ser aceptados en la sociedad. Éstos asignan una serie de características a cada sexo que genera expectativas en cuanto a actitudes, demostraciones de afecto, roles, relaciones y comportamientos en general para hombres y mujeres.

Desde el nacimiento, a partir de su sexo, al niño o a la niña se le asignan atributos de acuerdo con lo que cree y espera la familia como emisora de un discurso y una crianza correspondiente a la sociedad, en la que el hombre y la mujer son diferentes. Hay prácticas, rituales, desempeño de actividades, vínculos diferenciados que se realizan a partir del sexo. Por ejemplo, al nacer, a los niños se les viste de azul, y a las niñas de rosa y se les pone aretes.

Los atributos de hombres y mujeres se asignan de manera diferenciada y opuesta. Éstos son algunos ejemplos:

Atributos asignados

HOMBRES	MUJERES
Activo	Pasiva
Fuerte	Débil
Insensible	Sensible
Agresivo	Tierna
Frío	Afectuosa

La lista de cualidades diferenciadas entre hombres y mujeres es extensa, se ha reproducido históricamente; se aprende en la vida diaria experimentando relaciones repetitivas. Los atributos asignados al género dan lugar a estereotipos, roles y prácticas desiguales entre hombres y mujeres.

Al hombre se le educa para el trabajo en la vida pública, en la economía, y a la mujer, para el cuidado de los otros y la vida privada del hogar. Al hombre se le forma como jefe de familia y proveedor, se le posiciona en un lugar superior al de la mujer, de quien se espera sea sumisa y maternal, lo cual la sitúa en desventaja.

Durante muchos años estas posiciones de dominio y subordinación en las relaciones entre hombres y mujeres, que caracterizan lo masculino y lo femenino, han prevalecido en la familia tradicional de nuestra sociedad, por lo que es necesario iniciar otra forma en las relaciones de familia, fomentando y valorando las cualidades de las mujeres en la vida social y laboral.

Estereotipos sociales y mercadotecnia

¿Cómo se aprenden los modelos ideales de lo que deben ser tanto hombres como mujeres? ¿Y cómo se identifican los hombres y las mujeres?

Desde los primeros años de vida, el niño y la niña comienzan a aprender y a adoptar las manifestaciones y comportamientos que los identifican como hombre o mujer. El niño y la niña repiten conductas mediante el aprendizaje diario de los comportamientos; lo que se suma a las identificaciones con modelos ideales, para formar parte de la construcción de la identidad.

Los niños imitan el comportamiento de sus padres. Por ejemplo, la niña observa que la mamá, de acuerdo con su cultura, se viste diferente, usa aretes, perfume, atiende a los hermanos, los alimenta, etcétera. La niña imita estos patrones en sus juegos; arrulla al muñeco como si fuera su hijo, su bebé. El padre que trabaja, repara el auto, ve fútbol; el niño lo observa y juega reproduciendo lo que ha visto. Los padres refuerzan o reprueban estos comportamientos e instruyen a los niños para que identifiquen y diferencien los géneros.

Los niños aprenden a elegir juegos y juguetes que les significan su género y rechazan aquéllos que pertenecen al contrario: los niños no juegan con muñecas, “eso es cosa de niñas”; “las niñas no juegan con carritos”, porque no son marimachas. Se promueve la destreza física y mental, así como la agresividad en los hombres y la pasividad; el maternalismo y la ternura en las mujeres.

Se nos ha enseñado que debemos cumplir con ciertos roles en determinadas etapas de la vida. Se dice, por ejemplo, que una mujer sólo se “realizará” si tiene hijos, atribuyendo a la maternidad un sentido natural; quienes deciden posponer la maternidad o no quieren tener hijos, son tachadas de ir “contra natura”. El instinto maternal es una más de las muchas construcciones sociales que a veces generan conflictos internos en quienes piensan diferente.

Lo mismo pasa con la idea o la creencia generalizada de que los hombres “tienen” que ser agresivos, violentos o autoritarios como parte de su “naturaleza” o condición masculina.

El género se aprende a través de un proceso social y cultural expresado en la vida diaria, en el seno de la familia. Afortunadamente, en los últimos años se ha iniciado un cambio social al respecto.

Los atributos que se le asignan al hombre y a la mujer conforman estereotipos sociales. Los estereotipos de hombres y de mujeres, por su rigidez, definen determinadas prácticas permitidas y no permitidas. Por ejemplo, se toma como algo natural que un hombre no exprese sus sentimientos y está mal visto que llore, porque el llanto es un atributo de las mujeres.

Las instituciones, la religión, la política, la familia, los medios de comunicación, entre otros, reproducen estos estereotipos a fin de mantener un orden social. La construcción cultural de estereotipos de género es un proceso que tiene lugar a lo largo de toda la existencia del individuo, por medio de la difusión de normas, modelos y valores acerca del comportamiento femenino y masculino.

Los hombres y las mujeres que no desean apegarse a las imposiciones sociales o que no pueden cumplir con todas las expectativas que de ellos se tienen, son criticados, sancionados, estigmatizados, limitados, desarrollan culpas, estrés, ansiedad y depresión, lo que se observa más frecuentemente en las mujeres.

Por ejemplo, las mujeres que son jefas de hogar desarrollan, además de su papel de mujer-madre, el de sostén económico de la familia y tienen que cumplir con su jornada de trabajo asalariado y con su labor en casa. Los problemas que enfrentan estas mujeres son muchos: poco descanso, agotamiento, se exigen el cumplimiento de diversos roles y se culpan por los problemas que tienen los hijos. Son presa fácil del estrés y la depresión, sufren trastornos afectivos, incluso llegan a tomar alcohol a escondidas o inician el uso indebido de medicamentos.

La publicidad y la mercadotecnia tienen por objetivo crear necesidades y vender productos. Los artículos que se ofertan corresponden a prácticas aceptadas identificadas con la femineidad y la masculinidad. La publicidad reproduce los mensajes, las representaciones, las expectativas y los estereotipos de género.

Se logra influir en las percepciones, las actitudes y los comportamientos de la gente, con mensajes capaces de sugerir al público la solución de necesidades o tensiones, mediante la compra de

productos. Se muestran modelos por imitar en la forma de vestirse, comportarse y relacionarse con los demás. Por ejemplo, con el consumo se asocian valores como el éxito masculino con la posesión de bienes, y la belleza femenina, con cuerpos perfectos; aunado a esto, se ofertan los productos para lograr estos ideales.

Los mensajes se dirigen específicamente a las diferentes poblaciones: para los niños se promueven productos y juguetes que reproducen atributos y estereotipos; los menores son utilizados para que los adultos consuman. “Adquiera un bien o producto para el bienestar de su hijo”, que pueden ser complementos alimenticios, medicamentos, pañales, materiales para la comodidad del hogar, etcétera, con esto se busca influir en las mujeres para hacerlas sentir que son “buenas madres”.

Los y las adolescentes son presas fáciles de la mercadotecnia, puesto que en los mensajes aparecen cumplidos los ideales: el deseo por ser la persona más popular, más aceptada, con más amigos, más diversión y más parejas. Fantasías que los jóvenes buscan realizar y, sin darse cuenta, actúan imitando estereotipos de acuerdo con su sexo y son motivados al consumismo para satisfacer esas “necesidades” creadas. En las adolescentes se promueve la imagen de esbeltez para gustar a los demás, mientras que la independencia y la popularidad se privilegia entre pares hombres. Se trata de mensajes que influyen para que se consuman productos, bebidas alcohólicas y tabaco, entre otros.

Para los adultos también hay mensajes que incitan al consumo con la reproducción de estereotipos y roles. Hombres triunfadores, valientes, exitosos, modernos; mujeres que se encuentran en casa a cargo de las labores domésticas y del cuidado de los hijos, con imágenes en las que ella incondicionalmente debe estar al servicio de su pareja e hijos, o bien, como objeto sexual con cuerpo esbelto, para lo cual se promueven infinidad de productos cosméticos y dietéticos, y prendas de vestir para cumplir con ese estereotipo de belleza.

Los mensajes refuerzan las diferencias de género, las creencias, las formas de vida, los valores aceptados y los rechazados. Todos los

días en revistas, en programas y en anuncios transmitidos por radio y televisión se presentan escenas que muestran formas de vida a las que se aspira, modelos ideales de hombres y de mujeres, de formas de relación y de comportamiento entre los géneros.

Es importante tener una actitud crítica ante los mensajes que difunden los medios: diferenciar la realidad de la fantasía, seleccionar programas que eleven la cultura, evitar la reproducción de estereotipos que dañen la integridad, las relaciones y la salud mental y física.

Roles de género

Los roles de género rigen las expectativas culturalmente aprobadas para lo femenino y lo masculino, es decir, lo que se espera de una mujer, lo que se espera de un hombre. Si alguno de ellos no cumple con su rol de género se le reprocha, castiga, discrimina, violenta y estigmatiza.

Los roles de género corresponden a estereotipos formados con los atributos asignados a lo femenino y a lo masculino. La construcción de roles socialmente aceptados para hombres y mujeres es producto de la cultura.

Una vez que se tiene interiorizada la identidad de género, es decir, “soy hombre” o “soy mujer”, ambos se comportan cumpliendo funciones específicas y diferentes. A las mujeres se les valora en su función de tener hijos (función reproductora), por lo que se justifica el rol maternal de cuidar a los demás, de vivir para complacer a los otros. ¿Qué pasa con las mujeres que no desean tener hijos?, ¿dejan de ser mujeres? ¿Qué sucede si los papás cuidan a los hijos?, ¿dejan de ser hombres?

La mujer en casa con las labores domésticas –que además pareciera ser que son invisibles, ya que no son reconocidas– y el hombre con la responsabilidad asignada de trabajar fuera de casa para ser el sostén de la familia. Instauran prácticas desiguales, con

formas específicas de comportamiento, relaciones y experiencias que constituyen la identidad.

Esto parece natural, así ha sido desde los abuelos de los abuelos; sin embargo, las nuevas generaciones empiezan a compartir una convivencia de pareja que distribuye las actividades y las responsabilidades entre ambos; tal vez aún no son equitativas porque los cambios culturales son lentos. Es momento de aceptar las transformaciones que ya son una realidad, respetar los diferentes estilos de vivir y de construir relaciones regidas por el intercambio y la distribución más justa y compartida de roles en los que ningún sexo es superior al otro.

SUBJETIVIDAD FEMENINA

Por subjetividad entendemos la manera en que una persona piensa de sí o se concibe a sí misma y la forma en que construye la realidad. Estas concepciones no se desarrollan ni se rigen solamente por las leyes científicas de la física, la química o la biología, ni sólo por las normas sociales, sino que son el producto de un proceso complejo en el que se entretajan múltiples factores, como los padres que la concibieron, la ubicación geográfica y el país donde nació y creció, la cultura de ese lugar, el momento histórico, la clase socioeconómica en la que se desarrolla, entre otros contextos que van conformando la historia de cada persona.

No todas las mujeres son iguales; son distintas según sus etnias, edades, clases sociales, países, situación legal, etcétera. Los ideales de las mujeres y las expectativas que se tienen de ellas son diferentes en cada cultura, en cada etapa de su vida y en cada situación particular: niñas, adolescentes, adultas, adultas mayores, embarazadas, madres, casadas, solteras, divorciadas, viudas, trabajadoras, amas de casa, esposas, hijas, hermanas, en fin, hay muchas formas de entender el ser mujer.

El lugar que la mujer ha ocupado históricamente en las diferentes culturas se reduce ámbito privado, destacando su papel

como pareja sexual del hombre, el de la reproducción, así como el del cuidado de los integrantes de la familia, el de preparar los alimentos, encargarse de la administración del ingreso familiar, la confección del vestido, la limpieza de la vivienda, la educación de los hijos y, en general, el de vivir para los otros.

Ese lugar se les asigna a las niñas por el sólo hecho de ser mujeres; esto requiere de un proceso en el que se establezca un lazo social entre la pequeña y sus familiares; es decir, que esa niña entre en contacto e intercambio con el mundo, para que pase de ser un cuerpo biológico a ser un sujeto y, como tal, una persona inmersa en el campo del lenguaje.

Cuando las personas que le rodean hablan en su presencia, cuando le llaman por su nombre o por algún sobrenombre cariñoso, cuando llora y en respuesta, la alimentan, la asean, la mecen, le ponen atención; cuando pasan éstas y otras tantas cosas en las que se intercambian palabras, señales, gestos, sonrisas, ruidos, caricias, se está impulsando y recibiendo a la bebé en el mundo del lenguaje.

Al principio de su vida, el ser humano no tiene conciencia de sí mismo. Como resultado de la interacción y del lenguaje, una niña puede obtener logros tan importantes como conocerse, reconocerse y diferenciarse de los demás. En su relación con el contexto, pasa de considerar que todo lo que logra ver, tocar, saborear, oler y escuchar es parte de ella misma, a darse cuenta de que ella es un ser separado de los demás.

Hasta ese momento, los objetos que la rodean fueron seleccionados por los adultos que la cuidan, con toda la intención de formarle un ambiente femenino; por ejemplo, el color rosa está presente en su ropa, se pueden ver sonajas en formas de flores, por todas partes hay muñecas de diferentes tipos y tamaños, las vajillas y baterías de cocina de juguete están bien acomodadas, etcétera.

El trato que reciben por parte de las mujeres es normalmente suave y les piden que se estén quietas y limpias. A las niñas las arreglan de diferentes maneras, las adornan con moños y prende-

dores, tanto en la ropa como en el cabello, aunque sea muy poco el pelo. No importa, de todos modos se los colocan. También les ponen aretes, pulseras; los pañales tienen figuritas tiernas, los vestiditos pueden ser de múltiples estilos, por supuesto todos muy coquetos y delicados.

Los mimos son prodigados generalmente por mamá, además de las otras mujeres que la rodean, como abuelas, tías, hermanas, madrinas, etcétera y es con la madre con quien establecen el primer vínculo amoroso. La madre es la primera figura que constituye un modelo por seguir. Sin embargo, a diferencia de los varones, las niñas tendrán que hacer un viraje y dirigir su amor de mujer hacia los hombres.

Este viraje lo realizan impulsadas por las indicaciones sociales y familiares, las que se transmiten a través de juegos que les enseñan otras mujeres; así se las puede ver jugar al papá y a la mamá, a la casita, a la comidita, a la enfermera, a la escuelita, a ser esposas, a limpiar, a cocinar, a curar y a enseñar, lo que implica toda una serie de actividades dedicadas a servir a los demás y, en especial, a los hombres.

El modelo de identificación es su madre, por lo que imitará comportamientos que la hagan parecerse a ella. Su madre cumple el rol de la maternidad y de ocuparse de los otros; esta identificación temprana influye en la construcción de sí misma.

Cuando las niñas siguen los comportamientos que les han servido como modelos y muestran que han aprendido a hacer lo que se espera de ellas, generan en la madre un sentimiento de satisfacción, ya que esto se considera un buen resultado de su trabajo educativo.

Este proceso es reforzado por los hombres, quienes tienen un contacto menor con ellas en sus primeros meses de vida y esta distancia se va incrementando poco a poco según van creciendo y pasan de ser bebés a niñas. Los hombres resaltan y valoran en ellas características como la ternura, la delicadeza, la sumisión, la tranquilidad, la paciencia, la disposición a servir, etcétera.

En el proceso de construcción de sí misma, además de reconocerse como diferente del mundo exterior, la niña tiene que identificar las cualidades con las que es aceptada para conseguir lo que desea.

El reconocerse como diferente a las demás personas y cosas, no implica que considere que el mundo deje de girar alrededor de ella, debe entender que no todo lo que quiere estará a su disposición. El que comprenda que existen leyes naturales y reglas sociales que limitarán sus deseos, representa un proceso que puede durar gran parte de su vida.

Como cualquier hombre o mujer, la pequeña desea ser el centro del mundo y quisiera que las cosas y personas se rigieran según sus necesidades físicas y afectivas. En los primeros meses de vida, cuando siente molestias por hambre, enfermedad, desaseo o falta de presencia y atención de sus familiares, le basta con llorar para llamar la atención de los adultos que la tienen a su cargo y hacerlos que se pongan en acción para quitarle las molestias; esto, además de detener el momento desagradable, le provoca momentos de placer que buscará repetir tantas veces como pueda.

Sin embargo, como no es posible tener la presencia, los cuidados y las caricias de las personas que la cuidan permanentemente, la niña tendrá que aprender a soportar molestias y aceptar la postergación de la satisfacción de sus necesidades. Este aprendizaje le permitirá conformar un espectro de tolerancia a la frustración, pero esto no la detendrá en sus intentos por obtener los satisfactores que le proporcionan placer.

Otra cosa que la niña aprende es a establecer comunicación con su entorno; después del llanto, pasa al intercambio de gestos, ruidos, señas, hasta las primeras palabras; todo esto con el fin de responder a las peticiones de los que la rodean y, así, introducirse en una vía por la que puede continuar obteniendo las satisfacciones a sus necesidades físicas y de afecto, el mundo del lenguaje, el universo familiar y social.

En estos nuevos horizontes, la pequeña descubrirá que no es la única que se interesa por tener los objetos y la atención de

las personas que le producen placer, y se dará cuenta de que para obtenerlos tiene que entrar en competencia con otras personas.

La niña comienza a identificar lo que sus padres esperan de ella, aprende los comportamientos adecuados para lograr su atención y obtener sus miradas, palabras, caricias, todo lo cual le produce placer. Imita en forma más directa los comportamientos de su madre afectiva, que la cuida y la complace.

El modelo de feminidad más generalizado contempla las siguientes características: sensibilidad, complacencia, dulzura, pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia, fragilidad; mientras que la masculinidad se caracteriza por: actividad, firmeza, capacidad para afrontar el riesgo, autonomía, decisión, autoconfianza, fuerza.

Desde niñas, a las mujeres se les instruye para establecer relaciones afectivas basadas en la aceptación de parte de las personas que les resultan importantes, con temor a la pérdida de amor y al abandono.

Como ya se dijo, los familiares y la sociedad tienen expectativas específicas sobre lo que esperan de una mujer y ésta las va identificando paulatinamente; se da cuenta de que ser cariñosa y recibir a sus familiares y conocidos mostrando gusto por verlos, presentarse y mantenerse arreglada, limpia, coqueta y tranquila es algo que le gusta a los demás; que ofrecerse para hacer cosas que otros necesitan es aceptado, valorado y provoca sentimientos de orgullo en sus familiares.

Se da cuenta de que existen algunas actitudes y actividades que se le sancionan, porque no corresponden a lo que se espera de una mujer, por ejemplo, el que sea violenta, enojona, demasiado activa, que sea curiosa, que juegue en forma tosca, que quiera participar en juegos rudos, etcétera. Es necesario dejar a un lado estas conductas, ya que las características de sumisión, ternura, sensibilidad, disposición para servir, son lo que la sociedad espera de una mujer. Los estereotipos son los encargados de mantener el lugar que la estructura social le tiene reservado, para que continúe el sometimiento femenino.

En el proceso de construcción de sí misma, la niña reconoce que esas características son apreciadas y las incorpora a la imagen que va creando de sí misma. Al ir reconociendo la coincidencia entre lo que se espera en la familia de una niña y lo que socialmente se requiere de una mujer, pareciera entonces que es importante presentarse bonita, recatada y que aprenda a servir a los otros.

Cuando las mujeres se percatan de que las características que no se valoran en ellas, sí se les reconocen y aplauden a los hombres, y que esas características son las que representan los ideales y las normas de la estructura social, identifican que tienen un lugar diferente al de los hombres, que las excluye de su realización en actividades del ámbito público, sin considerar sus inquietudes y ambiciones personales. Muchas mujeres aprenden que a través de los hombres pueden conseguir lo que ellas por sí mismas no pueden y centran su identidad en ser esposas y agradar al marido; su valor dependerá de lo que logre el hombre al que se unan.

Desde hace mucho tiempo, el tipo de tareas que se les asigna básicamente hogareñas y de cuidado de los hijos, no se les reconocen a las mujeres y el desarrollo personal que pueden tener es muy limitado; por tal motivo suelen tener periodos de depresión y en algunos casos, se convierten en situaciones permanentes de las que buscan escapar y evadirse, y un camino para ello son las adicciones.

Las expectativas que la sociedad tiene de las mujeres, al igual que la cultura, van cambiando, no son estáticas ni permanentes. Si bien es cierto que no se puede generalizar y que cada desarrollo es individual, este tipo de proceso ha ocurrido en los contextos educativos tradicionales de la cultura mexicana de clase media durante muchos años. Sin embargo, las sociedades cambian y en la actualidad, las cosas se están modificando. Ahora hay ámbitos en los que una niña inquieta, curiosa, ruda, emprendedora, audaz y valiente es muy valorada y reconocida.

El reflejo de esta transformación se hace evidente con el mayor nivel educativo y el acceso de más mujeres a ocupar cargos en la

política, la ciencia, puestos directivos en instituciones públicas y privadas, lo que las ubica en una posición de autoridad y toma de decisiones. Las niñas de esta época aprenden que las mujeres pueden desarrollarse en actividades y terrenos que tradicionalmente estaban reservados para los hombres, aspiran a esos ideales que servirán de modelos de identificación para la construcción de su identidad. Esto hace que la construcción de sí misma, de la familia y del mundo sean diferentes de los tradicionales.

SUBJETIVIDAD MASCULINA

La cultura mexicana impone a los hombres estereotipos que le otorgan el predominio sobre las mujeres. Esto influye en la conformación de la subjetividad masculina; las características asignadas a los hombres son parte importante en la construcción de la concepción de su realidad.

Los privilegios de los que puede gozar un niño, por el sólo hecho de ser hombre, se practican desde la infancia temprana. Para dar inicio al proceso de construcción de sí mismo, un bebé requiere que se establezca un lazo social entre él y sus familiares a través de los vínculos que los padres crean con él.

De la misma forma que las mujeres, con las relaciones se ingresa en el mundo del lenguaje. El bebé irá adquiriendo conciencia de sí mismo al reconocer que es diferente a las demás personas y cosas que lo rodean.

Se dará cuenta de que el mundo no gira alrededor de sus deseos, que las personas y las cosas no se mueven a su voluntad y que la satisfacción a sus necesidades no podrá ser inmediata; tendrá que aprender a tolerar la frustración que esto conlleva.

En el mundo del lenguaje, en el caso de los hombres, el nombre tiene un peso social mayor, ya que es a través del apellido paterno que los hombres transmiten su herencia y dan pertenencia a su esposa e hijos.

La forma en que los hombres tratan al niño es brusca; lo levantan con rapidez, lo lanzan al aire, le hacen caricias toscas, lo usan como muñeco para simular combates cuerpo a cuerpo, lo disfrazan con los uniformes de los equipos deportivos de la preferencia de la familia o del padre y en los partidos fantaseados siempre termina ganando y siendo el protagonista y héroe de sus compañeros. Simula que es adulto.

Se espera que en su vida llegue a ser lo que el padre, los abuelos, los hermanos, los padrinos, querrían ser. Desean que sea fuerte, poderoso, con prestigio laboral, exitoso por la cantidad de dinero acumulado, los bienes que logre comprar y lo ven como el hombre que deberá dominar a otros hombres. Las mujeres lo atienden en todas sus necesidades, de tal forma que, en ocasiones, pareciera que quieren convertirlo en un inútil, ya que lo visten hasta avanzada su niñez, le sirven la comida a su gusto, le evitan realizar labores como recoger sus cosas y acomodarlas y casi le adivinan el pensamiento, o mejor dicho, se le adelantan y le crean necesidades que satisfacen, ya que más que ser las del pequeño, son las de ellas, además de verlo como un excelente partido para todas las bebés, niñas, muchachas y mujeres externas a la familia.

Los familiares y la sociedad tienen expectativas específicas sobre lo que esperan de un varón. El niño las identifica poco a poco; se da cuenta de que aguantar el trato duro es algo que le agrada a sus allegados, que el pedir con energía lo que quiere es bien visto, que pegarle duro a una pelota hace que sus familiares se sientan orgullosos, entre otras cosas.

Existen algunas actitudes y actividades que no le son reconocidas, porque no corresponden a lo que se espera de un hombre, como que sea muy delicado y sensible, que se deje dominar por niños de su edad, que juegue con muñecas, etcétera.

La identificación con el padre se realiza a partir del rol masculino, a diferencia de las niñas; rara vez este proceso se apoyará en un vínculo de manifestaciones afectivas con el padre con la misma cercanía e intimidad que se da con la madre.

El niño se construye a partir de ser diferente de su madre, elige al padre como modelo por seguir. Esto es difícil para el niño, porque tiene que renunciar a las expresiones afectivas de la relación que ha establecido con la madre que lo cuida, así como a todo lo que lo haga parecerse a ella, para transitar a tomar al padre como modelo.

Imita justamente las características de virilidad, valor, arrojo, búsqueda de dominio, que socialmente han sido deseables en un niño, pues son las que mantienen y perpetúan la estructura social de supremacía masculina sobre las mujeres. La identificación con los atributos masculinos es el pilar de su subjetividad.

En el proceso de construcción de sí mismo, el niño identifica que esas características son apreciadas y las incorpora a la imagen que crea de su persona. Al darse la coincidencia entre lo que se espera en la familia de un pequeño y lo que se espera socialmente de un hombre, pareciera que no existe nada más importante que vivir en el terreno de la competencia, del enfrentamiento y de la lucha por el dominio.

Es ahí donde el niño se ubica para enfrentar la vida; es la forma en que los niños conciben las leyes que rigen el intercambio social y que les permitirán obtener los satisfactores a sus necesidades afectivas, por lo que buscarán obtener “logros” en los diferentes terrenos de la vida: en el deportivo, en el laboral, en el académico, en el de relaciones interpersonales, sea con otros hombres o con mujeres, en el amoroso, en la forma de dirigir una familia, una institución o una empresa.

En esta lógica de dominio no se requiere ser siempre el dominador; también se valora el ser dominado por alguna persona a quien se le atribuyen características superiores, ya que estar por debajo de alguien a quien se le otorga mucho poder, siempre abre la posibilidad de ser beneficiado por los efectos del dominio de su superior, al que toman como modelo a seguir, para poder ocupar su lugar en algún momento. Esto se ve con mucha claridad en los niños, que quieren ser como su padre, como su hermano mayor o como alguna otra figura masculina destacada.

La aparente ventaja que los hombres adquieren desde su nacimiento, también los ubica en una situación de exigencia, del cumplimiento de varios roles que no siempre logran y, en muchos casos, los lleva a sufrir. No es fácil ser siempre fuerte, exitoso, emocionalmente controlado y tener invariablemente la autoridad; estas situaciones les generan una gran carga de estrés, ansiedad y depresión y se asocian con la violencia y el uso de drogas.

VIOLENCIA DE GÉNERO

Hay manifestaciones evidentes de maltrato, como marcas en el cuerpo, producto de la violencia física; sin embargo, existen otras formas de violencia menos visibles, pero no menos efectivas, que dañan y se practican cotidianamente en la familia a través de la desigualdad en la distribución del dinero, el abuso en el ejercicio del poder, la toma de decisiones, la asignación de las responsabilidades domésticas, de las opciones de realización personal, etcétera.

No es que la violencia invisible esté oculta; es que está legitimada y reproducida por las instituciones, la familia, los medios de difusión, los científicos, etcétera, con mitos y discursos sociales. La violencia está implícita en el lenguaje cotidiano.

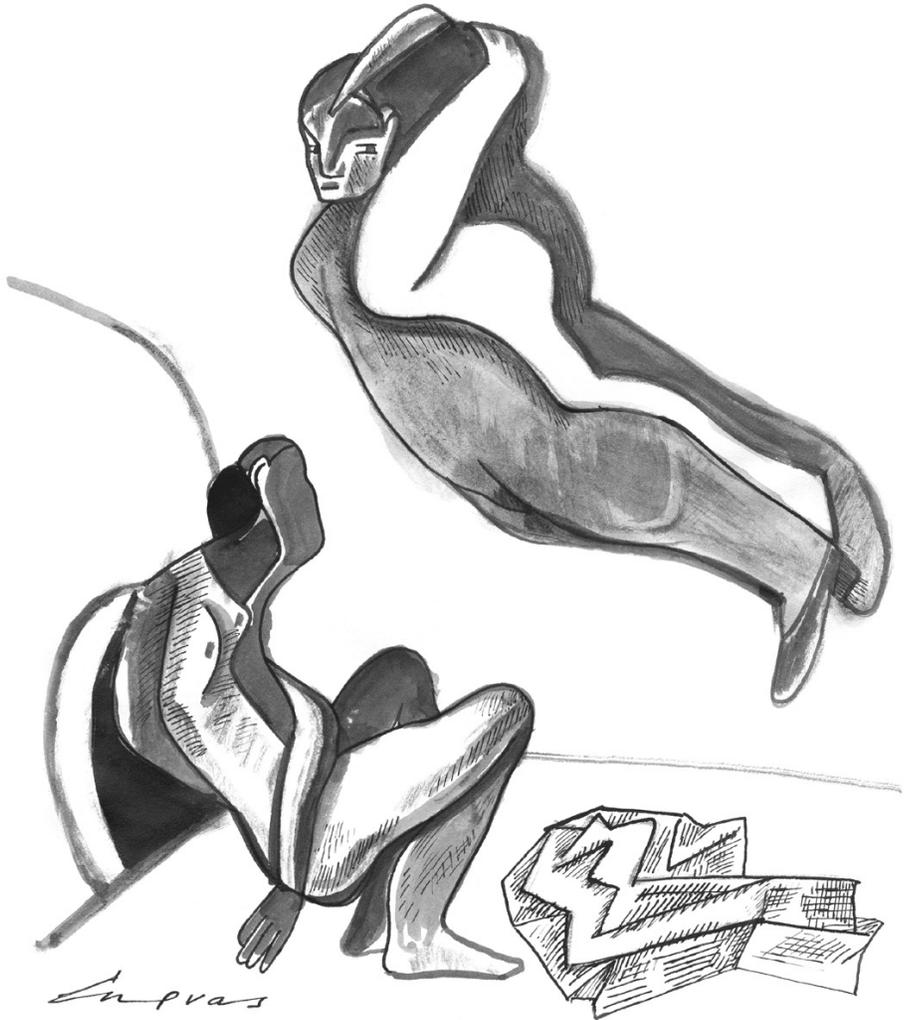
Es natural que las propiedades estén a nombre del varón y no de la mujer; es normal escuchar “mi marido no me deja”. Estas situaciones son ejemplos de violencia invisible, la cual se encuentra en todas las esferas de la vida social, económica, jurídica, política, laboral, sexual, etcétera; todas constituyen formas de discriminación. A la mujer se le considera inferior, por lo tanto, su lugar es de subordinación y secundario.

Una de las creencias que refuerza los roles de género, es que todo lo que hacen las mujeres está regido por la naturaleza, así fue siempre y así será. Se les adjudica a las mujeres y no es discutible. Este argumento es inaceptable, ya que como se ha visto, socialmente

se asignó pero esto no es natural, se aprendió y se desaprende, por lo tanto, es susceptible de cambiar.

Develar esa situación no es para oponerse a los hombres y victimizar a las mujeres; su fin es reconocer, hacer visible esta circunstancia, hacer conciencia de esas prácticas, para transformarlas en relaciones equitativas donde imperen la negociación y la toma de decisiones en conjunto. Esta es tarea individual y colectiva. La equidad de género busca beneficiar a ambos sexos.

CAPÍTULO 2 ADICIONES Y GÉNERO



CAPÍTULO 2 ADICCIONES Y GÉNERO

EL CONSUMO DE DROGAS

Algunos estudios recientes muestran que en las últimas tres décadas el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas se ha incrementado, llegando a ser considerado como un problema de salud pública a nivel mundial.

Se trata de un problema que involucra tanto a mujeres como a hombres de diversas edades pero de manera distinta porque el cuerpo responde biológicamente de manera distinta y las formas de comportamiento corresponden a su género. El significado de la droga es diferente en mujeres y varones; el rechazo social es más severo para las mujeres que para los varones. En las usuarias siempre está latente la afectación de su sexualidad (ya que puede ser objeto de abuso o violación sexual) y, si son madres, pueden perder la tutela de sus hijos, lo cual no siempre sucede en los usuarios varones. La etapa de la vida en la que con mayor frecuencia se observa el inicio del consumo de drogas, independientemente del sexo, es la adolescencia. Durante los últimos 10 años se observa un considerable incremento entre las mujeres. El consumo de tabaco y alcohol aumenta entre las adolescentes; el abuso de drogas de uso médico es semejante entre hombres y mujeres, y el uso de marihuana, inhalables, metanfetaminas, cocaína y otras drogas ilegales señala tendencias de crecimiento alarmantes en ambos sexos. La marihuana es la sustancia adictiva de mayor uso en los hombres (adolescentes y adultos) y en algunas regiones es mayor el consumo de inhalables en las adolescentes. A nivel nacional la marihuana y la cocaína son las drogas más comunes entre las adolescentes y las adultas.

En la actualidad, el bombardeo de información, la publicidad de alcohol y tabaco, en la televisión, la radio, el cine, la letra de

muchas canciones y los programas como telenovelas, en los que los personajes ficticios aparecen fumando, bebiendo o consumiendo drogas, rodeados de una atmósfera de diversión, peligro o sexo; todo ello ha facilitado que el uso y abuso de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, sea aceptado en la familia y en la sociedad, por lo que se ve como “normal y necesario” en reuniones familiares y con el grupo de amigos.

El incremento en la demanda de drogas, tanto legales como ilegales, también se relaciona con la producción, la disponibilidad y la distribución que han permitido que se abaraten las sustancias y que los distintos grupos de la población tengan mayor facilidad para adquirirlas.

Además, si en el primer acercamiento de las personas con el uso de sustancias, la experiencia resulta agradable, hay mayores posibilidades de que el consumo continúe, y si tal experiencia es aceptada por el grupo de amigos, la familia o la comunidad, el riesgo se incrementa.

La diferencia del consumo de drogas entre hombres y mujeres se debe a muchas circunstancias, entre ellas, los estilos de vida asociados con las funciones y roles que debe desempeñar cada uno en la sociedad, lo que es sumamente relevante. La situación económica, así como las necesidades de crecimiento y desarrollo de las mujeres han propiciado que la vida pública en la actualidad sea compartida por ambos sexos. La competencia en la vida pública, aunada a la doble jornada de trabajo que siguen las mujeres, en particular quienes tienen hijos e hijas, al cumplir también con las tareas de la vida en el hogar, son factores de riesgo de estrés, enfermedades físicas y psicológicas que, en ocasiones, buscan mitigar con el consumo de alcohol, tabaco, medicamentos sin prescripción médica, marihuana, cocaína, etcétera.

Cuando en la familia hay un miembro varón con problemas de drogas, la madre, hermana o esposa, se encargará de convencer y solicitar el tratamiento del hijo, esposo, hermano, ya que históricamente su papel ha sido el de cuidar y proteger a los otros.

No se le mira y no se atienden las afectaciones en su salud física y mental producido por el cuidado que provee.

Pero, ¿qué pasa cuando una mujer es la que tiene el problema de adicción? ¿Tendrá que dejar de participar en la vida productiva? ¿De qué manera enfrentará el estigma social o la etiqueta que le dificulta pedir ayuda oportuna?

La mujer generalmente es más estigmatizada por la sociedad, por la familia, por la pareja, por los hijos, porque es considerada como una “viciosa”, incapaz de cumplir adecuadamente su rol de mujer, por lo que es rechazada por la familia y la sociedad.

Además, se enfrenta con el problema de que los servicios de salud no brindan una atención diferenciada para hombres y mujeres; es decir, se tiene el mismo “remedio” tanto para una mujer como para un hombre.

Durante las tres últimas décadas del siglo XX, la comunidad científica realizó grandes hallazgos que permitieron demostrar que las drogas afectan el funcionamiento normal del cerebro al generar fuertes sensaciones de placer y que tienen efectos duraderos sobre el metabolismo y la actividad cerebral. Estos hallazgos permitieron comprender que la adicción a las drogas es un trastorno crónico, sujeto a recaídas, dejando atrás la concepción de que una persona se convertía en adicta por ser débil de carácter y no tener fuerza de voluntad.

La complejidad del consumo de drogas, en el que interviene una gran cantidad de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales, hace muy difícil explicar y comprender qué fue lo que llevó a una persona a iniciar el consumo, sin caer en reduccionismos y comprensiones simplistas.

Con el fin de atender a quienes consumen drogas y proporcionar apoyo a sus familiares, se ha desarrollado una extensa gama de esquemas de tratamiento, empleando medicamentos, terapias y psicoterapias de distintos marcos teóricos y con modalidades a nivel individual, familiar, grupal e incluso, comunitario.

Para evitar que un número mayor de personas empiece a consumir drogas también se adoptan distintas estrategias basadas en esquemas conceptuales variados, dirigidos a poblaciones específicas y grupos de edades. Dado que la adolescencia es la etapa de vida en la que generalmente comienza el uso de drogas, los esfuerzos mayoritarios se dirigen a este grupo, así como a padres, madres y a docentes que influyen en su formación.

Los avances han permitido establecer que no hay un solo modelo de prevención o tratamiento que sea apropiado para todas las personas y comunidades; debe abarcar los diferentes aspectos médicos, psicológicos, sociales, culturales y legales que influyen en el consumo. Por otra parte, cualquier tipo de servicio que se ofrezca debe ser evaluado continuamente.

Los datos científicos refieren que es necesario atender los trastornos mentales asociados con la adicción: ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, entre otros, así como los contextos, sociales, comunitarios y familiares en que se construyen, incluyendo la violencia.

En el campo de las adicciones se han realizado diversas investigaciones. Llama la atención que la mayoría se centran en el adicto varón.

En años recientes, la mujer ha sido objeto de estudio; la preocupación ha girado en torno a los daños que la droga provoca en su organismo; en su periodo menstrual, al estar embarazada o acerca de las afectaciones que se producen en el feto; son mínimos los estudios que presentan resultados sobre daños en los hijos ya en etapa escolar.

Son escasos los estudios de consumo de sustancias en las mujeres con perspectiva de género. Este hecho es alarmante por sí mismo, porque las estadísticas señalan el paulatino incremento de las mujeres en el campo de la adicción, rompiendo antiguas pautas que las encasillaban en el uso de drogas como tabaco, alcohol o medicamentos sin prescripción médica.

El interés en el desarrollo de estudios y programas que incluyan la perspectiva de género se apoya en la experiencia clínica

adquirida en la atención a usuarios y usuarias de drogas y en las pocas investigaciones del tema, que permiten ampliar los marcos de comprensión existentes para entender cómo influye la transformación de la cultura, las formas de organización familiar, la identidad de género y las construcciones de la realidad, en el uso de sustancias adictivas.

LA MUJER Y LAS ADICCIONES

Las mujeres están consumiendo drogas en diversas etapas de su vida, y no sólo cuando se sienten deprimidas. Es significativo el número de mujeres adolescentes que, a menor edad, comienzan a drogarse; también se observa que las mujeres adultas están consumiendo más. Los motivos principales por los que se inician en la adicción son dos: la recreación-socialización; es decir, experimentar con el grupo de amistades y, la relación consigo misma a fin de mitigar el dolor emocional.

Es una realidad que la drogadicción es un fenómeno dinámico, en el que intervienen diversos factores no sólo del propio individuo, sino del ambiente social y familiar en que se desenvuelve.

Es necesario comprender que la dinámica de la mujer que se droga actualmente está ligada con los nuevos papeles que desempeña en la sociedad. Estamos ante un ser que ha logrado enormes transformaciones, incorporándose a nuevas fuentes de empleo, con mayor nivel educativo, con una mayor participación social, con más autonomía.

No obstante, es preciso comprender que todo esto se ha sumado a lo que tradicionalmente le corresponde por “ser mujer”. En la familia, tiene la responsabilidad de preservar la armonía, de que ésta sea funcional; es la depositaria del cuidado y la educación de los hijos; es suya la obligación de mantener la salud, el equilibrio emocional y afectivo de la familia.

El acceder a un trabajo fuera de casa, sin dejar o disminuir las tareas domésticas, la obliga a desempeñar una doble jornada; se exige a sí misma y al ser madre requiere disposición para resolver cualquier conflicto sin estresarse, sin demostrar ansiedad. Como esposa, se le demanda continuar siendo sumisa ante el marido, pero, al mismo tiempo, tiene que ser independiente y autónoma. En el campo laboral debe funcionar igual o mejor que sus compañeros varones, sin abandonar sus roles tradicionales: tranquila, sensible, tierna.

La multiplicidad de responsabilidades, sus propias expectativas y las de otros, que debe cumplir una mujer, la llevan a situaciones de agotamiento, cansancio, estrés, conflicto, confusiones, ansiedades y depresión.

La mujer que se dedica exclusivamente a las labores del hogar, aquélla que no se ha incorporado al campo laboral o no ha podido ¿está libre de tales presiones? No, estas mujeres también muestran altos niveles de estrés por las múltiples tareas que desempeñan.

Las mujeres que basan su identidad y autoestima en el rol asignado socialmente de madre y esposa, sin encontrar otra fuente de gratificación, viven para los otros, dependen del afecto de los otros y esto las hace vulnerables. El rol de ama de casa es poco reconocido, pasa casi inadvertido; es difícil que encuentre el reconocimiento por su esfuerzo y se halla en una situación menos satisfactoria que el marido. Cuando los hijos crecen y ven reducidas sus funciones maternas, se generan fuertes sensaciones de confusión, ansiedad y angustia.

En el caso de las jóvenes actuales, que viven inmersas en un proceso de transformación social, encontramos la relevancia que adquiere ser aceptadas por el grupo de amigos. En la adolescencia, los progenitores dejan de ser los únicos modelos a seguir. Las adolescentes siguen los valores que cobran fuerza en el grupo de pares, aun cuando se trate del consumo de drogas. En este contexto, las identificaciones con los roles de ser madres tradicionales están en conflicto con aquellos ideales que se tienen en el grupo y están influidos en gran medida por los medios de comunicación.

Las adolescentes, casi siempre urbanas, rechazan los roles tradicionales asignados a la mujer; no quieren tener como único rol el de ser madre, siguen otros modelos al tratar de encontrar cómo ser mujer. El fuerte ideal asignado a la belleza de los cuerpos, difundido por los medios, marca la importancia de la imagen corporal. El conflicto con la madre y la aspiración de cuerpos delgados, son factores importantes que llevan a muchas adolescentes a la bulimia, la anorexia y el consumo de drogas como las anfetaminas y las metanfetaminas. Asimismo, otros factores de consumo son la violencia en la familia, escuela, trabajo y la idea de competir y sentirse con la misma libertad de los varones. La igualdad entre mujeres y hombres se ha entendido como ser idéntico; sin embargo, igualdad implica ejercicio de los derechos humanos.

Sabemos de la enorme importancia que representa comprender la adicción en la mujer, sus mecanismos, consecuencias sociales, efectos en el organismo y trastornos mentales que subyacen en la conflictiva, detectarlos y tratarlos oportunamente para acortar los daños.

¿QUÉ SON LAS DROGAS?

Droga es cualquier sustancia que no es necesaria para la vida en condiciones normales y que cuando es introducida en el organismo, produce un cambio en el funcionamiento mental como el pensamiento, el juicio, el razonamiento, la memoria, además de influir en el estado de ánimo y en el comportamiento. (Por ejemplo el uso de medicamentos, café, tabaco, alcohol, cocaína, marihuana, etcétera.)

¿Quiénes consumen más drogas, hombres o mujeres?

Si comparamos los datos de las encuestas realizadas en nuestro país en los últimos años, podemos observar que el consumo se ha incrementado y también se ha modificado en cuanto al tipo de

sustancias usadas. Los hombres siguen usando drogas de tipo legal e ilegal en mayor proporción que las mujeres, si bien, hay que decir que en mujeres, el consumo de alcohol, tabaco y drogas de uso médico ha aumentado considerablemente.

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 reporta que la tendencia en el consumo de cualquier droga en la población entre 12 y 65 años pasó de 1.3 a 1.8% en el periodo de 2002 a 2011. Para el caso de drogas ilegales, el aumento es más notorio (0.8 a 1.5%) en el mismo lapso.

Diferencias por género

Sustancia	2002		2008		2011	
	H	M	H	M	H	M
Mariguana	1.2	0.1	1.7	0.4	2.2	0.3
Cocaína**	0.7	***	0.8	0.1	0.9	0.1
Crack	***	**	0.2	***	0.2	***
Alucinógenos	***	***	0.1	***	0.1	***
Inhalables	0.2	***	0.2	***	0.2	***
Estimulantes Tipo Anfetamínico	0.1	***	0.2	0.1	0.2	0.1
Cualquier droga ilegal	1.7	0.1	2.3	0.5	2.6	0.4
Cualquier droga	2.2	0.5	2.5	0.8	3.0	0.7

** Cocaína también incluye crack

*** Porcentaje menor a 0.1

Al precisar por sexo, se observa una tendencia al incremento en los hombres, que pasa de 2.5 a 3.0%. El consumo en las mujeres se mantiene en 0.7%. Las drogas de preferencia siguen siendo la mariguana (2.2% hombres con un incremento significativo, y 0.3% mujeres) y la cocaína en los hombres (0.9%). A nivel nacional, la mariguana se mantiene como la de mayor consumo con una prevalencia de 1.2%; en los hombres tuvo un incremento en el consumo que pasó de 1.7% a 2.2% (INPRF, INSP y SS, 2012).

En población urbana de 12 a 65 años, la tendencia de consumo de drogas ilegales en el último año pasó de 1.9 a 2.0%, respecto a 2008.

Particularmente puede destacarse que el consumo de drogas en los hombres ha registrado una variación en la disminución y

el aumento durante los últimos años, pero se mantienen las cifras tanto en hombres como en mujeres según la comparación de los datos de la ENA, realizada en diferentes periodos (1998, 2002, 2008 y 2011).

En la población de entre 12 y 17 años se observa que el consumo de mariguana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%). En el caso particular de los hombres ocurre una situación similar, el mayor consumo es de mariguana (2%), le siguen los inhalables (0.6%) y finalmente la cocaína (0.4%). Lo mismo ocurre con las mujeres, aunque sus prevalencias son menores a las mostradas por ellos.

Algunos de los hallazgos de la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal (Villatoro, *et al.*, 2011), realizada en 2009 son:

- ❖ El 40.9% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes, mientras que 50.8% de las mujeres lo ha hecho en el último año y 51.3% de los hombres reportaron haberlo probado en el mismo lapso. Con respecto al nivel educativo en secundaria, 29.7% de los adolescentes han consumido alcohol en el último mes, mientras que para los estudiantes de educación media superior, este porcentaje aumenta a 55.3% (Villatoro, *et al.*, 2011).
- ❖ El consumo de tabaco “alguna vez en la vida”, ha afectado a casi la mitad de los estudiantes. Los hombres registran un porcentaje superior en comparación con las mujeres (45.9% y 42.6%, respectivamente).
- ❖ La droga de preferencia para las mujeres son los inhalables (10.0%), seguidos por la mariguana (8.8%), los tranquilizantes (5.6%), las anfetaminas (3.0%) y la cocaína (2.7%). En tanto que para los hombres el orden es, mariguana (14.0%), inhalables (10.8%), cocaína (4.3%), tranquilizantes (3.5%) y anfetaminas (3.2%).

Respecto a las tendencias del consumo de drogas de pacientes en tratamiento en CIJ, de 1994 al 2011, se observa el incremento del uso de inhalables. Disminuye el consumo de cocaína, y el de tabaco muestra una tendencia relativamente estable en los últimos años.

De casi 12 mil pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ (enero-junio de 2012), 81.3% son hombres y 18.7% mujeres, con una razón de 4.3 hombres por cada mujer. La edad media de ingreso a tratamiento fue de 22.9 años. En promedio, los hombres ingresan a tratamiento a una edad mayor que las mujeres (23.3 años en hombres; 21.1 años en mujeres). La edad promedio del inicio del consumo de tabaco se situó en general en los 14.4 años, la de alcohol en 14.5 años y la de drogas ilícitas en 16.1 años. En promedio, los hombres como las mujeres inician el consumo de estas drogas a la misma edad.

Los grupos de drogas de mayor consumo alguna vez en la vida, fueron alcohol (89.3%), tabaco (85.6%), mariguana (79.5%), inhalables (43.0%), cocaína (45.1%) y estimulantes (19.8%).

En cuanto al consumo en el mes previo al ingreso a tratamiento, las sustancias más utilizadas fueron tabaco (62.9%), alcohol (57.4%), mariguana (41.4%), inhalables (19.4%), cocaína (15.9%) y estimulantes (6.1%). Las sustancias de mayor impacto fueron mariguana (32.1%), inhalables (18.5%), alcohol (17.1%), cocaína (13.4%), solventes y removedores (13.0%), crack (8.4%), tabaco (7.7%) y cocaína en polvo (4.9%). (CIJ, 2013.)

ALCOHOLISMO

Es un hecho que el alcoholismo o síndrome de dependencia al alcohol es una enfermedad física y mental que afecta tanto a hombres como a mujeres; sin embargo, su inicio y su evolución muestran marcadas diferencias.

El consumo de alcohol es un grave problema de salud pública que está relacionado con cinco de las diez principales causas de defunción, como enfermedades del corazón, accidentes au-

tomovilísticos, patologías cerebrovasculares, cirrosis hepática, homicidios, además de asociarse con lesiones en riñas, sin dejar de lado los problemas de violencia en la familia, entre otros.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011 reafirmó que el patrón de ingesta de bebidas alcohólicas predominante en México es alto (se consumen cinco copas o más en una sola ocasión por los hombres, y cuatro copas o más en una sola ocasión por las mujeres, en los últimos 12 meses); 32.8% de la población total de 12 a 65 años, refirieron beber en una misma ocasión más de lo que se considera un consumo moderado. Asimismo, 6.2% de la población total presenta posible abuso o dependencia al alcohol. Se confirma una tendencia creciente en adolescentes, quienes están copiando los patrones de consumo de la población adulta.

Según la ENA 2011, 11.7% de las mujeres entre 12 y 17 años son bebedoras altas y 2% con posible dependencia de alcohol, mientras que en hombres de ese mismo rango de edad, es 17.4% y en mujeres 17.3 (INPRF, INSP y SS, 2012).

El entorno social está facilitando que las mujeres consuman no sólo tabaco y alcohol sino que, además, usen otro tipo de sustancias. Existe tolerancia social al uso de drogas legales y una baja percepción de riesgo ante el consumo de cualquier droga.

Lo que llama la atención es que, por un lado, se rechaza y reprime a las madres que consumen, y, por otro, es una conducta que se permite a las mujeres que no son madres. Las mujeres que tienen problemas con su manera de beber son severamente estigmatizadas y les invade un gran sentimiento de culpa, vergüenza y tristeza, por no cubrir la gran expectativa de ser “buenas mujeres, esposas o madres”, situación que las lleva a ocultar su alcoholismo.

Efectos del alcohol en el organismo

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central; actúa sobre las células, principalmente sobre las del cerebro (neuronas), adorme-

ciéndolas y disminuyendo su actividad. Las primeras zonas afectadas al ingerir una o dos copas son las que controlan la conducta, por eso se actúa impulsivamente o con desinhibición. Si se ingiere más de una copa por hora se alteran las funciones mentales superiores: el juicio, la razón, la memoria, la concentración y la comprensión, lo mismo que los movimientos corporales y la sensibilidad al dolor.

Los hombres y las mujeres responden de manera diferente al alcohol. Las mujeres tienen mayor dificultad para metabolizarlo debido a la menor masa corporal y la menor proporción de agua en el cuerpo femenino, lo que se relaciona con niveles altos de intoxicación a dosis menores.

El cerebro es muy sensible a la acción del etanol. Aproximadamente 30 segundos después de haber ingerido el contenido de una copa (una cerveza, un caballito de tequila, una cuba, una copa de vino blanco o tinto, un cooler, etcétera), se empiezan a sentir los efectos en varias de las funciones normales del cerebro. Si no se continúa bebiendo, el cerebro recupera su funcionamiento normal en aproximadamente una hora y los discretos efectos provocados por esta dosis, desaparecen sin haber provocado ningún trastorno.

En las mujeres el consumo de alcohol es de gran impacto en la salud por múltiples razones; la mujer es más susceptible que el hombre a tener problemas de hígado como cirrosis y hepatitis con una menor cantidad de alcohol que el hombre.

Se pueden presentar alteraciones en el ciclo menstrual o ausencia de menstruación, abortos espontáneos, disfunción sexual, así como disminución del orgasmo, falta de lubricación e incluso lesiones vaginales que son favorecidas por esta falta de lubricación y que pueden provocar rasgados o heridas de la mucosa vaginal. El consumir alcohol en exceso provoca en la mujer un alto riesgo de padecer cáncer de mama.

La osteoporosis también se puede presentar en la mujer que abusa del alcohol, ocasionando graves fracturas de cadera; esto se debe a la disminución de la densidad ósea por efecto de la disfunción hormonal a causa del consumo de alcohol.

Durante el embarazo, el alcohol, como las demás drogas, pasa de la madre al bebé a través de la placenta. Aunque la mujer beba moderadamente, el bebé puede sufrir daños físicos y mentales, lo que se conoce como **Síndrome del Feto Alcohólico** (FAS). Este síndrome se caracteriza por crecimiento deficiente, retraso mental, problemas de conducta y la cara del bebé tiene forma de corazón. Además de los defectos cardíacos congénitos, con frecuencia se encuentran anomalías cerebrales. Excluyendo las causas genéticas, la ingesta de alcohol es la causa principal de retraso mental.

Existe controversia respecto a la ingesta de alcohol durante el embarazo, hasta la fecha no se ha podido establecer cuál es el nivel “seguro” de alcohol en el proceso de gestación; por lo tanto, la abstinencia es la mejor recomendación en este caso.

Factores de riesgo

Factores individuales

Los factores asociados con el abuso de alcohol en la mujer están vinculados con su condición de género, ella tiene la responsabilidad del “cuidado del otro”, cuando desempeñan ese rol es gratificante, pero al no cumplirlo se sienten insatisfechas generando en ella: baja autoestima, estrés, ansiedad, angustia, depresión, duelos no resueltos, sentimientos de intenso temor o de rechazo y soledad.

Existen situaciones por las que atraviesan las mujeres que las llevan a beber en exceso para evadir preocupaciones, tensiones, agobio, frustraciones o conflictos no resueltos.

Algunas mujeres se plantean niveles de exigencia muy altos para sentirse queridas y dar cumplimiento a las múltiples funciones que la sociedad y la familia les demandan, mismas que, cuando no se alcanzan, generan ansiedad, angustia y depresión por temor al rechazo. Estos sentimientos pueden encontrar un falso escape en el consumo de alcohol.

En las mujeres adultas otro riesgo es la postergación o renuncia definitiva de proyectos personales para dedicar su vida a la atención y el cuidado de la familia, sin que esto sea por decisión propia, sino por falta de oportunidades. El papel exclusivo de ama de casa, sin que exista otra fuente de autoestima, es riesgo para la depresión y también puede ser detonante en el abuso del alcohol. Además, la mujer que trabaja y continúa con la función de atender a los hijos se encuentra sometida a jornadas larguísimas que le producen extremo cansancio y que propician estrés y ansiedad.

La pérdida de seres queridos, como la muerte de un hijo, el suicidio de algún familiar, el abandono del marido, son situaciones difíciles que pueden orillarlas a comenzar a beber en exceso.

La mayoría de las mujeres adolescentes se inicia en el consumo de alcohol por diversión, como una forma de recreación en grupo. Entre las motivaciones que señalan las mujeres en edad escolar se encuentran la curiosidad, el placer, el escape a los problemas y la convivencia con los amigos e incluso dejar el modelo tradicional y tomar el modelo de mujer moderna. Hay que recordar que en esta etapa de la vida, la aceptación de los amigos es de suma importancia.

Otras mujeres buscan el efecto desinhibidor que les otorga la posibilidad de hacer algo prohibido, lo que las lleva a muchas situaciones donde se reducen las posibilidades de tener sexo seguro y protegido dando lugar a prácticas sexuales de riesgo que pueden derivar en embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y VIH.

Durante la adolescencia, muchas mujeres atraviesan por periodos de inseguridad ante el cambio de su cuerpo. Si creen que no son lo suficientemente atractivas, pueden presentar una disminución de la autoestima y buscar otras formas de ser aceptadas entre sus amigas y amigos; una de estas formas consiste en tratar de construir una imagen de mujer madura y libre para ingerir bebidas alcohólicas, con el riesgo de aumentar paulatinamente la cantidad de tragos, hasta llegar a la dependencia. En ocasiones,

compiten con los amigos consumiendo al mismo nivel; sin embargo, a las mujeres les afecta más el alcohol que a los varones.

La sensación de debilidad y de no poder superar los problemas se convierte en una lucha constante consigo misma, y al ocultar su problema, puede beber durante largo tiempo empeorando más su situación. Si alguien hace una crítica a su manera de beber, tiende a negar el problema y a sentirse aún más rechazada.

Factores familiares

Entre los factores de riesgo que propician el abuso de alcohol se encuentran la baja percepción de riesgo en la familia, el consumo frecuente de alcohol en el hogar, los problemas conyugales, el que el padre, la madre, los abuelos, los esposos o parejas, u otras personas significativas sean alcohólicos, y la violencia en la familia.

Una familia con baja percepción del riesgo y de los problemas que causa el alcohol, y en la que es muy frecuente el consumo, propicia una conducta de aceptación ante la bebida. Si se crece en una familia en la que el beber es una práctica cotidiana, se favorece el consumo de alcohol, ya que se transmite a los hijos que esta conducta es algo normal y se les enseña que en ocasiones especiales es necesario un brindis. En estas familias también se enseña a los hijos a presenciar conductas de embriaguez, lo que los lleva a pensar, y en especial a las mujeres, que se debe tolerar y hasta cuidar a los borrachos, tanto en sus impertinencias como en sus padecimientos del día siguiente, es decir, que deben “curarles la cruda”.

Un ambiente de violencia cotidiano es un factor de riesgo importante de alcoholismo. Las familias con relaciones violentas viven constantemente el ejercicio de abuso de poder, incertidumbre, síntomas de ansiedad, un alto grado de estrés permanente que afecta a todos sus miembros. Para las mujeres, estas relaciones son particularmente dañinas, ya que además de sufrir maltrato y

violencia emocional, sexual y física, también padecen la violencia que se ejerce en los demás integrantes de la familia. La impotencia, el dolor, la angustia y la depresión que esto les produce a las mujeres, sean madres, hermanas, esposas o hijas, las lleva a evadir sus problemas a través del alcohol.

Es frecuente que las mujeres se inicien en el consumo de alcohol por un amigo, novio, esposo o pareja, que las induce a ello.

Cabe señalar que el alcoholismo no es condición indispensable para que se dé la violencia en la familia. Se han realizado investigaciones que señalan que ésta se da con mayor frecuencia sin la presencia de alcohol; sin embargo, el alcohol la facilita y lo que es peor, la justifica, ya que los agresores argumentan que la agresión fue perpetrada cuando estaban borrachos, y las agredidas los disculpan porque “no sabían lo que hacían”.

El alcoholismo es un problema que pasa de generación en generación. Se han observado antecedentes de alcoholismo en familiares de consumidores de alcohol. En muchos casos, las mujeres que tuvieron un padre alcohólico tienden a elegir una pareja que bebe en exceso. Otra situación que se puede observar, es que las mujeres que eligen como pareja a un alcohólico tienden a cuidarlo, ya que fue la forma que aprendieron de la relación entre sus padres. También se ven casos en que la elección de un alcohólico como pareja se debe a que las mujeres buscan repetir las formas de relación familiar entre padres e hijos. En estas situaciones, se puede ver que beben por presión de la pareja, “para hacerles compañía” y por la compleja problemática que implica vivir con un adicto.

La mujer alcohólica está más expuesta a sufrir violencia de género por los familiares y a ser objeto de abuso sexual por la pareja o por los amigos.

Dado que la mujer generalmente tiende a cuidar la armonía familiar, rol asignado en la sociedad, cuando surge algún conflicto por presiones económicas o su pareja ejerce violencia contra ella o, tiene cargas de estrés y ansiedad que pueden llevarla a abusar del alcohol.

Factores sociales

Diversos estudios señalan una amplia gama de factores de riesgo social; algunos de los más relevantes son la disponibilidad de alcohol por ser una droga legal, los medios que promueven el consumo, la baja percepción de riesgo y la tolerancia social, las normas culturales relacionadas con el género, el desempleo, el grupo de amigos consumidores, las costumbres de diversos grupos y la arraigada asociación del alcohol con la diversión.

Los grupos más expuestos entre las mujeres son: las menores en situación de calle, las prostitutas, las ex reclusas, las adolescentes, las amas de casa y las mujeres con niveles de estudio superiores que tienen empleo.

En la actualidad, las adolescentes se desenvuelven en un ambiente donde existe mayor tolerancia social hacia el consumo de bebidas alcohólicas; así también, las campañas publicitarias diversifican los mensajes y la presentación de las bebidas alcohólicas haciéndolas más accesibles y atractivas para los jóvenes.

Hoy en día, la población adolescente muestra una mayor prevalencia de embriaguez en su patrón de consumo. El ambiente que los rodea tolera y promueve el consumo. Además, no existen normas claras que limiten la ingestión de alcohol ni en el entorno familiar ni en el social.

En el caso de los hombres, la ingestión de bebidas alcohólicas se considera como un elemento de transición de la adolescencia a la edad adulta, y a esta práctica se suman cada vez más mujeres que siguen los patrones del grupo de amigos para ser aceptadas, exponiéndose a la embriaguez, la violencia y al consumo de otras drogas.

Actualmente, las mujeres se han abierto mayores espacios de desarrollo, por lo que no existe un perfil definido de lo que es “ser mujer”. Se ha incrementado el número de jefas de hogar y madres solteras trabajadoras sobre quienes se ejerce una gran presión social para que cumplan “adecuadamente” el rol de madres que, aunado al estrés y sentimiento de soledad, las hace vulnerables al consumo de alcohol y otras drogas.

Los resultados de investigaciones del consumo de alcohol asociadas con el género indican que, a pesar de que las mujeres aparentemente beben menos que los hombres, aquéllas que lo hacen tienden a consumir en mayor cantidad. Se ha detectado que la mujer puede padecer los estragos del alcohol más intensamente, ya que en el contexto social intervienen valores y normas culturales que la estigmatizan por no cubrir el rol de “una buena mujer, madre, hija, esposa, amiga buena onda”.

La falta de oportunidades laborales y las bajas condiciones económicas son factores estresantes en la mujer y llevan a muchas a la prostitución o al narcotráfico, como lo muestra el hecho de que una de las principales causas de reclusión en la mujer son los delitos asociados a la salud. Tanto las prostitutas como las mujeres en circunstancias delictivas constituyen grupos de alto riesgo para el consumo de alcohol y de otras drogas, ya sea porque evaden sus estados de tensión o porque son inducidas por hombres.

La mujer que padece dependencia al alcohol encuentra el rechazo social, debido a que se disocia con su género femenino. Es entonces cuando se le estigmatiza, ignorando los factores que la han conducido a beber en exceso.

El inicio temprano del consumo de tabaco o alcohol, principalmente antes de los 13 años, incrementa las posibilidades de consumir otras drogas como la mariguana, los inhalables y la cocaína, entre otras.

Alternativas

Tanto los hombres como las mujeres que abusan del alcohol, deben reconocer, admitir y aceptar que tienen problemas con su forma de beber para buscar ayuda en grupos e instituciones que se dedican a dar tratamiento a este tipo de adicciones.

Las mujeres necesitan aprender a ayudarse a sí mismas para salir del problema. Existen opciones para la desintoxicación y para ayudarlas

a mantener una vida libre del alcohol, así como acciones para evitar la discriminación a su persona.

El alcoholismo en la mujer merece una consideración aparte, porque si bien se encuentran características comunes con el alcoholismo en el hombre, también se distinguen grandes diferencias tanto en sus causas como en sus consecuencias.

El inicio del camino para resolver el problema es conseguir que la persona que bebe y su familia acepten y comprendan que es una enfermedad que necesita atención. Los familiares pueden solicitar información acerca de cómo ayudar a un alcohólico.

Tanto las instituciones que otorgan tratamiento, como los grupos de Alcohólicos Anónimos, apoyan al consumidor y a su familia para mantener la abstinencia. Esta ayuda puede devolverles la autoestima y la confianza en sí mismas a las mujeres con este problema.

TABAQUISMO

Datos de la ENA 2011, reportan que hay 17.3 millones de mexicanos entre 12 y 65 años de edad que fuman. El 31.4% de los hombres y 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó fumar diario (7.1 millones). Por sexo, 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado. En el ámbito nacional, los fumadores diarios entre 12 y 65 años, inician el consumo de tabaco en promedio a los 20.4 años; 20 años en hombres y 22 en mujeres.

Cabe mencionar que las enfermedades isquémicas del corazón en 2010 fueron la principal causa de mortalidad en nuestro país (44.9% en hombres y 42.0% en mujeres), enfermedades relacionadas con el tabaquismo (INEGI, 2012).

El consumo de tabaco por parte de la mujer comenzó a incrementarse paulatinamente durante la segunda mitad del siglo pasado; a partir de la década de los noventa se ha registrado un crecimiento acelerado, particularmente entre las adolescentes.

Instituciones y organismos vinculados a la salud han estado proporcionando información sobre los diversos daños que ocasiona el tabaquismo, no obstante, día a día se suman nuevos fumadores, entre ellos mujeres adolescentes. Adicionalmente, se observa que de las mujeres fumadoras, un porcentaje muy reducido intenta dejar el hábito, sin obtener éxito.

El uso del tabaco ha sido incorporado como un elemento positivo del rol femenino, se cree que se rompe o supera el modelo tradicional de las mujeres, debido a la influencia de la publicidad de las compañías tabacaleras como a la aceptación social.

El consumo de tabaco entre las mujeres no es tan mal visto por la sociedad, dado que al ser una droga legal, se tiene una menor percepción de los riesgos a la salud asociados con éste. Las causas de que la mujer tienda a igualar las cifras de consumo a las de los varones, se relacionan con los mismos roles sociales en los que participa, la aceptación y, muchas veces, la presión del grupo de amigos y compañeros para que inicie el uso de este tipo de sustancias. Por otro lado, existe la curiosidad, la rebeldía, la inconformidad ante las normas establecidas en la familia, que pueden ser distintas para hombres y mujeres.

El cuerpo de hombres y mujeres es distinto, por lo que el tabaco les afecta de manera diferente y adicionalmente a la mujer en su periodo de menstruación y gestación.

Durante mucho tiempo en medios publicitarios se vendía la imagen de la fumadora como una mujer ejecutiva, seductora, exitosa, atractiva y aceptada por ciertos estratos económicos, ya que se considera a los jóvenes y a las mujeres como el punto central de la publicidad para lograr que consuman sustancias, como el tabaco. Es común que al desarrollar ciertos roles sociales, la mujer desee ser aceptada y reconocida por el grupo de amigos, lo que trata de hacer imitando sus comportamientos.

El consumo continuo de tabaco se convierte en un hábito que se asocia con situaciones cotidianas, en las que el fumar proporciona una sensación placentera; esto se conoce como dependencia psicológica. (Posteriormente se desarrollará la dependencia física a la nicotina que se presenta cuando el organismo ya requiere de la sustancia.)

Quizá el tabaquismo en la población femenina esté determinado por necesidades psicológicas y sociales que van más allá de la dependencia a la nicotina.

La nicotina es la principal sustancia del tabaco; actúa como sedante y estimulante, es altamente adictiva. Su ingestión estimula el sistema nervioso central y algunas glándulas endocrinas, lo que causa una liberación repentina de glucosa; el estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva a la persona a consumir más nicotina.

El tabaquismo es considerado el principal problema de salud pública debido a la gran cantidad de enfermedades crónicas, progresivas e incapacitantes que provoca.

Las cifras demuestran que el consumo de tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global. Cada año, el tabaquismo causa 3.5 millones de muertes en el mundo, lo que significa que diariamente mueren 10 mil personas por enfermedades asociadas con él. Se calcula que las cifras aumentarán a 10 millones de muertes anuales entre los años 2020 y 2030.

Para el año 2020 se predice que el tabaquismo será la causa de más de 12% de las muertes; originará más decesos que el VIH, la tuberculosis, las complicaciones del parto, los accidentes de vehículos, el suicidio y el homicidio, combinados. De estas muertes, cerca de la mitad ocurrirá a una edad media, entre los 40 y los 60 años, con una pérdida de 20 años de la esperanza de vida normal.

Enfermedades asociadas con el tabaquismo

Un cigarro contiene más de cuatro mil compuestos químicos, incluyendo 43 que causan cáncer y muchos otros que son tóxicos, venenosos o que dañan los genes.

Cada cigarro normal de un gramo contiene entre 10 y 20 mg de nicotina; por cada cigarrillo que se fuma una persona estará incorporando a los pulmones 1 ó 2 mg de nicotina.

En México mueren diariamente 147 personas por enfermedades asociadas con el tabaquismo y se atribuyen a esta adicción.

Según el INEGI, durante 2010, entre las principales enfermedades relacionadas con el tabaquismo en la población mexicana están: la ruptura prematura de membranas (20.4%), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (20.3%) y las cerebrovasculares (17.5%). Entre los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón (30.6%), las cerebrovasculares (21.2%) y la neumonía (16.6%); mientras entre las mujeres son las la ruptura prematura de membranas (34.9%), las enfermedades cerebrovasculares (15.0%) y las isquémicas (13.0 %).

Daños en la salud de la mujer

Los efectos del consumo de tabaco a corto plazo son: cutis y cuero cabelludo seco, tos, expectoraciones y jadeo, dientes y dedos amarillos, caries, mal aliento, arrugas, entre otros. A largo plazo se observan diferentes enfermedades asociadas con el consumo, entre ellas:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Es una amplia diversidad de alteraciones que presentan síntomas de bronquitis crónica y enfisema. Se caracteriza por inflamación crónica de los bronquios, que genera la obstrucción del flujo de aire;

esto da lugar a tos y expectoraciones; asimismo, hay pérdida de elasticidad de las paredes alveolares; los pulmones permanecen inflados a causa de la pérdida de elasticidad y ello dificulta la respiración. Es una enfermedad incapacitante y el tratamiento incluye la utilización de fármacos.

Por otra parte, las adolescentes que consumen tabaco tienen menor crecimiento pulmonar y una reducción prematura en su función.

Cáncer pulmonar

El humo del cigarro induce la carcinogénesis; se destruyen las células caliciformes y dan cabida a tumores malignos, que se diseminan y obstruyen los bronquios.

Nueve de cada diez casos de cáncer de pulmón están relacionados con el tabaquismo. El riesgo de morir por cáncer de pulmón es veinte veces mayor en fumadoras de más de una cajetilla de cigarros al día. Algunos hallazgos epidemiológicos recientes sugieren que la mujer es más susceptible a los efectos carcinogénicos del tabaco que el hombre. Un cigarro fumado por una mujer equivale a 1.7 cigarros fumados por un hombre, su efecto carcinogénico casi se duplica. El cáncer de pulmón es difícil de descubrir, ya que la persona no muestra síntomas, y se detecta mediante una radiografía de tórax.

Cuando el pulmón está enfermo las células cancerosas se reproducen en 30 días o hasta 3 meses. La extirpación del pulmón enfermo puede detener la invasión a otros órganos.

Otros tipos de cáncer

Cáncer de mama, de cuello de útero, de labio, boca, garganta, laringe, esófago, páncreas, vejiga e hígado.

Enfermedades cardiovasculares

En mujeres menores de 50 años, fumadoras de 15-24 cigarros al día, el riesgo de infarto al miocardio es latente y aumenta hasta 10 veces cuando la fumadora utiliza además anticonceptivos orales.

Enfermedades gastrointestinales

Aparecen lesiones que surgen en el tubo digestivo ocasionadas por la acidez del jugo gástrico; se caracterizan por un dolor intenso que provocan las sustancias irritantes, entre ellas, el humo del cigarro.

Osteoporosis

Las mujeres que fuman pueden presentar menopausia precoz y su organismo suele tener un consumo disminuido de calcio. Ambos factores pueden condicionar la aparición temprana de osteoporosis, debido a una alteración en la reabsorción del calcio a nivel óseo.

Las mujeres pos-menopáusicas que consumen tabaco tienen hasta 10% menor densidad ósea que las no fumadoras, lo que incrementa notablemente su riesgo de sufrir fracturas.

Efectos del tabaco en la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Reducción de la fertilidad y la fecundidad

Los compuestos del humo del tabaco alteran los ciclos menstruales. En mujeres fumadoras se presenta un aumento de las alteraciones en el funcionamiento de las trompas de Falopio, lo que se refleja en

un incremento del riesgo de tener embarazos ectópicos y abortos espontáneos.

Se reporta que las fumadoras tienen tres veces más probabilidades de tener dificultades para embarazarse o de abortar en los primeros tres meses de gestación.

Por otra parte, fumar durante el embarazo propicia que las sustancias tóxicas del cigarro atraviesen la placenta afectando al producto y produciendo retraso del crecimiento uterino, disminución de longitud y peso del producto, malformaciones congénitas como paladar hendido, anomalías del corazón y aumento de la mortalidad perinatal.

Efectos del tabaquismo en hijos de madres fumadoras

Los hijos de una fumadora que consumió tabaco durante el embarazo o una vez que nace el niño, se convierten en fumadores pasivos o involuntarios. Estos niños presentan mayores problemas como infecciones respiratorias (tos, tos con flemas, sibilancias), asma, neumonía, bronquitis, disminución de la función pulmonar, otitis, así como alteraciones de conducta (especialmente hiperactividad) y bajo desempeño escolar.

El síndrome de muerte súbita del infante o síndrome de muerte de cuna se incrementa en los hijos de mujeres que fumaron durante el embarazo.

Cuando la madre fuma durante la lactancia, la nicotina pasa por la leche y es absorbida por el niño. Las concentraciones de nicotina están relacionadas con el número de cigarrillos que fuma la madre; se puede detectar 7 u 8 horas después de fumar.

Es importante tener presente que el consumo de tabaco también afecta a las personas que conviven con el fumador, pudiendo causarles padecimientos similares.

Para las mujeres fumar es una forma de llevar la carga de la vida cotidiana, la desventaja social y la discriminación; factores que deterioran su calidad de vida.

¿POR QUÉ FUMAN LAS MUJERES?

Son varios los factores psicológicos y sociales que promueven y favorecen el inicio y el mantenimiento del hábito de fumar en las mujeres; entre los principales se encuentran:

Influencia de la familia

El padre, la madre o los hermanos mayores fumadores facilitan el desarrollo de una actitud positiva con respecto a fumar. Se aprende la “dinámica” del fumador, sus posturas, los lugares donde lo hace. En caso de ser fumadora pasiva, la mujer se termina acostumbrando al olor del tabaco. El ritual que acompaña el acto de fumar, que consiste en la manipulación de la cajetilla, del encendedor, la postura para encender y fumar será de gran peso para el desarrollo del hábito, particularmente para la mujer.

Influencia de los amigos

El inicio del consumo del tabaco se realiza principalmente con los amigos; los primeros cigarros que se fuman casi siempre son de un amigo.

La imagen de un fumador puede ser altamente valorada y se asocia con ciertas conductas que para los adolescentes constituyen ideales y modelos por imitar. Las conductas alrededor del fumar se relacionan con ideales: por ejemplo, la imagen de fumar es símbolo de madurez, autonomía, atractiva y moderna.

Fortalecer la autoimagen

Las adolescentes se identifican con símbolos de madurez, autonomía y de ser atractivas, todo esto reforzado por las expectativas sociales y enfatizado por los mensajes publicitarios.

La mujer desarrolla determinadas posturas corporales y gestos catalogados como símbolos de independencia, soltura y madurez. Entran en juego diferentes técnicas corporales; la manera de mirar, de sonreír, de intervenir en la conversación, la forma de inhalar y exhalar el humo, de depositar la ceniza, todo forma parte de un marco que tiene como centro su comportamiento, no su pensamiento ni su sentimiento.

Las expectativas sociales

Actualmente, el ideal de la belleza femenina ha sido igualado con la ultradelgadez. La obsesión por regular el peso corporal y la prevalencia de severos trastornos de la alimentación han aumentado entre las adolescentes y las mujeres de otras edades. El control de peso en la mujer es una motivación significativa para mantener el hábito de fumar.

Dada la excesiva importancia que en nuestra sociedad se da a tener una figura estilizada, hay autores que la han asociado con el consumo de tabaco entre las mujeres. Diversas referencias clínicas informan de la incidencia de anorexia y bulimia asociadas con el consumo de tabaco, como también la influencia del estrés y la ansiedad.

La publicidad

Durante décadas, la industria tabacalera ha dirigido campañas especiales a la población femenina. Su principal estrategia es el concepto de los cigarrillos “light”, lo que ha generado la falsa creencia de que al contener menos alquitrán y nicotina éstos ocasionan menores daños.

Si observamos con atención los diferentes anuncios, podremos advertir que la publicidad presenta al cigarrillo como símbolo de:

- ❖ Liberación frente a las prohibiciones impuestas por el mundo adulto.
- ❖ Iniciación a la vida adulta, señal de madurez y de personalidad propias.
- ❖ Placer, capacidad de seducción y éxito sexual.
- ❖ Buen estado físico y óptimo rendimiento deportivo.
- ❖ Sociabilidad, cordialidad y desinhibición.

Los anuncios representan estereotipos esperados para “la mujer actual”. Las adolescentes están siendo atrapadas por estos mensajes, pues son un grupo más expuesto a causa de la etapa de vida que atraviesan.

El fácil acceso a la compra de cajetillas y la venta de cigarrillos sueltos cerca de las escuelas acaban siendo el colofón de toda una serie de elementos favorables al inicio del tabaquismo.

Aunque en nuestro país está prohibida la publicidad en medios electrónicos desde enero de 2003, las tabacaleras han buscado incrementar su promoción a través de otras estrategias para aumentar sus ventas. Entre ellas recurren el patrocinio de eventos deportivos, principalmente los llamados “deportes extremos”, dirigidos principalmente a los adolescentes.

Estrés

Las mujeres adultas están sometidas a grandes niveles de estrés, propiciado por las múltiples demandas a las que tienen que dar respuesta tanto en el hogar como en el trabajo y en los otros ámbitos en los que se desenvuelven. La mujer dispone de menos tiempo para el descanso, y tiene más preocupaciones de las que le resulta más difícil desconectarse mentalmente. Tiende a pensar que fumar la ayudará a calmar su nerviosismo y a mejorar su estado de ánimo. Se considera que la mujer fuma más por los efectos tranquilizantes del tabaco, a diferencia de los hombres que buscan su efecto estimulante. Los trastornos depresivos son más característicos del

sexo femenino; epidemiológicamente, se sabe que las personas depresivas fuman más que las que no lo son y las personas que fuman más tienen mayores posibilidades de padecer depresión.

Baja percepción de riesgo

En general, los fumadores creen que el tabaco no les provocará ningún daño físico, mucho menos, emocional. La población adolescente es más renuente a aceptar que es nocivo; no presta atención a los problemas que provoca a corto, mediano y largo plazo. En su preocupación por la imagen, sólo les llega a interesar el olor desagradable, el mal aliento, el cutis reseco y el riesgo de pérdida de piezas dentales por la caries.

Consideraciones para el tratamiento

Al parecer, las mujeres fuman menos cigarrillos por día, tienden a comprar los que tienen menos nicotina, no inhalan tan profundamente como los hombres y son más afectadas por los factores sensoriales del cigarrillo. Para ellas, la vista, el olfato y el gusto, desempeñan un papel primordial en el mantenimiento del hábito, más que la propia nicotina, al igual que los factores sociales como la imagen de madurez, independencia, sensualidad, asociados con el tabaco.

Algunos estudios señalan que la mujer es más renuente intentar abandonar el consumo, y si lo hace, tiene mayor probabilidad de recaer, debido a que extraña la sensación de tener algo con las manos y porque no consiguen sustituir lo que le ha depositado en el tabaco.

En los tratamientos en que se emplea terapia de reemplazo, se reporta que en las mujeres la nicotina no reduce la apetencia por la sustancia, por lo que el síndrome de abstinencia es más intenso.

Hay que agregar que para las mujeres es más probable el aumento de peso al abandonar el cigarro y, en consecuencia, se resisten más a dejarlo.

¿Qué debo hacer para dejar de fumar?

Decidirse es el principal requisito para abandonar el consumo de tabaco, sugerimos diez reglas para conseguirlo:

1. Fije una fecha y cúmplala

Tiene que ser una fecha cercana; no la posponga. Se deteriora su salud.

Es más probable dejar de fumar de golpe que proponiéndose reducir las cantidades. Piense en las veces en que lo ha intentado, revise por qué no lo consiguió, identifique quiénes la apoyaron en sus esfuerzos ya que serán de gran ayuda para conseguirlo ahora.

2. Evite las excusas

Elimine las ideas como la de que usted no es capaz. Propóngaselo, por usted misma, por su salud física y mental y por su economía.

3. Cambie la rutina

Recupere las actividades que le gustan; ésas que disfrutaba y que ahora tiene abandonadas. Es un excelente momento para mantenerse ocupada haciendo cosas que le agradan. Le ayudará no sólo a alejar el impulso de fumar, sino también a que su cuerpo comience a desintoxicarse.

4. Piense positivamente

Anote las enormes ventajas que obtendrá al dejar de fumar y cuando sienta que el impulso está a punto de hacer mella en su decisión, léelas y recapacite; dejar de fumar le traerá mayores beneficios.

5. No fume ni un cigarro más

Los primeros días son los más difíciles, porque cuesta trabajo combatir las acciones que están ligadas con el fumar: comer, beber, platicar, concentrarse, entre otras. Cuando se han alcanzado varios días sin fumar, se cree que ya se logró vencer el hábito y que, por tanto, fumar un cigarro, nada más uno, no le hará daño. ¡Cuidado! Por una sola fumada se recae y, cada vez, el alcanzar la meta se complicará más.

6. Haga deporte, manténgase activa

Gradualmente hay que ir incorporando mayor actividad física. Camine unas cuadras y vaya aumentando la distancia día a día. Tiene que ser gradual, así que antes de correr, comience a caminar. Sea cual sea el deporte que inicie, hágalo paulatinamente, por etapas.

7. Beba muchos líquidos

Se recomienda beber mínimo 1.5 litros de agua al día. El organismo lo requiere para hidratarse. Si no está acostumbrada al agua natural, comience con agua de sabor, sólo que tenga cuidado con el azúcar. Se requiere ingerir más agua, no más azúcar y mucho menos, alcohol. Evite tomar café, porque está asociado con el hábito de fumar, así que cambie a otras bebidas como té o jugos.

8. Controle lo que come

Evite comer entre comidas y cuide que su alimentación sea equilibrada. El mayor riesgo es intercambiar los cigarrillos por golosinas o alimentos chatarra, así como no respetar los horarios de su alimentación. Si usted considera que requiere de ayuda para no subir de peso al dejar de fumar, busque a algún profesional.

9. Piense en el día de hoy

Es importante tomar medidas para el día de hoy. Evite pensar en el “nunca más”, porque se convierte en un elemento de riesgo para recaer.

10. Busque ayuda profesional

Usted merece varias oportunidades; antes de declararse vencida, busque apoyo profesional. En CIJ lo único que le pediremos será que esté decidida; la acompañaremos durante todo el proceso, hasta que consiga dejar de fumar.

Como padres y madres, es importante considerar que permitir que nuestros hijos consuman alcohol y tabaco desde edades tempranas, favorece que este consumo se haga problemático en edades posteriores. Además, estas sustancias frecuentemente anteceden al consumo de drogas ilegales. Por ello se recomienda que se postergue la edad en la que sus hijos beban o fumen y, de ser posible, evitar que consuman drogas a cualquier edad. Por ejemplo, que lo hagan después de los 18 años, edad en la que no tendrán el mismo riesgo para comenzar el uso de otras sustancias.

El inicio temprano del consumo de tabaco o alcohol, principalmente antes de los 13 años, incrementa las posibilidades de consumir otras drogas como la marihuana, los inhalables y la cocaína, entre otras.

DROGAS DE USO MÉDICO

Los psicofármacos son sustancias farmacológicas, pertenecen a las drogas legales; fueron desarrolladas durante los años cuarenta, en la época de la segunda guerra mundial. Con frecuencia ocultan la adicción porque se consumen en el hogar, permite el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, no se relaciona con ambientes de delincuencia y se consume en soledad y privacidad.

Las reacciones emocionales de las mujeres como estrés, angustia, ansiedad, tristeza, falta de sueño, entre otras, se deben a las responsabilidades familiares que tienen que cumplir y que se suman a los problemas en el trabajo; esos malestares emocionales se medicalizan para superarse con psicofármacos y tranquilizantes. Por lo que se cree que esas drogas son para el autocuidado de la salud.

En 2011 la ENA incluye a las drogas de uso médico en el rubro de cualquier droga; la prevalencia de éstas pasó de 1.6 a 1.8% en la población total respecto a 2008. En hombres pasó de 2.5 a 3%, y en mujeres se mantiene en 0.7%.

Para las drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), el consumo es mayor en las mujeres; en tanto el consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas y heroína), es más alto en los hombres, y en general es mayor que el consumo de drogas médicas. Un dato importante respecto a 2009, es que hoy en día los inhalables son la droga de preferencia en las mujeres, cuando anteriormente era la mariguana (Villatoro, *et. al.*, 2011).

De acuerdo con sus efectos sobre el sistema nervioso central, los medicamentos se clasifican en dos grupos: **estimulantes y depresores.**

Estimulantes

Este grupo comprende a la anfetamina y a la metanfetamina. (Ésta última se revisa en otro apartado.)

Anfetaminas

Entre las mujeres, el consumo de anfetaminas se asocia con la idea de bajar de peso a fin de mantener la figura delgada que promueven los medios. Su uso se da entre adolescentes y mujeres de 35 años en adelante.

Su presentación es en tabletas, cápsulas o ampollitas; en su forma pura son cristales de color amarillento y se pueden ingerir o inyectar.

Uso médico: Las anfetaminas se emplean para controlar la obesidad y producir una reducción de peso corporal.

Efectos físicos. Provocan graves problemas en el organismo como:

- ❖ Aceleración del ritmo cardiaco.
- ❖ Aceleración del ritmo pulmonar.
- ❖ Aceleración de la presión sanguínea.
- ❖ Dilatación de las pupilas.
- ❖ Reducción del apetito.
- ❖ Resequedad de boca.
- ❖ Sudoración.
- ❖ Dolor de cabeza.
- ❖ Pérdida de la visión.
- ❖ Mareos.
- ❖ Insomnio.

Efectos psicológicos. Los usuarios manifiestan sentimientos de:

- ❖ Desazón.
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Irritabilidad.
- ❖ Excitación.

- ❖ Locuacidad.
- ❖ Falso sentido de poder y de confianza en sí mismo.

Los daños que ocasiona el uso prolongado de las anfetaminas son delirios de persecución, desnutrición, desórdenes de la piel, úlceras, deficiencias vitamínicas, insomnio, pérdida de peso, depresión, perturbaciones en el habla y en la capacidad mental, riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas.

Los usuarios llegan a desarrollar una necesidad de tomar la droga en forma habitual; posteriormente, se presenta una tolerancia por lo que van incrementando la dosis a fin de igualar el efecto inicial.

Depresores

Los depresores comprenden varios grupos de sustancias que disminuyen la actividad global del sistema nervioso central (SNC); se refieren a los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Entre ellos se encuentran:

1. Tranquilizantes y ansiolíticos

El uso de tranquilizantes y ansiolíticos es más frecuente de lo que pensamos. Suelen prescribirse con bastante ligereza para aliviar la inquietud o la ansiedad causada por situaciones tanto internas como externas que modifican el estado de ánimo de las personas. Por lo anterior, no es raro que en el botiquín o en algún otro sitio de la casa se encuentre este tipo de medicamentos. Acceder a ellos es bastante fácil y, en ocasiones, se recetan y se usan indiscriminadamente. Se sabe también que hay quienes falsifican recetas con tal de conseguirlos.

Los tranquilizantes tienen un efecto depresivo sobre la función cerebral. A pesar de sus múltiples efectos secundarios y de la

adicción que producen, se consumen en grandes cantidades y en todo el mundo.

Los compuestos derivados de las benzodiazepinas se comercializan con diferentes nombres. Administrados en dosis pequeñas, deprimen parcialmente el SNC y tienen una acción que disminuye la ansiedad y el estrés; también se utilizan como relajantes musculares.

Al igual que otros medicamentos y drogas, los tranquilizantes producen dependencia física y psicológica y, cuando se suspenden abruptamente, pueden ocasionar un síndrome de abstinencia, es decir, un malestar general con temblores, escalofríos, inquietud, necesidad de consumir la droga, insomnio y, en casos extremos, convulsiones debido al consumo prolongado y a su efecto depresor del SNC, que ya estaba acostumbrado a la acción del medicamento y por ello, cualquier estímulo de moderado a intenso, es capaz de provocar convulsiones.

Los efectos secundarios que causan las benzodiazepinas pueden también incluir depresión respiratoria, fácil excitabilidad, vértigos y disminución de la capacidad intelectual, expresada con amnesia, aturdimiento y dificultad para hablar, entre otros síntomas. Por ello están contraindicadas para las personas que tienen que utilizar su coordinación manual y emplearse con cautela cuando se tiene que conducir un vehículo o manejar maquinaria pesada.

2. Barbitúricos

Son depresores del sistema nervioso central. A dosis bajas provocan sensación de tranquilidad y ayudan a conciliar el sueño. En dosis elevadas disminuyen los reflejos, pueden provocar incluso un estado de coma o llevar a la muerte.

Generalmente su presentación es en pastillas o cápsulas, que también pueden ser disueltas para inyectarse, aunque, por lo regular, la vía de administración es oral.

Su consumo provoca:

- ❖ Fatiga.
- ❖ Dolores de cabeza.
- ❖ Mareo.
- ❖ Angustia.
- ❖ Fiebre.
- ❖ Trastornos gastrointestinales.
- ❖ Temblores en manos.
- ❖ Inquietud.
- ❖ Insomnio, alucinaciones y delirios.

El consumo prolongado genera alteraciones físicas como:

- ❖ Anemia.
- ❖ Hepatitis.
- ❖ Depresión.
- ❖ Falta de coordinación motora.
- ❖ Entorpecimiento del habla.

Los barbitúricos producen una habituación más severa que la propia morfina, se piensa que se debe a la búsqueda del sueño.

¿Por qué las mujeres tradicionalmente consumen más medicamentos?

Entre los factores de riesgo para el abuso de medicamentos en la mujer están:

- ❖ El trabajo maternal tradicional y la maternalización de todos los roles femeninos.
- ❖ Las expectativas sobre el rol de género femenino como encargada de mantener el equilibrio y la armonía de los vínculos familiares.

- ❖ La doble jornada de trabajo.
- ❖ En México, debemos subrayar la crisis económica.
- ❖ Los conflictos de pareja.
- ❖ La baja autoestima.
- ❖ En las mujeres de mediana edad amas de casa prevalece la escasa existencia de redes sociales, el aislamiento y la soledad.
- ❖ El modelo médico, que tiende a “medicalizar” los malestares de las mujeres.

Modelo médico y roles de género

Para esta sección se revizarán los factores de riesgo englobados en dos grupos: el modelo médico y los roles de género femenino.

1. El modelo médico tiende a “medicalizar” los malestares de las mujeres.

Es un hecho indiscutible que la producción de nuevos medicamentos ha sido un avance científico importante para el tratamiento de diversas enfermedades. Sin embargo, éstos se han convertido en un artículo de consumo. Los laboratorios que los fabrican han creado, a través de la publicidad y la mercadotecnia, la demanda del público y para ello muchos médicos han jugado un papel primordial al sumarse a los intereses lucrativos de los laboratorios.

Cuando una mujer acude a consulta, y manifiesta dificultades para conciliar el sueño, se siente agotada, ansiosa, o refiere que está triste y que llora frecuentemente, el médico inmediatamente le prescribe medicamentos, sin detenerse a escuchar los motivos o las razones que están propiciando tal situación.

Estamos ante una sociedad medicalizada, en la que se pretende tratar farmacológicamente cualquier emoción, sentimiento o comportamiento considerado como inadecuado.

Existe un abuso en la prescripción de medicamentos, sin que el médico se detenga a analizar la iatrogenia (alteración en la salud

provocada por el médico) que se ocasiona con ello. Se recetan antidepresivos para aliviar los sentimientos de tristeza, abatimiento, llanto; ansiolíticos para los estados de inquietud, de ansiedad; si refiere dificultades para conciliar el sueño, o alteraciones en el mismo, recibe tranquilizantes; y si expresa cansancio, fatiga, probablemente le recete estimulantes. Si la mujer manifiesta que quiere bajar de peso, si dice que las dietas no le funcionan, el médico le prescribe anfetaminas.

Detengámonos a observar que cuando se prescriben estimulantes se busca reducir la ansiedad o incrementar la actividad. Estos fármacos ayudan a la conexión motriz y perceptual de la realidad.

Cuando se prescriben medicamentos que ayuden a conciliar el sueño, se está buscando que la persona se pueda sustraer de la realidad para poder descansar.

Los antidepresivos o ansiolíticos buscan calmar las emociones desbordantes como la tristeza, el enojo o la angustia, por lo que están enfocados a dominar los afectos considerados difíciles, inadaptados o insoportables.

En lugar de profundizar en lo que origina la ansiedad, el insomnio, la tristeza, se decide sólo controlarla, sin resolverla. El sistema de salud que impera, considera que los síntomas que refieren las mujeres son una enfermedad, por lo tanto, las catalogan como débiles, emocionalmente inestables, dependientes y como personas que están fuera de control.

Se ha generado una gran mercadotecnia alrededor de estos medicamentos que ofertan bienestar para la mujer. Detrás del tratamiento para controlar el peso existen grandes intereses comerciales; hay clínicas dedicadas exclusivamente a ello, algunas lamentablemente sin ninguna ética, y son muchos los médicos que sin partir de un diagnóstico integral, prescriben fármacos que generan tolerancia y, por ende, crean dependencia.

La tarea de algunos galenos ha sido trastocada por los intereses económicos de los laboratorios; no se intenciona la búsqueda de otras alternativas terapéuticas para restaurar la salud femenina,

en cambio, optan por prescribir medicamentos solamente para controlar el síntoma; en ocasiones se receta el último fármaco, el más caro, el que está de moda, aquél que le da un beneficio indirecto al médico.

2. Roles de género femenino

Las mujeres jóvenes que abusan de psicofármacos se deben a la falta de modelos de referencia, ya que no son tradicionales pero tampoco son totalmente modernas. La población de mujeres que abusa más de los fármacos está representada por las amas de casa de medios urbanos y semiurbanos, las que están dedicadas al trabajo maternal y que tienen varios hijos pequeños. Otro grupo importante de usuarias son las mujeres que realizan doble jornada de trabajo.

Esta población desempeña varios roles durante su vida cotidiana. Se enfrentan a papeles que le exigen la realización de determinadas tareas; se preocupan por cumplir con todo y ello representa una exigencia exagerada de mantener el equilibrio emocional no sólo de ellas mismas, sino de toda la familia, a pesar de que las circunstancias que viven sean difíciles de soportar.

La madre que realiza doble jornada sigue estando obligada a cumplir con su rol de madre, esposa, ama de casa, hija, hermana, entre otros, sin descuidar ninguna de las actividades inherentes a cada uno. Además, debe asumir y desarrollar las tareas y funciones específicas de su rol como trabajadora: autónoma, independiente, capaz, sensual, tierna, firme, etcétera, y con un mayor grado de responsabilidad con respecto a la población de hombres, porque tiene que demostrar que sí es capaz.

En términos reales las mujeres están sometidas a un mayor desgaste físico que no se considera como tal, sino que se le atribuye a que tiene menor capacidad física. También tiene mayor desgaste emocional y, lógicamente, se piensa entonces que tiene menor control sobre sí misma. Por eso, cuando llega a expresar abiertamente síntomas de cansancio, de malestar emocional, o dificultad

para dormir, recibe como respuesta un medicamento que la haga entrar nuevamente en la normalidad.

Las mujeres mayores presentan malestar por las separaciones o situaciones de duelo, a los problemas conyugales se agrega la menopausia, separación de hijos e hijas; falta de expectativas laborales, desconocimiento para enfrentar cuidados personales, aislamiento, falta de redes y percepción de desvalorización a sí mismas.

Lamentablemente, la propia mujer termina haciendo caso del discurso patriarcal represivo; ella está mal, no está cumpliendo con sus roles, no debería sentirse mal, porque ha sido designada responsable de vigilar y mantener el equilibrio de la familia, en todos los aspectos.

¿Por qué no buscar las causas que originan esos síntomas? ¿Por qué las respuestas van encaminadas a buscar que la mujer recupere el control de su persona para que siga sometida a las actividades propias de sus diferentes roles? Y, principalmente, debemos invitar a las mujeres a cuestionarse ¿por qué sentir que no están siendo buenas madres por el hecho de tener que salir a trabajar? ¿Por qué pensar que como ama de casa no está cumpliendo debidamente, cuando cada vez son menos las horas que puede dedicar a esas tareas en aras de cumplir con sus otras funciones? ¿Por qué continuar reprochándose que no está atendiendo adecuadamente todas las exigencias del rol de esposa?

El contexto de vida de nuestras madres es completamente diferente al que ahora viven las mujeres. Cada vez es menos posible que la mujer se quede atendiendo exclusivamente las tareas de la casa; la situación socioeconómica exige su incorporación al trabajo asalariado. Entonces, ¿por qué seguir calificando a la mujer bajo los mismos esquemas de antaño, si las condiciones han cambiado completamente?

Las mujeres siguen sometidas a un sistema patriarcal de valores, cuyos patrones siguen reproduciéndose sin reflejar algún cambio. Si una mujer trabaja, es criticada; si ha decidido quedarse en casa, también es criticada.

¿Por qué la mujer requiere conectarse con la realidad y, en otros casos, sustraerse de ella?

Las mujeres de mediana edad tienen que hacer frente al climaterio y a la menopausia que se caracterizan por cambios hormonales causantes de manifestaciones emocionales y fluctuaciones en el estado de ánimo. ¿Cuántos no hemos sido testigos de las calificaciones peyorativas que se le dan a las mujeres de esta edad al insinuar que están dejando de ser mujeres, que ya no podrán ser madres y que están entrando en decadencia?

La sexualidad de la mujer está marcada por patrones de dominación que influyen en sus sentimientos, sus acciones y sus pensamientos. En la etapa de la menopausia, la mujer siente que está envejeciendo, que dejará de ser bella, atractiva y merecedora de la admiración de los demás. La consecuencia de lo anterior es la presencia de cuadros depresivos, por los que también se hará acreedora a críticas que señalen su falta o pérdida de control sobre sus emociones.

En el apartado sobre metanfetaminas se analiza lo que sucede con las adolescentes preocupadas por mantenerse dentro de los estándares de delgadez vigentes. Se recomienda su lectura para comprender el por qué las mujeres recurren a este tipo de drogas.

MARIGUANA

Diversas fuentes de información epidemiológica en nuestro país coinciden en señalar que la marihuana continúa siendo la más consumida, particularmente entre personas de 26 a 34 años de edad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 a 2011, se presentó un aumento significativo en la cantidad de consumidores que usaron marihuana alguna vez en la vida, ya que incrementó de 3.5 a 6.0%.

La marihuana no sólo es la droga de mayor consumo en México, sino que, al igual que otras drogas ilegales, muestra una tendencia

creciente. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (INPRFM, INSP, SSa, 2012), su uso alguna vez en la vida pasó de 4.2% en 2008 a 6% en 2011 (cerca de 4.76 millones de usuarios; 10.6% de los hombres y 1.6% de las mujeres); en 2011, la prevalencia anual aumentó a 1.2%. La encuesta registra que se inicia el consumo a una edad temprana (más de la mitad de los usuarios inició su uso antes de los 18 años).

En las mujeres adolescentes, no se presentan cambios en la ENA 2012 y consistentemente con lo observado en la ENA 2008, el consumo de marihuana es mayor al reportado por las mujeres adultas, lo que refleja su incorporación más reciente en el mercado de consumo.

En casi la mitad de los casos, es un amigo quien ofrece la droga por primera vez. Las mujeres experimentan con la marihuana principalmente por influencia del grupo de amigos. Por otra parte, si los hermanos o hermanas consumen, también pueden presionarlas para que la prueben.

Por su bajo costo, accesibilidad y por la baja percepción de riesgo que tienen los jóvenes con respecto a los daños que ocasiona, ésta es una de las primeras drogas ilegales con la que se tiene contacto a temprana edad.

Las personas que consumen marihuana tienen 104 veces mayor riesgo de iniciar el uso y abuso de cocaína.

Es común que los y las jóvenes tengan la fantasía de que el consumo de marihuana no hace daño; sin embargo, daña la personalidad y la salud física de los adolescentes, sobre todo porque están en una etapa de pleno desarrollo.

Hay muchos mitos generalizados acerca de la marihuana. Lo que se sabe es que si bien es una droga ilegal, no es considerada peligrosa. Se percibe como “inofensiva” porque es “natural” y no contiene químicos y, por tal motivo, supuestamente no causa daños en el organismo.

Otro de los grandes mitos es que el uso de esta droga estimula la creatividad, ya que aumenta la percepción sensorial. Pero tal

aseveración es incorrecta, ya que el sistema nervioso central es afectado por la droga, pasa a un estado de sedación y no se percibe la verdadera dimensión de tiempo y espacio.

Lo cierto es que la cannabis, planta de origen asiático de la cual derivan la marihuana y el hachís, puede actuar como alucinógeno en función de la dosis. Esta planta contiene una resina capaz de modificar el estado de ánimo, la percepción, los procesos de pensamiento y la memoria.

La marihuana contiene más de 400 ingredientes químicos con propiedades psicotrópicas que varían dependiendo de la forma de preparación, la dosis, la vía de administración y la personalidad de quien la consume.

El principal ingrediente activo de la marihuana es el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC); actúa especialmente en la corteza frontal. Los daños a corto plazo incluyen problemas con la memoria y el aprendizaje, percepción distorsionada, dificultad para pensar y para resolver problemas, pérdida de la coordinación y aumento en el ritmo cardíaco, ansiedad y ataques de pánico.

El THC es una sustancia soluble sólo en la grasa del cuerpo, por lo tanto se acumula y puede dañar aquellos órganos de alto contenido graso, como el cerebro y el sistema reproductivo. En la mujer tiene mayores efectos tóxicos en menores dosis porque su organismo tiene más tejido adiposo que el del hombre.

Además, el THC tarda alrededor de cuatro semanas en eliminarse, tiempo durante el cual permanece en el organismo afectándolo de diversas formas.

La marihuana se consume por combustión; contiene mayor cantidad de alquitrán y sustancias potencialmente cancerígenas que el humo del tabaco, lo que predispone, según estudios en población masculina, a una mayor probabilidad de padecer bronquitis crónica, enfisema, cáncer pulmonar, así como a generar enfermedades cardíacas. Aún falta realizar estudios en la población femenina para identificar los daños que esta sustancia ocasiona en el cuerpo de las mujeres.

En el aparato respiratorio la marihuana produce relajación de la musculatura bronquial, así como una intensa irritación en la mucosa, muchas veces superior a la producida por la aspiración del humo de tabaco. Otros efectos incluyen la alteración del estado afectivo que puede consistir, indistintamente, en euforia o ansiedad.

El uso crónico e intenso de esta droga produce cierto grado de tolerancia, cuyos signos consisten en la disminución de los efectos de la sustancia en el sistema cardiovascular, así como del resto de los síntomas que produce la droga; los más rápidos son la disminución de la taquicardia.

En general, las intoxicaciones más rápidas y graves se generan a partir de la inhalación del humo de los cigarrillos de marihuana y, en algunos casos, la intoxicación es capaz de inducir estados de pánico.

En síntesis, los criterios para el diagnóstico de intoxicación por marihuana para ambos sexos son los siguientes:

- ❖ Consumo elevado.
- ❖ Síntomas de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia.
- ❖ Síntomas y signos que no pueden explicarse por ninguna enfermedad física o de carácter mental, no relacionada con el consumo de la sustancia.
- ❖ Comportamiento alterado.
- ❖ Euforia y desinhibición.
- ❖ Ansiedad o agitación.
- ❖ Ideas de persecución.
- ❖ Lentitud de movimientos.
- ❖ Deterioro de la atención.
- ❖ Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.
- ❖ Aumento de apetito.
- ❖ Boca seca.
- ❖ Enrojecimiento de ojos.
- ❖ Taquicardia.

Factores de riesgo

La mayoría de los adolescentes se inician en el consumo de esta droga por curiosidad. Dado que genera tolerancia en el organismo, se tiende a aumentar el consumo y a probar otras drogas.

Las variables de riesgo para el consumo de marihuana se establecen de acuerdo a la edad, el nivel socioeconómico, los estilos de vida, la migración, el desempeño escolar, las actitudes y las creencias, la ideación suicida, la violencia doméstica, el abuso sexual, el consumo de drogas en los padres u otros familiares.

La forma inadecuada de administrar el tiempo libre, la baja adherencia escolar, el pertenecer a redes sociales disfuncionales, los trastornos afectivos o de origen psicológico diverso, también se consideran factores de riesgo.

Se ha detectado que el consumo de alcohol y tabaco es “la puerta de entrada” para la marihuana, con la que se buscan nuevas sensaciones.

Asimismo, se ha encontrado una alta relación entre el consumo de marihuana y los estados depresivos en las adolescentes. También las relaciones afectivas débiles con los padres constituyen un factor de riesgo, lo mismo que los sentimientos de soledad, el abandono, la baja autoestima, la falta de cercanía y el escaso control de los padres y la permisividad para el consumo de drogas legales en la familia.

La baja percepción de riesgo entre los adolescentes, que incluso consideran que la marihuana es una droga permitida, no tan dañina y buena para experimentar mayor creatividad, es un peligro más para consumirla y de ahí el que en ocasiones esta droga sea muy utilizada entre los jóvenes universitarios que desean aumentar su rendimiento y la asocian a intelectuales.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano con características biológicas y psicológicas especiales. La búsqueda de la identidad es fundamental y para ello es necesario que el adolescente conviva y se sienta aceptado en el grupo de pares. En cuanto a las

adolescentes es importante tener amigos, novio, ser aceptadas y esto las expone a consumir alcohol, tabaco y mariguana. La presión social que ejerza su grupo de amigos es un factor de riesgo importante. Gran número de adolescentes inician el consumo invitadas directamente por el novio o un amigo.

Efectos del consumo

Entre los efectos que ocasiona el consumo de esta droga en las jóvenes se encuentran los siguientes:

- ❖ Afecta el desarrollo físico, social, la conducta y la capacidad de aprendizaje.
- ❖ El desarrollo hormonal se ve afectado llegando a presentar amenorrea (falta de menstruación); inhibe la producción ovárica y el consumo prolongado puede causar infertilidad.
- ❖ El sistema inmunológico se deteriora provocando una baja de defensas que predispone a cualquier enfermedad.
- ❖ Al igual que el tabaco, afecta en gran medida al sistema respiratorio, causando irritación de garganta, tos, bronquitis, neumonía y daños en el pulmón.
- ❖ Debido al estado de somnolencia y desinhibición que la mariguana provoca, puede poner en riesgo a las adolescentes en prácticas sexuales sin protección.
- ❖ Está comprobado que la mariguana disminuye el rendimiento escolar debido a la pérdida de concentración, de la memoria y causa dificultad para resolver problemas.
- ❖ El consumo de esta sustancia puede desencadenar problemas de salud mental en la adolescente, como depresión y crisis de ansiedad.
- ❖ En el desempeño social, quienes consumen drogas pueden caer en conflictos con la ley, con sus compañeros y en sus actividades diarias.

- ❖ El consumo de marihuana llega a ocasionar lo que se conoce como “síndrome amotivacional”. Se ha comprobado que con el uso prolongado se presenta un estado personal agudo de desmotivación, que se caracteriza por baja de energía, pérdida de interés y desgano por realizar actividades propias de la edad.

Efectos en el embarazo y lactancia

Los estudios sobre efectos en la mujer se han ubicado en el periodo de embarazo y aún hay discrepancias acerca de los efectos que el fumar marihuana puede causar a la mujer y al bebé durante el embarazo. Estas discrepancias se dan porque, a menudo, las mujeres embarazadas que fuman marihuana, usan también otras drogas como tabaco y alcohol. De esta forma resulta difícil identificar con exactitud qué es lo que causa la marihuana y qué es lo que generan las otras drogas; los efectos se mezclan y no es sencillo distinguir cuáles son provocados por una sustancia y cuáles por otra.

A pesar de que no se conocen con precisión los efectos que la marihuana le causa al bebé, las mujeres que consumen esta droga durante el embarazo, aun una vez al mes, tienen mayor riesgo de sufrir fuertes vómitos, lo que podría afectar la nutrición del feto. El bebé podría tener menos oxígeno del que necesita para desarrollarse y podría nacer en un parto prematuro. Los bebés de madres que fuman marihuana nacen con menor peso y tamaño, así como con menores dimensiones de cabeza. También hay estudios que relacionan el consumo de la madre con efectos en el bebé similares al síndrome fetal del alcohol.

Cuando la madre fuma marihuana y amamanta al niño, le pasa el THC a través de la leche, la cual tiene mayor concentración que la sangre. Consumir marihuana en el primer mes de lactancia podría causarle al niño impedimentos en su desarrollo motor.

COCAÍNA

De acuerdo con la ENA 2012 no se muestran cambios en el consumo de cocaína en las mujeres adolescentes, por lo que consistentemente con lo observado en la ENA 2008, el uso de esta droga es mayor al reportado por las mujeres adultas.

A nivel nacional, la cocaína es la segunda droga de preferencia (0.5%), cifra que se mantiene con respecto a 2008 (0.4%); el porcentaje de hombres que la consumen es de 0.9% y 0.1% en mujeres, de acuerdo a la última encuesta. La tendencia de consumo de drogas de “alguna vez en la vida” tuvo un incremento con respecto a 2008 al pasar de 2.4 a 3.3%. Para población urbana, el uso de esta droga en el último año se mantuvo en 0.5%, (INPRF, INSP y SS, 2012).

Tendencias del consumo de drogas en el último año en población urbana de 12 a 65 años

Encuestas Nacionales de Adicciones					
	1988	1998	2002	2008	2011
Total	%	%	%	%	IC 95%
Mariguana	1.2	1.0	0.6	1.2	1.4 1.066-1.680
Cocaína**	0.2	0.5	0.4	0.5	0.5 0.361-0.704
Alucinógenos	0.1	***	***	0.1	0.1 0.012-0.186
Inhalables	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1 0.049-0.228
Cualquier Droga Ilegal	1.4	1.2	0.9	1.6	1.7 1.341-2.005
Cualquier Droga	2.1	1.8	1.4	1.9	2.0 1.688-2.399

Se observa que el consumo de esta droga se asocia con las reuniones sociales entre los jóvenes, en los antros y fiestas. Algunas mujeres la prueban por presión o por invitación de novios, amigos o familiares.

En la actualidad no existe una razón única por la cual las personas consumen drogas lícitas e ilícitas. Los relatos de las mujeres adictas son distintos a los de los hombres, pues como ya se ha

revisado, interviene una serie de factores propios de la cultura, la biología y, finalmente, del género.

Los estudios epidemiológicos han mostrado una prevalencia mayor de consumo de drogas lícitas e ilícitas en hombres; sin embargo, las últimas encuestas reflejan un aumento del uso de estas sustancias en las mujeres, particularmente en las adolescentes y las adultas jóvenes. Aunque la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo y una de las principales drogas de inicio, paulatinamente el empleo de la cocaína y el crack ha ganado terreno, al tiempo que éstas son también más fáciles de conseguir.

La cocaína es un polvo blanco que se extrae de las hojas de la planta de la coca “*Erythroxylm Coca*”, que crece principalmente en las regiones montañosas de América Central y Sudamérica.

A la cocaína se le conoce regularmente como coca, perico, piedra, nieve, línea, grapa o talco. Médicamente se uso es como anestésico local. Sus efectos duran entre 1 y 2 horas, aproximadamente. El cuadro de síndrome de abstinencia se caracteriza por apatía, somnolencia, irritabilidad, depresión y desorientación. Se trata de una droga que causa dependencia tanto física como psicológica. Además, produce tolerancia, por lo que es necesario consumir mayores cantidades para lograr los mismos efectos. La falta de la droga causa depresión, desinterés general y pérdida de placer aun en actividades que antes disfrutaba la persona.

La cocaína tiene básicamente dos efectos farmacológicos: es un anestésico y un estimulante del sistema nervioso central (SNC). Es la única droga conocida que posee estas dos características.

Los efectos físicos del uso de la cocaína incluyen la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, la dilatación de las pupilas, el aumento de la temperatura, la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. La inhalación prolongada de cocaína provoca ulceración en la membrana mucosa de la nariz y puede lesionar tanto el tabique nasal como provocar su colapso. Las muertes relacionadas con el uso de cocaína se producen a menudo como consecuencia de un paro cardíaco o ataques, seguidos de un paro respiratorio.

Cuando desaparecen los efectos euforizantes, es frecuente que se presente ansiedad, falta de concentración, apatía, agresividad y la aparición de una psicosis aguda caracterizada por alucinaciones de carácter táctil o visual. Algunos consumidores de cocaína se deprimen al pasar los efectos estimulantes, lo que puede llevar a un mayor uso de la sustancia para aliviar la depresión.

Formas de uso y consumo

Existen tres formas de administración de la cocaína: la inhalada (esnifada), la fumada y la inyectada por vía endovenosa.

Cuando se inhala, la cocaína se absorbe por los pequeños vasos sanguíneos de la membrana mucosa nasal. De ahí circula al sistema venoso general y a la vena cava, posteriormente hacia los vasos pulmonares, al corazón y, finalmente, al cerebro.

Para fumarla, ésta se tiene que separar químicamente de su sal. De esta separación química se deriva el nombre de “base libre” o “crack”, que resulta como el producto final de ese proceso.

Algunos consumidores llegan a combinar el “crack” con heroína (*speedball*), lo que resulta altamente peligroso, pues esta combinación es capaz de provocar un paro respiratorio. También se mezcla con fenilciclidina (polvo de ángel) compuesto que se conoce como *spacebasing* y produce sentimientos de miedo o terror y en, algunos casos, conductas violentas.

Es alarmante que además de las consecuencias que tiene el consumo de la cocaína de buena calidad, haya mayor disponibilidad de esta droga a un precio más económico, a la que se le llama “cocaína en corte”. La sustancia original es rebajada o “cortada” con otras sustancias, a fin de que rinda más. Esto significa que el comprador no sabe exactamente qué es lo que va a introducir en su organismo.

Algunos consumidores combinan el alcohol y la cocaína, sin tomar en cuenta que estas sustancias tienen efectos farmacológicos opuestos. El primero es un depresor y el segundo, un estimulante

que se toma con frecuencia para mejorar el estado de ánimo y la imagen personal.

Los efectos que produce el consumo de la cocaína están en función de la cantidad de droga, el lapso y la forma de consumo (inhalada, inyectada, o fumada).

Algunas complicaciones médicas por el consumo de cocaína son:

- ❖ Reacciones tóxicas o de sobredosis:
 - ◆ Ritmo cardiaco rápido o irregular (taquicardia o arritmia).
 - ◆ Falla cardiaca, infarto, fibrilación ventricular.
 - ◆ Hemorragia cerebral.
 - ◆ Convulsiones con pérdida de conciencia.
 - ◆ Falla respiratoria, disnea o asfixia.
 - ◆ Hipertermia (falla cardiaca debido al aumento de la temperatura corporal).
- ❖ Complicaciones vinculadas a la vía de administración:
 - ◆ Intranasal (inhalada)
 - Ulceraciones nasales, hemorragias, congestión y rinorrea.
 - Cefaleas.
 - Perforación del tabique nasal.
 - ◆ Base libre (fumada)
 - Congestión torácica, sibilancias y emisión de esputos negros.
 - Tos crónica.
 - Lesiones pulmonares.
 - Quemaduras en labios, boca, lengua y garganta.
 - Ronquera.
 - ◆ Intravenosa (inyectada)
 - Infección local.
 - Infecciones sistémicas (hepatitis, endocarditis, septicemia).
 - SIDA.

Cocaína y mujer, una cuestión de género

Algunas investigaciones sugieren que aún después del uso experimental o casual, la mujer puede desarrollar adicción a la cocaína más rápidamente que los hombres, y que ellas más proclives a desarrollar adicción a esta sustancia que a cualquier otra droga. Por ello, cuando la mujer comienza a recibir tratamiento puede presentar ya un grave problema de adicción.

El estado hormonal de una mujer en el momento en que consume cocaína puede modificar los efectos inducidos por la droga. Por lo que el estadio del ciclo menstrual influye en la vulnerabilidad a la adicción, así como en los cambios y efectos del consumo de la droga. Los niveles más altos de estrógeno pueden inducir a la mujer a caer en una conducta que se caracteriza por la búsqueda más intensa de cocaína, facilitando el desarrollo de su adicción y dificultando el deseo de abandonarla.

Cabe mencionar que el estrógeno protege a la mujer contra los efectos vasoconstrictores de la cocaína, pero al mismo tiempo la orilla a inhalarla en mayores dosis comparada con los hombres, o que usen vías de administración más adictivas y agresivas como la intravenosa o la fumada.

Las mujeres consumidoras tienen mayor apetencia de consumo que los hombres, así como sintomatología depresiva más grave y mayor severidad en problemas sociofamiliares, debido a que son más estigmatizadas.

Cuando se emplean tratamientos anticonceptivos las mujeres son más propensas a ingerir mayores dosis de cocaína para aumentar los efectos subjetivos de la droga. La interacción entre las hormonas y la cocaína puede conducir a la sobredosis y a otras complicaciones clínicas.

Se sabe que para conseguir la droga, la mujer puede caer en situaciones de alto riesgo, por ejemplo, mantener prácticas sexuales sin protección y contraer infecciones de transmisión sexual. Además, llega a experimentar sentimientos de devaluación, poco

amor propio, depresión, remordimiento por sus actos, maltrato físico y emocional.

Las adolescentes que sólo han tenido relaciones sexuales durante los efectos del *high* de la cocaína pueden presentar dudas y temores sobre su capacidad de controlar los sentimientos sexuales sin la droga.

Muchas adolescentes inician el consumo por invitación de un amigo. Como ya se ha dicho, la aceptación de pares es muy importante durante el desarrollo del adolescente. Encontramos cada vez más mujeres que transitan la adolescencia en grupos de pares y siguen las reglas del grupo para lograr reconocimiento y aceptación, por lo que la convivencia cotidiana en un grupo de pares consumidores es un factor de riesgo.

En otras investigaciones se ha evidenciado que la adolescente llega a consumir cocaína por sus efectos energizantes, por la “claridad mental” que obtiene y por que ayuda a disminuir el apetito. La mujer con distorsiones en la imagen corporal y trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia, frecuentemente se siente atraída por la cocaína.

Otros estudios demuestran que las mujeres que usan crack, lo hacen con amigos del sexo opuesto y frecuentemente involucra una actividad sexual, lo que las hace susceptibles de sufrir actos violentos (abuso sexual).

En la sociedad las mujeres se domestican para cuidar al otro, de ahí que su intento de querer salvar a su compañero sentimental consumidor de sustancias con frecuencia la lleva a la adicción, hasta el punto de sacrificar la propia salud.

También es frecuente que cuando ella deja el consumo de cocaína, cambia la dinámica en la relación de pareja.

Asimismo, el conflicto entre las actividades comúnmente tradicionales de la mujer, y las que tiene que cumplir con como su inserción en el campo laboral, pueden ser un factor proclive para el consumo de cocaína, así como cuando se usa esta droga como medio para sobrellevar el cansancio, el bajo estado de ánimo, las dificultades sexuales, etcétera.

Ahora bien, el uso y el abuso de cocaína puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer; sin embargo una gran cantidad de mujeres que abusan de las drogas se encuentra en un rango de edad entre 15 y 44 años de edad, esto es, en edad reproductiva.

Las consecuencias del consumo de cocaína en la etapa reproductiva y en el recién nacido fundamentalmente son:

- ❖ Aumento de riesgo de aborto espontáneo.
- ❖ Parto prematuro.
- ❖ Desprendimiento prematuro de la placenta.
- ❖ Muerte del bebé antes de nacer por accidente cerebrovascular.
- ❖ Bajo peso al nacer.
- ❖ Afectación en la motricidad, los reflejos, la atención y el control del estado de ánimo.
- ❖ Dificultad para alimentarse y dormir, pues presentan síntomas similares a los del síndrome de abstinencia.
- ❖ Malformaciones en las vías urinarias.

METANFETAMINAS

A diferencia de otras drogas como el tabaco, el alcohol o la marihuana que son conocidas desde tiempos remotos, las metanfetaminas también denominadas drogas de diseño surgen a finales del siglo pasado. Éstas son un conjunto de sustancias sintetizadas con el propósito de producir efectos similares o más potentes a los de las drogas clásicas.

La mayoría de las metanfetaminas son productos que en su tiempo fueron sintetizados por la industria farmacéutica durante el proceso de investigación para descubrir nuevos medicamentos y que fueron desechados al no cumplir con los efectos deseados o por haber resultado ser nocivos a la salud. Ahora se producen en laboratorios clandestinos.

Las metanfetaminas son derivados de sustancias estimulantes del organismo, cuyo prototipo es una molécula química muy pare-

cida a la de la anfetamina, pero con mayores efectos estimulantes en el sistema nervioso central.

Se les conoce popularmente como “speed”, “met”, “hielo” (ice), “cristal”, “vidrio” (glass), droga del amor, éxtasis, tacha, x; y aunque su estructura es similar, cada una de estas drogas tiene variantes.

Hielo (ice) o vidrio (glass)

Es una sustancia que se asemeja a un cristal translúcido.

Quienes usan hielo o vidrio en general presentan síntomas como:

- ❖ Alucinaciones.
- ❖ Paranoia.
- ❖ Conductas agresivas y violentas.
- ❖ Rechinar de dientes.
- ❖ Infartos al miocardio y cardiopatías.
- ❖ Comportamiento compulsivo.
- ❖ Problemas gastrointestinales.
- ❖ Edema pulmonar agudo.
- ❖ Anorexia.
- ❖ Pérdida de peso.
- ❖ Problemas nutricionales.

Las personas que consumen hielo o vidrio en general pueden desarrollar dependencia física y cuando se deja de consumir se presenta síndrome de abstinencia, dando lugar a la siguiente sintomatología:

- ❖ Contracciones abdominales.
- ❖ Gastroenteritis.
- ❖ Dolor de cabeza.
- ❖ Disminución de la actividad motora y somnolencia.
- ❖ Dificultad para respirar.

- ❖ Aumento del apetito.
- ❖ Depresión profunda, con riesgo de intento suicida.

Cristal o “met”

Quienes usan cristal en general llegan a presentar la siguiente sintomatología:

- ❖ Falta de apetito.
- ❖ Dificultad para concentrarse en sus actividades habituales.
- ❖ Ideas delirantes de tipo persecutorio.
- ❖ Irritabilidad.
- ❖ Nerviosismo.
- ❖ Variaciones en el estado de ánimo.
- ❖ Depresión.
- ❖ Miedo injustificado.
- ❖ Susplicacia.
- ❖ Pérdida de peso.
- ❖ Trastornos del sueño.

Éxtasis, “XTC”, “tacha” o “droga del amor”

Por su estructura química esta sustancia está emparentada con las anfetaminas estimulantes y con la mezcalina alucinógeno; comparte propiedades de ambas, dando lugar a efectos más estimulantes y cualitativamente distintos.

Es una droga que está de moda entre adolescentes y jóvenes. Se sabe que en las discotecas y “antros” es una sustancia común. Se comienza a consumir por curiosidad y por diversión; en otras palabras, es una droga de las llamadas “recreativas”.

Las mujeres que asisten a discotecas o antros están en riesgo de probarla por su voluntad o porque se la dan los amigos sin que ellas lo sepan, ya que no tiene sabor, color u olor.

Los principales síntomas en la población en general son:

- ❖ Taquicardia.
- ❖ Arritmia.
- ❖ Hipertensión.
- ❖ Sequedad de boca.
- ❖ Sudoración (diaforesis profusa).
- ❖ Contracción de la mandíbula.
- ❖ Rechinar de dientes (bruxismo).
- ❖ Temblores.
- ❖ Deshidratación.
- ❖ Hipertermia (aumento de la temperatura corporal).
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Aumento del estado de alerta.
- ❖ Dificultad de concentración.
- ❖ Insomnio.

Se presenta un estado de ánimo caracterizado por:

- ❖ Euforia.
- ❖ Sentimientos de intimidad.
- ❖ Sentimientos de cercanía.

Se han reportado casos en los que tras el consumo de éxtasis se presentaron los siguientes problemas de salud:

- ❖ Crisis hipertensivas que ocasionan derrames cerebrales.
- ❖ Dolor intenso en el pecho, que no es de origen cardíaco.
- ❖ Hepatitis tóxica.
- ❖ Psicosis tipo paranoide.
- ❖ Trastornos de memoria, leves y moderados.
- ❖ Arritmias cardíacas.
- ❖ Muerte.

El éxtasis altera el estado de conciencia, el pensamiento, las emociones, las percepciones de la realidad y de sí mismo y la conducta de quien la consume. Es llamado la droga del amor, nombre que se adjudica porque se cree que incrementa los orgasmos; sin embargo, la realidad es que aumenta el deseo sexual, pero no necesariamente mejora el desempeño sexual y el placer. Por lo general, reduce la excitación y disminuye la respuesta sexual e incluso en varones, en consumos frecuentes, pueden presentar episodios de impotencia. Por su efecto anestésico ha sido utilizado por los varones para cometer abuso sexual y violación sexual en el cuerpo de las mujeres.

Quienes consumen metanfetaminas creen que la droga les da más energía. Esto es completamente falso, porque provoca que el individuo consuma sus reservas de energía, generando el consecuente agotamiento que se manifiesta por la presencia de los siguientes efectos residuales:

- ❖ Cansancio.
- ❖ Humor depresivo.
- ❖ Insomnio.
- ❖ Dolor de cabeza.
- ❖ Pérdida del apetito.
- ❖ Dificultad para pensar con fluidez y claridad.

En las mujeres también causa dificultad para alcanzar el orgasmo. En los varones, incrementa la posibilidad de que se presenten episodios de impotencia.

A largo plazo, se corre el riesgo de que ocurran:

- ❖ Depresión.
- ❖ Trastornos de ansiedad.
- ❖ Ataques de pánico.

- ❖ Trastornos psicóticos
- ❖ “Flashback”.

Es importante mencionar que generalmente las metanfetaminas se consumen al mismo tiempo que se realizan actividades físicas desgastantes como bailar en las fiestas “rave” (se hablará de ellas más adelante), los aerobics, los deportes extremos, trayendo consigo el riesgo de que se presente el llamado “golpe de calor”.

Las metanfetaminas afectan la producción interna del neurotransmisor serotonina, elemento que interviene en la regulación de la temperatura corporal, por lo que cuando se combina la droga con el ejercicio puede sobrevenir un descontrol de la temperatura corporal que causa el “golpe de calor”. Éste se caracteriza por sensación de mareo, dificultad para orinar, ausencia de sudoración y calambres. Se presenta porque se combinan varios factores que contribuyen a elevar la temperatura corporal, entre ellos, el efecto hipertérmico de la metanfetamina, además el calor que se genera en los lugares donde se consume –espacios cerrados, mal ventilados, saturados–, el estar bailando sin descanso y sin recuperar líquidos.

Las metanfetaminas también tienen la capacidad de distorsionar la habilidad del cerebro para determinar cuándo se ha tomado suficiente agua, por lo que la ingestión excesiva de líquidos puede causar una alteración en la estructura celular capaz de provocar la muerte de células, originando un riesgo para órganos como el hígado, el corazón, los pulmones y el cerebro.

Aunque no se cuenta con evidencias contundentes sobre los daños en el periodo menstrual, se cree que las metanfetaminas pueden dar lugar a menstruaciones más intensas e irregulares. Además, si el consumo se correlaciona con la pérdida de peso a niveles anormales, la regla puede llegar a suspenderse.

Ambientes en los que se consume

Es común encontrar metanfetaminas en las llamadas fiestas “rave”, término que significa hablar con un entusiasmo extremo, frenético, acelerado, alborotado; moverse o actuar de manera violenta o agresiva.

Las fiestas “rave” duran toda la noche, incluso todo un fin de semana; la atracción principal es la música “techno”. Se realizan en grandes explanadas o en bodegas, cines o fábricas vacíos. A estas fiestas acude gran número de personas.

El alma de la fiesta “rave” es el “DJ” (disk jockey), quien se encarga de inducir a los asistentes a diversos estados de ánimo a través de las mezclas que realiza con la música. El “DJ” es admirado por los asistentes, y considerado incluso el *chamán* de la fiesta.

Se baila durante diez o más horas, el ambiente es reforzado con pantallas en las que continuamente se están proyectando imágenes que estimulan al auditorio.

Es cada vez más frecuente que los adolescentes y jóvenes usen metanfetaminas en los antros, en las fiestas particulares, sólo por diversión, o en situaciones en las que consideran que requerirán de *mayor energía*: presentar exámenes, realizar un deporte extremo, enfrentarse a una situación nueva, etcétera.

¿Por qué consumen metanfetaminas las mujeres?

El consumo inicial se presenta particularmente en el curso de la adolescencia en grupos de pares y por motivaciones recreativas. La adolescencia está considerada como una etapa de desarrollo psicológico, con una base biológica denominada pubertad. Los cambios físicos y psicológicos son distintos en las mujeres y los varones. Esta etapa adquiere una relevancia fundamental porque influye de manera decisiva en la forma de percibirse a uno mismo y a los demás. Entran en juego también la experimentación de

nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas con personas ajenas a la familia y la independencia de los padres. Haremos un recorrido de los aspectos que conciernen a las adolescentes.

Maduración

Para las chicas la imagen corporal es significativamente importante; sus conflictos se potencializan desde que se inicia la maduración. Generalmente a las niñas no les gusta madurar pronto, son más felices si no se desarrollan ni más rápido ni después que sus compañeras.

Hay estudios que señalan que las niñas que maduran más rápido tienden a ser más introvertidas, más tímidas, tienen una actitud más negativa hacia la menarquía (inicio de la menstruación) y son más propensas a tener una mala imagen de su cuerpo. Algunos estudios señalan que el nivel de maduración por sí mismo no afecta la autoestima, sino que ésta depende más del contexto general que rodea a las niñas.

Una de las explicaciones del por qué las niñas que maduran pronto se sienten menos atractivas, obedece a que su nuevo cuerpo tiene curvas que no corresponden a los estándares culturales, a las ideas mostradas en los medios de comunicación: extrema delgadez es igual a belleza.

Otro factor relevante es que las niñas pueden estar sometidas a presiones por su sexualidad. Los adultos tienden a pensar que una vez que la niña ha alcanzado la maduración, ya está preparada para asumir el resto de los componentes psicológicos y sociales asociados. Puede ser presionada por los otros adolescentes, quienes pueden buscar el que ella responda sexualmente a sus insinuaciones, ya que su cuerpo ha cambiado.

La maduración física de las mujeres debe ser protegida por los adultos, principalmente por los padres. Una forma de lograr-

lo es favoreciendo la comunicación que le permita a la niña una comprensión paulatina de los cambios que está sufriendo, para que los viva positivamente y los vea como una ventaja y no como una pérdida. Tal actitud de los padres puede ser un apoyo muy importante, especialmente para las adolescentes, pues durante esta fase hay mayor riesgo de que sufran abuso sexual.

Sentimientos acerca de la menarquía y de la menstruación

La menarquía y la menstruación son factores significativos para las niñas. Afortunadamente estos hechos biológicos están cada vez menos cargados de tabúes; sin embargo sigue prevaleciendo la preocupación por la higiene; las adolescentes siguen preocupándose demasiado por la limpieza y el control del olor.

En la medida en que la niña esté mejor preparada para cuando ocurra su primer periodo menstrual (menarquía) se sentirá más cómoda y menos estresada. Si tiene buena información respecto de estos hechos naturales, los recibirá más tranquilamente e incluso guardará recuerdos gratos.

Sentimientos acerca de la apariencia física

La apariencia física es la preocupación fundamental de las adolescentes. Lamentablemente a muchas no les agrada su imagen, porque quieren ser lindas, delgadas, con formas, piel y cabello hermosos. Incluso, si llegan a pensar que su aspecto físico es algo masculino, pueden deprimirse.

Su interés y su preocupación se centra en el peso, la complexión y los rasgos faciales. En comparación con los chicos, las adolescentes están menos a gusto con su aspecto físico.

Es momento de reflexionar: ¿Será posible que al verse sometida a todos estos factores estresantes, la adolescente pueda

llegar a tomar la decisión de refugiarse en el consumo de las metanfetaminas?

Los motivos por los que las adolescentes refieren consumir metanfetaminas son:

- ❖ Experimentar, por curiosidad.
- ❖ Poder relacionarse con mayor facilidad.
- ❖ Mejorar su desempeño.
- ❖ “Sentir la felicidad”.
- ❖ Controlar el peso.

Es un hecho que la adolescencia trae consigo el riesgo de consumir drogas, mas ello no implica una relación directa de causa y efecto. El patrón de consumo tradicional de drogas en la mujer se centra en las drogas lícitas, es con esas sustancias con las que experimenta y busca satisfacer su curiosidad.

¿Qué efectos dan las nuevas sustancias que han logrado romper con los patrones anteriores? No sólo es la promesa de que son inocuas, porque ese era un argumento también de las otras sustancias. Al parecer, el fenómeno se sustenta en el hecho de que las hacen “ser más”, las hacen “sentir más”, les permiten ser como creen que deben ser; además creen que al consumir de la misma manera que el varón van a estar al mismo nivel, o se sienten mujeres liberadas y modernas.

Otro factor importante es la aceptación de los pares. Cada vez más, el grupo de pares se convierte en un refugio para las y los adolescentes, que viven gran parte del día lejos de los padres. Los adolescentes tienden a reunirse con grupos de hombres y mujeres y cada norma que dicta el grupo tendrá que ser cumplida para lograr la aceptación.

Aunado a ello, como sociedad les estamos sobreexigiendo a las niñas, a las adolescentes y a las mujeres; pidiéndoles que su vida esté llena de éxito en todas las esferas. Su rendimiento tiene que ser continuo, no se vale mostrar fatiga o falta de interés; su imagen

corporal tiene que ceñirse a los prototipos de moda, todo esto en menoscabo de su integridad como ser humano.

La mujer tiene que competir y demostrar que es mejor que los y las demás, tiene que ser femenina, tierna, frágil, pero, a la vez, debe mostrar que es fuerte y que puede vencer cualquier obstáculo. Tiene que ser independiente, pero al mismo tiempo someterse a las pautas establecidas por una sociedad patriarcal. Los padres repiten esos patrones; es fácil observarlos si lo hacemos con detenimiento.

Cuando enviamos a nuestra hija al colegio, ¿qué le exigimos, qué esperamos de ella? La mayoría de las veces nos centramos en las calificaciones y no en el aprendizaje. Exigimos limpieza y orden en las tareas, en el cuidado de los útiles y en el uniforme. No le damos importancia a sus problemas o a las conversaciones que sostiene con su grupo de pares; estamos más atentos al discurso de los adultos: ¿qué opinan de ella, cómo la califican, qué piensan de ella?

Exigimos que sea la mejor en lectura, en matemáticas, en historia y en todas las materias, aunque tenga aptitudes y capacidades distintas. Si le procuramos una actividad deportiva para distraerla de la escuela y que se ejercite, llegamos a exigirle no sólo disciplina, sino alto rendimiento; la actividad física se suma a las estresantes y lo mismo ocurre con las actividades artísticas o recreativas, en las que pareciera que lo único importante es el desempeño excelente. No escuchamos su opinión, ni sus intereses, ni alentamos que participen en las decisiones familiares, sino que los progenitores decidimos qué es lo mejor para las adolescentes; si duda, en el ánimo de protección, se le limita su derecho a expresarse.

Les hemos hecho creer que la felicidad es un estado permanente, que todo mundo es y debe ser feliz, sin importar las circunstancias ni el contexto prevaleciente. Como padres sobrevaloramos lo que es para nosotros ser feliz; continuamente le decimos a los hijos que dependiendo de tal o cual logro, podrán ser felices: “cuando tengas tantos años, cuando concluyas tal tarea, cuando tengas tal cosa, cuando seas grande, cuando te hayas recibido” y entonces

pareciera que es mejor acceder momentáneamente a una felicidad artificial. Asimismo, creemos que son menores, seres incompletos, inmaduros, irresponsables y necesitan llegar a la adultez. Cuando en realidad son personas capaces de opinar, tomar decisiones en cuestiones que les afectan, tienen derechos y son ciudadanas.

Si la complexión física viene determinada por la herencia y la mayoría de los mexicanos somos corpulentos, ¿por qué seguir sobrevalorando la figura extremadamente delgada como prototipo de belleza, a costa de los sentimientos y la salud de la propia hija?

Nosotros como padres y madres podemos reducir los riesgos para evitar que nuestras hijas se sumen a quienes usan metanfetaminas; acompañémoslas valorando sus cambios e impulsemos el ejercicio de sus derechos para que cambie su condición de dependencia y subordinación que en lo colectivo viven en la sociedad, para que se sientan bien con ellas mismas y con los demás.

HEROÍNA

Entre las características de las mujeres usuarias de heroína en México se destaca una edad de inicio que fluctúa entre los 19 y los 26 años, aunque lo más común es que anteriormente hayan utilizado otras sustancias como alcohol, marihuana y cocaína. En general, esta sustancia se consume frecuentemente en los estados del norte del país.

Como con la mayoría de las drogas, la presión social y el fácil acceso a esta sustancia, son algunas de las razones que acompañan el uso inicial de la heroína.

Estas mujeres tienen una alta probabilidad de que el compañero sentimental sea también dependiente al alcohol o a otras drogas. Los primeros ofrecimientos suelen venir de otras personas usuarias, casi siempre hombres y, particularmente, de la pareja. En este sentido, resulta común que inicien el consumo de heroína a partir de la relación con un hombre adicto a la sustancia, con el

que establecen un vínculo de fuerte dependencia afectiva. Entre los argumentos más frecuentes para usar la droga se menciona la necesidad de comprender más a la pareja, de compartir amistades y experiencias, así como el deseo de complacerlo o de no dejarlo solo. Otro elemento que contribuye a mantener su hábito de consumir heroína está asociado con el hecho de que su pareja la consume o la distribuye.

Pareciera que, en general, las mujeres usuarias de heroína presentan recorridos y escaladas de consumo más drásticos que los varones; esto es, el inicio y el abuso de esta droga se da en un periodo de tiempo menor que en el caso de los hombres y llegan a padecer daños más severos en su salud y mayor rechazo social.

La dependencia afectiva, la dificultad para oponerse a su uso, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva con otras personas no consumidoras de drogas, lleva a estas mujeres a sufrir violencia física, psicológica y sexual por parte de su pareja sentimental, casi siempre consumidor de heroína, quien la orilla a consumir droga para mantener la relación.

Entre los principales factores que aducen las mujeres para mantener el consumo de esta droga se encuentran la dependencia física a la sensación placentera que proporciona y el deseo de evitar el síndrome de abstinencia. Un número importante de usuarias reconoce que hace uso de la heroína para obtener placer, para divertirse y para escapar de problemas personales o familiares, así como para facilitar la conversación o el contacto social y para alejarse del rol tradicional de la mujer.

En algún momento de la evolución de la adicción a la heroína, la vida entera de estas mujeres gira en torno a contar con recursos para conseguir la droga, así como al consumo mismo, con lo que se establece un círculo vicioso difícil de romper.

Entre las consecuencias físicas por el uso de heroína que se reportan con más frecuencia destacan: deterioro en el estado de salud general, anemia, irregularidades o alteraciones del ciclo menstrual (periodos más largos o ausencia de ellos, lo que en

ocasiones lleva a algunas mujeres a creer que existe un menor riesgo de embarazo; aunque el embarazo puede ser un motivo para abandonar la heroína y cualquier droga). Como consecuencia de la dependencia física, muchas mujeres continúan usándola aun durante el embarazo, lo que puede causar complicaciones serias, incluyendo abortos espontáneos o partos prematuros. Los niños nacidos de madres adictas tienen un riesgo mayor de desarrollar el síndrome de “muerte súbita del lactante”, nacer con bajo peso y talla y presentar síndrome de abstinencia a la droga.

Desde el punto de vista psicológico, las adictas a la heroína tienen baja autoestima y sentimientos de desesperanza, condiciones que las limitan a oponerse a la presión del grupo de adictos que las incitan al consumo. Estas mujeres, además de vivir en un medio social marginal, se convierten en personas especialmente vulnerables a la exclusión y esto desemboca en una doble marginación.

Es frecuente que recurran a la prostitución o al robo como últimos medios para adquirir la droga, con lo que se exponen a ser detenidas o encarceladas. Frecuentemente son aprehendidas por la policía en redadas, por encontrarlas en posesión o bajo los efectos de la heroína, o involucradas en el tráfico, situación que cada vez es más común entre las mujeres o simplemente por las cicatrices o marcas en brazos, muñecas de las manos, muslos o el cuello que les dejan las inyecciones.

La prostitución conlleva, además, la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, o de embarazos no deseados, ya que pocas veces utilizan condón. También es factible el contagio del VIH y de la hepatitis por el intercambio de jeringas infectadas con la pareja o el grupo de amigos. Cabe señalar que en nuestro país la principal forma de consumir heroína sigue siendo la vía intravenosa.

Paradójicamente, en otros casos, la droga se usa para “soportar” el trabajo sexual que muchas veces representa la única opción para conseguir ingresos ante la crisis económica, la baja

escolaridad y las condiciones de extrema pobreza en las que se ven implicadas.

La mayoría de estas mujeres que consume heroína tiene pocas amistades fuera del ambiente de las drogas y en este contexto gira la mayor parte de su vida. Con frecuencia, después de un tiempo de estar inmersas en el mundo de la heroína, abandonan a la familia, el trabajo y a las amistades que no consumen drogas. El rompimiento con la familia aumenta el rechazo social, ya que dejan de cumplir con su rol de mujer madre-esposa. Es común que las usuarias que son madres pierdan la tutela de sus hijos, quedando éstos al cuidado de otros familiares o de instituciones gubernamentales, lo que no sucede con los padres de familia usuarios de heroína.

El reducir su vida social casi exclusivamente al grupo de quienes usan y abusan de heroína, las coloca en situaciones de riesgo para sufrir agresiones físicas y sexuales de parte de los compañeros adictos ya que es un ambiente muy vinculado a conductas delictivas y agresivas.

En cuanto a su contexto familiar, es común encontrar antecedentes de alcoholismo y drogadicción en el núcleo familiar. Al menos uno de los padres o hermanos es adicto. No es raro encontrar situaciones de violencia doméstica (física y emocional) o de abuso sexual durante la infancia. A menudo reportan eventos conflictivos en la vida familiar no necesariamente vinculados a drogas; entre éstos sobresalen la muerte de algún familiar cercano y la separación de los padres.

Llama la atención el escaso apoyo familiar con que cuentan estas mujeres; en algunos casos, porque su problema adictivo es minimizado por los familiares y, en otros, porque la respuesta de la familia es de franco rechazo. Debido a lo anterior, es difícil que estas mujeres ingresen a tratamiento en las primeras etapas de la adicción. Además, el hecho de que las conductas adictivas sean más severamente sancionadas en las mujeres, genera sentimientos de culpa, vergüenza, e incapacidad que las llevan a ocultar su adicción o bien a no solicitar tratamiento para no ser señaladas como “viciosas” o “locas”.

Es de señalar que una de las principales razones por las que solicitan tratamiento es porque buscan reincorporarse a sus familias; aquéllas que son madres, desean recuperar a sus hijos y otras más lo hacen porque su pareja también se une al tratamiento. En general, la mayor motivación para que asistan a un programa de recuperación se asocia con su intento por recobrar sus redes afectivas más inmediatas: la familia y la pareja, que por las consecuencias físicas de su adicción. Paradójicamente, el abandono prematuro del tratamiento se relaciona también con la necesidad de retornar lo antes posible al hogar para cumplir con sus responsabilidades domésticas, esto sucede debido a que la sociedad tradicionalmente asignó a las mujeres la responsabilidad de la familia, el trabajo doméstico y el cuidado de quienes integran la familia. Al respecto, es necesario generar acciones para que los varones se incorporen en esta responsabilidad, de manera que las mujeres accedan a los servicios de salud y recuperen su bienestar y oportunidades de desarrollo pleno.

INHALABLES

El consumo de inhalables se asociaba a grupos excluidos como los niños y las niñas en situación de calle, como un mecanismo para soportar las adversidades y carencias; sin embargo, por su bajo costo, accesibilidad y efectos que provocan, estas sustancias se consumen por la población adolescente que asiste a instituciones educativas.

Los inhalables ocupan un lugar importante en las preferencias de las personas de 12 a 17 años de edad y particularmente en las mujeres. El estudio epidemiológico de CIJ en 2012 presenta que el consumo de inhalables de las mujeres (45.8 por ciento) supera al de los hombres (42.4 por ciento). Entre estudiantes se presenta un repunte por arriba del consumo de cocaína y mariguana. En el Distrito Federal, según indica la Encuesta realizada en 2009 por

Villatoro con población estudiantil de secundaria y bachillerato, se muestra un alto consumo de inhalables; las estudiantes (9.5 por ciento) presentan cifras cada vez más cercanas a los estudiantes (9.7 por ciento). Sin duda, esta situación demanda estudios sobre el consumo de inhalables en las mujeres.

¿Qué son los inhalables?

Los inhalantes o solventes, son una amplia gama de sustancias químicas caracterizadas por ser gases o líquidos volátiles que se disuelven muy bien en la grasa, de tal forma que se absorben rápidamente a través de los pulmones llegando al Sistema Nervioso Central y ocasionando graves daños.

¿Por qué consumen inhalables las adolescentes?

En el contexto familiar: la violencia contra las niñas y adolescentes en la familia es un problema que se asocia con el consumo de sustancias, entre ellas los inhalables. Las adolescentes que sufren de rechazo y maltrato de cualquier tipo o presencian violencia entre sus progenitores, les provoca sufrimiento e insatisfacción afectiva, lo que se identifica con episodios de ansiedad, estrés, depresión e ideas suicidas. En la familia, se muestran ausentes o es tal su enojo, que se silencia; ante situaciones que no pueden resolver su respuesta es agresiva, lo cual intensifica la violencia.

Con sus redes sociales: las adolescentes que se relacionan con grupos de amistades que consumen inhalables y otras sustancias, tienen más posibilidades de usar y abusar de esas sustancias, ya que en el grupo se comparten y regalan a las adolescentes, con o sin presión son aceptadas para experimentar o para lograr aceptación del grupo.

Otra forma de reunirse con sus pares es en contextos de fiestas “clandestinas” donde se asocia música (reguetón), baile (perreo) e inhalables, llamados también “monas” o “mamilas”. Actualmente

quienes venden los solventes lo hacen con la “mona” (trapo, estopa o servilleta impregnada de gasolina o disolventes) o con las “mamilas” iguales a la “mona” pero les añaden saborizantes artificiales y colorantes para hacerlos atractivos (fresa, chocolate y vainilla), lo cual es una estrategia para atrapar más consumidores y, en este caso, preferentemente mujeres.

En la relación de noviazgo: los inhalables forman parte de la relación de noviazgo, su pareja consume esas sustancias, que comparte con ella.

¿Qué daños causa el consumo de inhalables en el cuerpo femenino?

La intoxicación por inhalables es similar a la embriaguez por el alcohol, son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, primero desinhiben para después llevarle a depresión que puede dar lugar a sueño, estupor o coma; los síntomas son sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etcétera.

En la mujer, los inhalables:

- ❖ Se adhieren a las grasas de su cuerpo favoreciendo la acumulación de grasas en algunas partes por ejemplo los senos o el retroperitoneo, hay alteraciones debido a la mayor fijación del hidrocarburo y causan alteración celular.
- ❖ Los gases y vapores inhalados dañan las mucosas nasales y el tracto respiratorio, llegan incluso a causar cáncer en el pulmón. Otra parte de los inhalables se van a la cámara gástrica, por lo que se presenta irritación del estómago y alteración en el sistema neuroendócrino.
- ❖ Su salud sexual y reproductiva se daña, la fijación del hidrocarburo provoca alteraciones en los ciclos hormonales con lo que se afecta el ciclo menstrual. Presentan resequedad en las

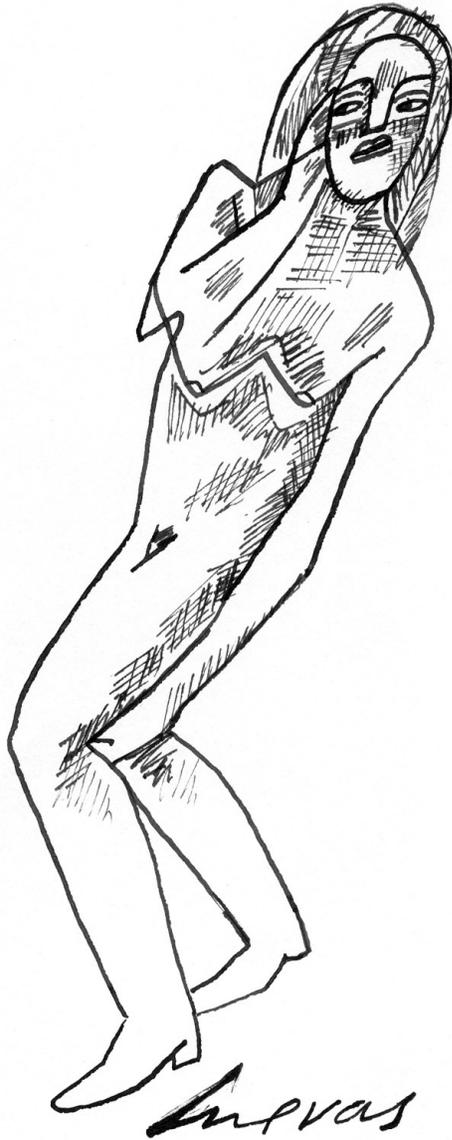
mucosas por ello pueden tener lesiones en el tracto vaginal al tener relaciones sexuales. Las alteraciones hormonales generan hemorragias intensas, dificultad para embarazarse y llevar a término su embarazo.

¿Qué consecuencias enfrentan?

- ❖ En lo individual sabe que se reprueba el uso y abuso de sustancias inhalables, lo que le genera culpa.
- ❖ En la familia son objeto de mayor violencia ya que se reprueba el uso y abuso de inhalables.
- ❖ En la escuela son discriminadas y estigmatizadas por la población estudiantil, lo que afecta en las relaciones con los demás, en ocasiones, tienen problemas por peleas con compañeros o compañeras, no cumplen con la disciplina y cometen faltas. Afectan su desempeño: bajan sus calificaciones, inasistencias, y pueden llegar a desertar de la escuela.
- ❖ La comunidad la rechaza, recibe críticas y estigmatización más severa que cuando se trata de los hombres.

En general, por contraponerse a las expectativas de su género, es rechazada y estigmatizada y tiene mayores daños en su salud física y mental.

CAPÍTULO 3
EL DOBLE ESTIGMA DE LA MUJER



CAPÍTULO 3

EL DOBLE ESTIGMA DE LA MUJER

En sociedad se establece la manera de clasificar a las personas y las características que se consideran como normales en los miembros de cada grupo social. Así, al encontrarnos frente a una persona desconocida, la primera apariencia nos permite catalogarla como hombre o mujer, niño, adolescente o adulto, joven o viejo, blanco o moreno, alto o bajo de estatura, etcétera. Si el extraño que está frente a nosotros presenta una característica que lo vuelve diferente a los demás y lo convierte en alguien menos agradable, dejaremos de verlo como a una persona común y corriente, para definirlo como “anormal” a causa de sus diferencias.

Estar frente a alguien “anormal” en muchos casos puede resultar desagradable y, regularmente, conlleva al menosprecio de la persona: se le devalúa o juzga por ser distinto y la diferencia que tiene respecto a los demás se considera como defecto, falla o desventaja. Una apreciación de esta naturaleza es un **estigma**. No todos los defectos que presenta alguna persona se señalan de la misma manera; se enfatizan principalmente aquéllos que no coinciden con las pautas de cómo debe ser o comportarse una persona o un grupo de personas.

Estigma es una palabra griega cuya definición más común se refiere a cicatrices, marcas o huellas en la piel resultantes de una plaga o enfermedad. Los griegos crearon el término **estigma** para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en la conducta de quien lo presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, un traidor o un criminal; es decir, una persona corrupta, deshonrada, a quien debía evitarse particularmente en lugares públicos. En medicina, el estigma se entiende como un signo clínico permanente que permite formular el diagnóstico de un enfermo; también se refiere a una marca o huella

profunda y duradera resultante de la presión de un objeto sobre una superficie. En sentido figurativo, implica realizar una acción infame, condenar de manera deshonrosa y definitiva la conducta de algunas personas. En la actualidad, esta palabra designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.

Las actitudes que se tienen hacia los “anormales” son del conocimiento público, pero una que predomina esencialmente es la de no considerarlos totalmente humanos. Tenemos conductas entre las que destaca la discriminación, debido a que a los individuos se les deposita una cualidad de inferioridad porque no logran vivir de acuerdo con lo que se considera “normal”.

Ante el rechazo, el estigmatizado trata de comportarse como cualquier otra persona; se esfuerza por demostrar que es un ser humano igual a los demás, un individuo que merece una oportunidad para desempeñarse con normalidad. Sin embargo, difícilmente logra olvidar que es diferente; se avergüenza por ese atributo que lo hace “anormal” y ante los “normales” siente una intensa necesidad de aceptación, siendo él quien debe realizar el mayor esfuerzo de adaptación.

Esto se debe a que las personas “normales” muchas veces, sin darse cuenta, manifiestan actitudes de rechazo, desaprobación y evitan el contacto social con los que son diferentes. Por esto, las relaciones que establece el estigmatizado resultan muy difíciles de manejar y mantener, ya que frecuentemente se ve expuesto a desprecios que lo pueden llevar a evadir el contacto con los demás, o bien, a responder con enojo y agresión. Debido a estas reacciones, se define a los anormales como tímidos, retraídos por naturaleza, o bien, como demasiado agresivos.

La manifestación de prejuicios y estereotipos negativos hacia grupos específicos es evidente. Los grupos más destacados son: los indígenas, los negros, los discapacitados, los que tienen malformaciones corporales, los obesos, los retardados, los enfermos mentales, los homosexuales, los enfermos de VIH sida, los alcohólicos y los adictos a drogas.

En todos estos ejemplos de grupos estigmatizados, incluyendo los que consideraban los griegos, se encuentran las mismas manifestaciones sociales. El estigma se aplica en un trato discriminatorio. Al señalar a un individuo como poseedor de algún defecto, se confirma la normalidad de uno mismo: tú eres “chaparro”, porque yo soy “alto”; tú eres “feo”, porque yo soy “guapo”; tú eres “tonto” porque yo soy “listo”; tú estás “mal”, porque yo estoy “bien”.

El problema y las consecuencias del estigma se hacen muy evidentes en las actitudes que pueden tener los niños hacia aquéllos que son distintos, y en la manera tan cruel en que señalan las diferencias: “el niño tonto”, “el niño cuatro ojos”, “el niño cojo”, “el niño negro”, etcétera. Una de las consecuencias de ser identificado como perteneciente a un grupo estigmatizado es la disminución de la autoestima, y ello afecta la valoración personal y el respeto por sí mismo. Una persona con un concepto devaluado de sí misma se percibe como inferior a las demás, incapaz de tener logros y, por ende, frustrada.

Esto también sucede a nivel social al marcar diferencias entre sexos, con los roles y funciones que establecen a la mujer como el sexo débil y al hombre el sexo fuerte, clara señal de estigma.

En la actualidad el término **estigma** se emplea para referirnos a una característica marcadamente desacreditadora o devaluatoria que se aplica en distintas situaciones:

- ❖ Ante deformidades del cuerpo: alteraciones congénitas como labio leporino y paladar hendido, trisomía del cromosoma 21, que refleja nuestra postura claramente estigmatizante al denominarla erróneamente “mongolismo”; problemas neurológicos como la parálisis cerebral infantil y otro tipo de trastornos entre los que podemos citar las alteraciones resultantes de la poliomielitis, las amputaciones, las deformaciones faciales, las quemaduras, la obesidad, etcétera.
- ❖ Estigmas tribales: Aquéllos que están relacionados con la raza, la religión y la nacionalidad. No es fortuito que un gran por-

centaje de los diversos estudios realizados sobre este tema se refiera específicamente a dos grupos de población: los negros y los judíos. Se considera que estos estigmas son susceptibles de ser transmitidos por herencia y de contaminar de manera general a todos los integrantes de una familia.

- ❖ Ante los defectos de carácter del individuo: falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas y deshonestidad, entre otras. Todos estos defectos se refieren a perturbaciones mentales, emocionales o alteraciones de conducta; se incluyen intentos de suicidio, homosexualidad, drogadicción, alcoholismo, etcétera; a estos últimos se les cataloga como enfermos. El concepto de enfermedad conlleva un estigma, debido a que ésta se considera una desviación del patrón normal de ser, reaccionar o comportarse de un individuo.

Todo enfermo entra en un proceso de estigmatización cuando la sociedad lo define y acepta como aquél que necesita y debe recibir atención, porque tiene un padecimiento que no le permite ser del todo “normal”. En muchos casos, debido a su enfermedad, no se le exige que trabaje o se haga responsable de sus obligaciones. Como respuesta a este beneficio, el paciente debe cooperar con su tratamiento siguiendo las indicaciones médicas. En el momento que se identifica (diagnostica) una enfermedad, se busca la manera de solucionarla (curarla), con objeto de lograr que el paciente vuelva a ser “normal”.

ADICCIONES Y ESTIGMA

Durante el periodo que comprende los últimos años del siglo diecinueve y principios del veinte, el consumo de drogas se asoció con la noción de estigma. La adicción a los opiáceos se consideraba un ejemplo de embriaguez, un trastorno funcional de los procesos

fisiológicos, o bien, una falta moral debida a un colapso de la voluntad. La opinión médica sobre el uso de opiáceos concebía esta condición de manera indistinta: como enfermedad o como vicio; quienes la definían como vicio argumentaban que la autoadministración crónica de estas sustancias representaba un lapsus moral y que la acción consecuente apropiada en estos casos debía ser el castigo y no el tratamiento médico.

En un segundo momento se decía que los adictos tenían algún déficit cerebral que los llevaba al uso de la droga; de igual manera, se les consideraba como “hombrecillos” con grandes ambiciones sociales, pero sin las habilidades necesarias para lograrlas. Por ello, el uso de la droga les proporcionaba una sensación de poder que los liberaba de sus sentimientos de inadecuación. Muchas de estas definiciones y representaciones sociales de adicto se mantienen vigentes hoy en día.

Generalmente se considera que los adictos tienden a realizar conductas social y moralmente reprobadas, que carecen de voluntad para “rectificar” su defecto y desde esta concepción estigmatizada, se cree que cualquier tipo de intervención va a fracasar, por lo que no tiene caso hacer nada por ellos.

Para comprender cómo se ve afectada una persona por el estigma de la drogadicción es necesario reflexionar acerca de:

- ❖ El grado en que el defecto o enfermedad se puede ocultar.
- ❖ Las expectativas que se tienen a largo plazo con el atributo o conducta estigmatizada, si se considera que puede cambiar o no.
- ❖ El grado en que afecta las actividades de la vida diaria.
- ❖ La apariencia física de la persona que tiene el atributo estigmatizado; si es agradable o desagradable.
- ❖ El grado en que la persona normal se considera responsable del atributo o conducta del estigmatizado.
- ❖ El grado en el que el atributo o conducta es dañino para los otros (los normales).

En el caso del consumo de sustancias, la manera en que se aplican estas categorías cambia dependiendo del género (sexo) de la persona. Al hablar del consumo de sustancias, no es lo mismo hacer alusión a un varón-adicto que a una mujer-adicta. La mujer adicta experimenta lo que se conoce como “doble-estigma”, ya que se le considera doblemente anormal debido a que:

- ❖ Existe un concepto altamente negativo que asocia a la adicción femenina con la promiscuidad sexual. Se dice que “toda mujer adicta es prostituta”.
- ❖ El consumo de sustancias se convierte en un impedimento para que cumpla con su función social, como **“única”** responsable de preservar y transmitir los valores morales y espirituales de la sociedad. Se dice que: “Una mujer adicta ha perdido todos sus valores y principios”, por lo que no es capaz de criar y educar a sus hijos.
- ❖ Como tiene menor poder y status que el hombre, para la sociedad "una mujer adicta es peor que un hombre adicto; y si consumen drogas ilegales se agrava el estigma, lo que implica desacreditación y rechazo. Se observa como una conducta “desviada” que daña la moral y la “decencia” familiar e individual.

Tradicionalmente, el consumo de sustancias ha sido un problema que se presenta en la población masculina, por lo que su atención está dirigida a los hombres adictos. Los programas de tratamiento y rehabilitación han sido diseñados para varones, sin considerar las necesidades específicas de las mujeres, debido a que se desconoce la experiencia de ellas involucradas en las drogas.

Algunos estudiosos juzgan a las mujeres adictas como una “población especial”, lo que hace evidente que el consumo de sustancias es considerado un fenómeno masculino. Si bien la población más afectada por el consumo de sustancias sigue siendo, a nivel nacional e internacional, mayoritariamente masculina, en los últimos años se ha registrado un claro aumento del consumo en la población femenina, y este fenómeno debe ser tomado en

cuenta para el diseño de opciones de tratamiento y prevención que respondan a las necesidades particulares de las mujeres adictas.

Para lograr este objetivo es necesario comprender la forma en que los conceptos de salud y enfermedad se aplican para el hombre y para la mujer. Para ello hay que visualizar las situaciones en que se desarrolla la vida de las mujeres con problemas de abuso y adicción a sustancias, incluyendo sus experiencias con su familia nuclear, la violencia, la sexualidad y algunos problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, todos matizados y claramente diferenciados del hombre.

Cualquier cosa que hace el ser humano se encuentra definida por las relaciones que establece en los grupos a los que pertenece: familia, escuela, comunidad, etcétera, así como por las necesidades y demandas específicas a las que ha de responder en cada uno de esos grupos. La sociedad señala la manera en que un niño debe comportarse para ser aceptado. Estas pautas de comportamiento o conductas apropiadas se encuentran diferenciadas claramente para un sexo y otro; a una niña se le permite jugar con muñecas o a “la casita”, mientras que un niño debe jugar con cochecitos, herramientas, armas o aviones de juguete. Así, a los tres años queda definida la identidad de género (sexual).

La identidad de género conlleva el concepto que se forma una persona de sí misma en su proceso de incorporación a la sociedad, en función de lo establecido por ésta. Dicho proceso se inicia a partir del nacimiento y, llegada la adolescencia, niños y niñas presentan un modelo diferenciado de cómo deben comportarse. Todas las culturas elaboran conceptos diferentes para ambos géneros, que implican ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes, prohibiciones, que se convierten en estructurantes de la identidad de cada sexo.

De este modo, los sistemas de género son los conjuntos de representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual y que marcan la manera en que se establecen las relaciones entre personas sexuadas (pareja y,

posteriormente, familia). La sociedad prepara a los hombres para dominar y transformar al mundo y a las mujeres para la reproducción. A los hombres, en cambio, se los entrena para ser fuertes, valientes, seguros, activos, racionales, etcétera, porque se dice que “así son por naturaleza”. De las mujeres en general se espera que sean dulces, sumisas, dependientes, sacrificadas, pacientes, maternas, abnegadas, dóciles, condescendientes, dispuestas a hacer cosas por los demás, a postergar sus necesidades, etcétera, porque así “deben ser”.

Para las mujeres, las relaciones sociales y los vínculos son necesarios para afianzar su autonomía y autoestima: a la mujer se le hace creer que necesita de un hombre para realizarse como ser humano. Del mismo modo, la desconexión y el aislamiento son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima. No es que los hombres no necesiten desarrollar vínculos de intimidad y reciprocidad, sino que desde esta concepción, para ellos el establecimiento de relaciones no es parte de su realización personal.

Como sistema social la familia tiene la misión de estructurar las relaciones y organizar la vida en sociedad de los dos sexos, con objeto de asegurar que se cumplan las funciones de procrear, proteger, criar a los niños y garantizar la continuidad social entre las distintas generaciones. Está claro que se define a la mujer, más que al hombre, como responsable de esta misión familiar, por lo que es frecuente valorarla por el cumplimiento de sus funciones familiares: “una mujer se realiza a través de sus hijos”, “una mujer sin hijos... no es mujer”.

Por supuesto que esto tuvo su origen en la supervivencia de la especie; para que los hombres pudieran tener la libertad de explorar, descubrir, desarrollar nuevas sociedades o salir a trabajar, se necesitaba de alguien que manejara los hogares en los que residían con sus hijos y se ocupara de satisfacer las necesidades cotidianas: la mujer. Esta situación dio origen a los roles de género diferenciados.

Es evidente que el desarrollo individual de la mujer se ve afectado por las diferencias de género, que implican expectativas

muy distintas para el matrimonio y la vida en pareja, matizadas por la desigualdad en la distribución de las responsabilidades en la casa o respecto a la educación de los hijos. Tal situación ubica a la mujer en un plano de choque entre las demandas a las que ha de responder para “cumplir como madre-esposa-ama-de-casa” y sus intereses, aspiraciones y posibilidades de desarrollo personal. Como consecuencia de lo anterior, en la mayoría de los casos, se presenta un marcado desequilibrio manifestado en el deterioro de su salud emocional.

Es indispensable mencionar que dichas responsabilidades y desigualdades son entendidas muchas veces como **“naturales”**. La identidad de género no es natural ni inmutable, es aprendida, cambiante y está determinada por el proceso de incorporación del niño a la familia y a la sociedad, mediante el aprendizaje de ideas, ritos y costumbres que la misma sociedad considera apropiados y “normales” para los varones y las mujeres.

En la actualidad están surgiendo cambios notorios respecto a las creencias de cómo debe ser un hombre y cómo debe ser una mujer: la familia tradicional en la que la mujer se dedica al hogar y el hombre a trabajar para sostener a la familia, se está modificando. La mayoría de los cambios consisten en que las mujeres han ingresado al mercado al laboral, con la responsabilidad de cubrir permanentemente una parte de los gastos de la familia, sin que exista para ella la opción de quedarse en el hogar debido a que contar con los dos ingresos por familia se ha convertido en una necesidad ineludible.

Sin embargo, no se ha producido una modificación significativa en la posición de los hombres respecto a la vida hogareña, ni un verdadero cambio en las actitudes básicas de la mayoría de los hombres y las mujeres en torno a la organización familiar, aun cuando existen casos aislados de reparto equitativo de las responsabilidades domésticas. De este modo, en la actualidad la mujer enfrenta una sobrecarga de trabajo en todos los ámbitos (laboral, familiar, doméstico). Algunos estudios muestran que el exceso de tareas y

funciones aumentan los riesgos de incidencia en el consumo de sustancias en la mujer, así como de recaídas, por la ansiedad que le provocan el exceso de obligaciones.

Durante la última década del siglo XX, el consumo de sustancias ha aumentado en la población femenina. A diferencia del hombre adicto, las exigencias sociales de género, colocan a la mujer adicta frente a un doble estigma: los criterios al juzgarla y las presiones sociales que experimenta son más desfavorables y severas; esto, debe aunarse a la carencia de opciones de tratamiento dirigidas específicamente a la mujer. En este punto se hace indispensable adoptar una perspectiva de género que permita analizar y modificar las condiciones que dan lugar al doble estigma de “adicta-femenina”.

Regularmente, un varón adicto asiste a tratamiento acompañado por una mujer que puede ser su madre, esposa-pareja o hermana, quien lo apoya en su recuperación, convirtiéndose en interlocutora cotidiana de los terapeutas y los programas comunitarios de rehabilitación. Las mujeres tienen un protagonismo muy destacado como gestoras o sostenedoras de los procesos terapéuticos. Las madres con hijos drogodependientes son el principal apoyo para ellos. Los padres, en cambio, suelen mantenerse en la periferia.

Para quienes trabajan en el ámbito de la atención a drogodependientes, es frecuente encontrar a mujeres no consumidoras que permanecen al lado de su pareja hombre-adicto durante años. Soportan malos tratos, doble jornada de trabajo, ejercen como cuidadoras, enfermeras, se implican en los tratamientos, además de un largo etcétera.

Cuando es la madre quien presenta la adicción, la familia sufre más que si se tratara de otro miembro, ya que por su rol de género, ella es la principal responsable del hogar. Una mujer farmacodependiente enfrenta diversos obstáculos para solicitar y recibir tratamiento y, muchas veces encuentra la oposición explícita de la pareja o de los padres, que generalmente minimizan la importancia y la gravedad del consumo o lo niegan del todo.

Regularmente, la mujer no cuenta con la misma disponibilidad de ayuda y acompañamiento familiar, específicamente de la pareja, que, en la mayoría de los casos, no está dispuesta a apoyar en las labores domésticas o el cuidado de los niños mientras ella asiste a tratamiento. En este punto queda claro que la presión social para el cumplimiento de las responsabilidades como madre de familia y ama de casa, no le permiten asumir el “papel de enferma” ni “dejarse cuidar y curar”.

Si un hombre no consumidor abandona a su pareja adicta, cuenta con el respaldo de su entorno. Por el contrario, si la mujer no consumidora decide poner límites o determinar una fecha para la separación de su pareja adicta, se encuentra con una total falta de respaldo familiar: se la acusa de ser poco comprensiva con un enfermo, su hombre adicto. La presión social coloca su bota sobre la cabeza de la mujer y la hace quedarse, hipotecar su futuro y sus sueños de independencia. A cambio, le regala uno de esos galardones que no sirven para nada: la medalla de la renuncia y de la abnegación.

Hablar de internamiento resulta particularmente crítico, porque, además de la necesaria separación de los hijos, la adicta teme perder la patria potestad, aunado a que no cuenta con redes de apoyo, sosten económico o para el cuidado de los hijos. En muchos casos, el abandono del tratamiento está determinado por las demandas que enfrenta como ama de casa, madre y esposa, las que debe retomar lo antes posible. Muchos terapeutas que no consideran estos factores, interpretan el abandono del tratamiento como escasa motivación o falta de compromiso de la mujer para su recuperación.

Las causas de incidencia en el consumo de la mujer pueden ser parecidas a las de los hombres, pero no son las mismas. Podemos encontrar, tanto en hombres como en mujeres, situaciones de conflicto familiar, de abusos sexuales, de falta de habilidades sociales y de capacidad para afrontar situaciones negativas, pero en el caso de las mujeres, todo se acentúa debido a una mayor marginalidad.

Lo mismo sucede con las vías de acceso a la droga y las consecuencias físicas, psíquicas y sociales del consumo. Las chicas

pasan por situaciones más duras: agresiones, prostitución, violaciones, engaños, abandonos, embarazos con posible pérdida de hijos y desarraigo familiar. Tienen mayor precariedad económica, menores oportunidades de trabajo y la sociedad les ofrece menos comprensión.

Las conductas de trasgresión asociadas con el consumo de sustancias, son más severamente criticadas y sancionadas en las mujeres, porque de acuerdo con el patrón cultural, están identificadas con lo masculino. A un hombre se le celebran las “gracias” que hace cuando está borracho, pero a una mujer no se le perdonan. Las mujeres adictas experimentan un mayor estigma que los hombres, más estresante y más destructivo, pues es vista como mala madre, como esposa irresponsable. Todo ello da lugar a marcados sentimientos de culpa, vergüenza e incapacidad que pueden llevarla a ocultar su adicción o bien a no solicitar tratamiento para no ser **estigmatizada** como “adicta” o “loca”.

Algunas condiciones de género como la importancia de las relaciones personales para la identidad femenina, la necesidad de afecto y el miedo a la soledad (en especial respecto del varón-pareja), se convierten en un factor de riesgo para el uso de sustancias. Muchas mujeres se inician en el consumo por su relación con un varón adicto (para comprenderlo más, para compartir amistades y experiencias, para no dejarlo solo, para complacerlo, etcétera).

Las ideas y conceptos que pretenden ser neutrales son, de hecho sexistas, porque reproducen la creencia social de que existe igualdad entre hombres y mujeres:

- ❖ Las mujeres se encuentran realmente en desventaja en nuestra sociedad y el no reconocerlo significa mantener esa desventaja.
- ❖ Todas las intervenciones deben tomar en cuenta el género, reconociendo las diferencias existentes en los procesos de socialización para mujeres y para hombres, prestando atención al modo en que estos procesos ponen en desventaja a las mujeres.

Quizá los recursos de la red pública para el tratamiento de la adicción a las drogas sean insuficientes, pero está claro que se han realizado pocos esfuerzos para comprender y resolver dicha estigmatización, sin que exista un modelo de tratamiento diferencial, que incorpore la evolución distinta de la mujer y las condiciones que enfrenta ante el consumo de sustancias.

Comprender el doble estigma aplicado a la mujer drogodependiente permite prestar especial atención al sistema personal, social y político que juzga de manera distinta a cada sexo. Las mujeres adictas sufren mayor rechazo familiar, su autoestima está más deteriorada, su vulnerabilidad hacia enfermedades asociadas con el consumo es más alta y estas condiciones específicas ameritan un abordaje particular, distinto al de los hombres adictos, es decir, requieren un abordaje de género.

Las mujeres expresan el malestar psíquico de una manera distinta a los hombres, siguen un proceso específico en el momento de enfermar que está ligado con la organización de la vida cotidiana y con las condiciones emocionales unidas a la misma, a su rol de género. Sin embargo, no se trata de un grupo homogéneo, por lo cual es preciso tener en cuenta la diversidad de raza, condición socioeconómica, edad, condición marital, *status*, etcétera, que son particularidades clave para la planificación de estrategias de tratamiento y prevención dirigidas a la mujer. Es necesario considerar el momento del ciclo vital por el que transitan para comprender los diferentes efectos que el consumo de drogas produce en ellas y en las familias.

Existen disimilitudes entre las mujeres de mediana edad que consumen psicofármacos o alcohol para “soportar” sus condiciones de vida desagradables, para tornarse sumisas y complacientes y permanecer en la misma situación. Por otra parte, las mujeres jóvenes que consumen drogas ilegales, comparten códigos “de la calle” con los varones, sobreadaptándose a ellos a manera de ser aceptadas y buscando cierta “liberación” y desafío. En el primer grupo, la dependencia afectiva y la dificultad para decir **no** o imponer

condiciones, el miedo a la soledad y a la desconexión afectiva, las lleva a tolerar abusos o violencia por parte de la pareja, tornándose adictas al adicto o adictas a la relación. Estas mujeres no constituyen un grupo especialmente patológico (masoquistas, melancólicas, etcétera), sino que en ellas se presentan amplificados estereotipos y mandatos sociales que ubican a varones y mujeres en lugares jerárquicamente desiguales en las relaciones, independientemente del problema de las drogas.

Frecuentemente, por cuidar la salud del bebé las mujeres dejan de consumir drogas durante el embarazo, sin acudir a tratamiento ni recibir ayuda específica. Si se iniciaron con el varón o consumen con él o con otros miembros de la familia, es mayor el riesgo de que vuelvan a las drogas después del parto, lo cual intensifica los sentimientos de culpa que a menudo se ven reforzados familiar o socialmente (“ésas no son cosas que debe hacer una madre”).

El embarazo es un momento muy propicio para el tratamiento y la prevención. Sin embargo, las mujeres embarazadas encuentran dificultades para recibir asistencia, debido a la fragmentación o a las carencias de los servicios de salud. Simultáneamente, la presión social puede reforzar en la mujer embarazada la necesidad de ocultar la adicción, lo que le impide el acceso a la información y a la orientación necesarias.

Para sostener su consumo, las mujeres pueden involucrarse en la prostitución o el delito. En otros casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, en el que incurren como la única oportunidad de conseguir dinero. También los varones pueden intercambiar sexo por droga, pero se genera una mayor estigmatización (desprecio, devaluación y censura) hacia las mujeres, como si consumir drogas implicara necesariamente ser prostituta. Incluso se llegan a justificar actos de violencia sexual en contra de mujeres que consumen drogas y las responsabilizan de lo sucedido.

Muchas mujeres padecen situaciones de gran estrés y tensión, agravadas por la crisis económica y el desempleo propio o de otros miembros de la familia. Surgen así estrategias de supervivencia

que aumentan el riesgo de consumir sustancias como un modo de contención para los conflictos que despiertan sus condiciones de vida frustrantes.

Del mismo modo, la necesidad económica y la falta de oportunidades de trabajo, llevan a muchas mujeres a involucrarse en la venta de drogas y, de hecho, se registra un aumento significativo en nuestro país y en otros de América en la cantidad de mujeres recluidas por delitos de tráfico.

En general, los programas de prevención del abuso de drogas no han incluido las diferencias entre varones y mujeres como una variable en su diseño e implementación. No se toma en cuenta que los patrones de consumo, las causas y las consecuencias del abuso de drogas en la población femenina difieren de las de los varones. Muchas de las propuestas planteadas en los programas de atención a la salud de la mujer están contruidos según presunciones neocolonialistas, sobre el *status* de las mujeres como dependientes y de los hombres como proveedores, lo cual ha servido frecuentemente para privar a las mujeres de algunos derechos básicos.

La aceptación de esta situación es el primer paso; el segundo sería modificar la concepción de los roles de género, así como las desigualdades y las desventajas que conllevan a ser “normales o naturales”. Este cambio es necesario en todos los ámbitos: individual, familiar y social, así como en todos los niveles de intervención: prevención, tratamiento y rehabilitación.

Es necesario buscar y modificar las premisas de género que condicionan la conducta y los roles según el sexo y que restringen las opciones de las mujeres para dirigir sus propias vidas. Para ello, habría que examinar nociones como la que se le asigna a los hombres de autonomía (en realidad separación), y a las mujeres, vinculación (en realidad dependencia) y que llevan a confundir desvinculación con autonomía y madurez –dos cualidades sumamente valoradas por la sociedad–, mientras que equiparan vinculación con dependencia y señal de inmadurez asociada con la mujer y desvalorizada socialmente. La madurez se puede definir como la autonomía con vinculación

emocional, ambas necesarias para el desarrollo y el crecimiento psicosocial del individuo (sea hombre o mujer). Este tipo de cambios –y muchos más– se hacen necesarios para una reestructuración paulatina de la identidad y del rol de género (masculino y femenino).

Para la atención terapéutica es indispensable manejar estrategias de intervención distintas para hombres y para mujeres. Hay que hacer énfasis en que no existe intervención que prescindiera de la diferencia de género y que toda intervención tendrá un significado diferente y especial para cada sexo. Se debe reconocer que a la mujer se le impone la responsabilidad de las relaciones familiares, de enfrentar los dilemas y conflictos, de tener y criar a los hijos en nuestra sociedad, mientras que al hombre se le libera de estas responsabilidades. A ello hay que agregar la ansiedad resultante de trabajar fuera del hogar y tener que dejar a los hijos al cuidado de otros (abuelos, guarderías, nanas, etcétera), situación que en muchos casos le crea a la mujer sentimientos de culpa en cuanto al cumplimiento cabal de su rol de madre. Es indispensable contar con espacios terapéuticos específicos (grupos de mujeres, grupos de esposas y novias) que permitan fortalecer sus recursos, aumentar su valoración personal y sostener contextos en los que circule la ética del respeto por las diferencias y no la lógica de la estigmatización.

Es importante recalcar las posibilidades de desarrollo para la mujer fuera del matrimonio y la familia. Para ello resulta sustancial la formación de redes de mujeres, ya que la mayoría de los estudios realizados coinciden en señalar que es común que las mujeres presenten niveles de autoestima mucho más bajos y niveles más elevados de ansiedad que los varones.

Esta reseña no pretende abarcar la complejidad de la relación mujer-droga sino poner de manifiesto la necesidad de romper el doble estigma depositado en la mujer adicta, a través de una concepción que incluya las diferencias de género y permita diseñar programas de atención específicos, en el entendido de que existe un proceso de desarrollo psicosocial distinto entre hombres y mujeres que es necesario modificar.

CAPÍTULO 4
LA FAMILIA



Aueras
99

CAPÍTULO 4

LA FAMILIA

Al referirnos a la familia, pareciera que todos compartimos el concepto que siempre ha regido para definirla, el mismo prototipo de familia y cuya organización es igual en casi todas las culturas. Sin embargo, existen muchos tipos de familia. Este grupo social ha tenido infinidad de cambios a lo largo de la historia y actualmente, inclusive en las distintas sociedades prevalecen variadas maneras de organización para la familia.

La familia se transforma influida por los cambios sociales y viceversa. Familia y sociedad se encuentran en permanente transformación. A lo largo de la historia, ha tomado y abandonado distintas funciones, ha aumentado y disminuido el número de sus integrantes y han variado las relaciones entre ellos. Los cambios en el tamaño, la estructura y la composición de la familia han generado formas de organización innovadoras.

La imagen de familia que predomina en la sociedad actual es una representación de la familia nuclear tradicional compuesta por papá, el proveedor; mamá, la encargada de cuidar a los hijos y de las tareas del hogar, y los hijos que esta pareja haya procreado, dedicados a educarse y desarrollarse. Esta familia típica es aún la más frecuente en México, pero hay una tendencia creciente a la constitución de otras formas de organizaciones y de convivencia familiares.

La Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud en 2010, refiere que la mayoría de los jóvenes viven en hogares con la presencia de ambos padres. Las actividades familiares se distribuyen por género de forma tradicional, por ejemplo, las niñas y mujeres siguen participando prioritariamente en los quehaceres domésticos o el cuidado de los infantes y personas adultas mayores, así como llevar a quienes enferman al médico y asistir a las juntas escolares. Mientras que el aporte económico o las

reparaciones domésticas se asignan a los varones. De acuerdo con el censo del INEGI aplicado a la población en general, los cuidados y apoyo a familiares los realizan las mujeres en 75.1%, mientras que el 24.9% lo hacen los hombres.

La misma encuesta destaca que de los 7.8 millones de jóvenes que no estudian ni trabajan, 5.9 millones son mujeres, es decir, representan tres de cada cuatro jóvenes en esa circunstancia. Y de esta población femenina, 72.1% manifestaron que sus principales actividades son realizar tareas domésticas y cuidado de personas. Mientras que sólo 9.8% de los hombres participa en esas labores.

Los cambios económicos, políticos y culturales generan nuevas formas de interacción y expectativas en la familia. A principios del siglo veinte predominaban las familias extensas, en las que cohabitaban tres generaciones; aun cuando existía distribución del trabajo, todos colaboraban en la producción y la economía familiar. Hoy día algunos núcleos, por ejemplo los campesinos, todavía mantienen esta forma de organización.

La influencia de la revolución industrial ya se había manifestado años antes en varios países e incluso en algunos sectores de México. Con ello, las familias tendieron a transformarse en nucleares. Después de la revolución mexicana y con la emigración del campo a las ciudades, predominó la forma de organización de la familiar nuclear.

La obtención del voto femenino, el movimiento feminista iniciado desde mediados del siglo pasado, el aumento de la incorporación de la fuerza de trabajo femenina al mercado laboral en los años setenta, el mayor nivel educativo de las mujeres, la baja en la natalidad, el aplazamiento de la edad de matrimonio y del nacimiento del primer hijo, el incremento de la migración, la reducción de matrimonios, el aumento de divorcios, los nacimientos fuera del matrimonio, las uniones libres y las segundas nupcias, son factores que influyeron y lo siguen haciendo, en las transformaciones de la vida familiar.

Hoy día surgen otros tipos de familias con mujeres que asumen la doble función de trabajar y cuidar a los hijos, hombres que han

migrado o que están desempleados, parejas que no tienen hijos, hijos que viven con uno solo de sus padres, abuelas o abuelos que viven con los hijos y los nietos; tíos y tías que cuidan a los sobrinos, parejas homosexuales, hermanos mayores que asumen la responsabilidad de los menores. Las familias en la actualidad han cambiado con mayor rapidez y flexibilidad que en décadas anteriores.

Esta diversidad hace muy difícil encontrar una sola definición de familia que abarque todas las modalidades existentes. Si la describimos como un grupo de personas unido por lazos de parentesco legal o consanguíneo, vivan o no en el mismo hogar, estaremos abarcando al mayor número de tipos de familias. Hay parientes que no viven juntos y hay personas que no tienen parentesco y que viven juntas sin la mediación de un contrato legal.

El concepto de familia requiere de una definición flexible e incluyente, que reconozca la diversidad de familias y que les otorgue el mismo valor, independientemente de la composición de la misma. De esta manera, a cualquier grupo de personas que comparten un proyecto de vida en común, con vínculos íntimos de apoyo, cercanía y reciprocidad afectiva, que se reconozcan como pareja, tengan hijos o no, sean éstos propios o adoptados, debemos permitirnos llamarles familia, si ellos se consideran integrantes de un núcleo familiar.

Independientemente del tipo de familia del que se hable, sus funciones siguen incluyendo la transmisión de pautas y prácticas culturales, valores y normas de cómo debe comportarse una niña o un niño, formas de socializar, hábitos y costumbres. En el seno de una familia se comparten afectos, se definen responsabilidades para hombres y para mujeres, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, se experimentan los sentimientos más significativos, se comparte un sentido de pertenencia y se construye la identidad de las personas.

FAMILIA NUCLEAR

El Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, señala que 64% de los hogares mexicanos se conforma por familias nucleares, seguido por los no nucleares con 26.3%; en contraste, los hogares unipersonales (personas que viven solas) representan 8.8%.

A diferencia de las familias extensas en las que convivían tres generaciones y cuya organización obedecía a la salvaguarda del patrimonio sujeto a herencia, las familias nucleares surgen después de la revolución industrial y su organización está en función de las sociedades de producción. El hombre es el proveedor de la familia, la mujer es responsable del cuidado y la educación de los hijos, así como de las tareas domésticas y los hijos se dedican al estudio, a su formación y desarrollo.

No obstante que este tipo de organización familiar es la más frecuente, actualmente encontramos diversas variantes de roles de género y de funciones familiares que transforman la organización tradicional.

La mujer ya participa en actividades de la vida pública, en empleos o subempleos, aunque no ha abandonado sus funciones tradicionales, por lo que cumple doble jornada: la remunerada y la del hogar. Para el hombre ya es más difícil asumir el rol de proveedor único; sin embargo, se muestra todavía reacio a participar en los quehaceres domésticos, al contrario de lo que se observa en la mujer en cuanto a incorporarse a las actividades remuneradas.

La postmodernidad, con la llamada revolución tecnológica, influyó para dar origen a arreglos familiares distintos a los tradicionales. La familia se organiza cada vez más en función de la sociedad de consumo, influida por los medios electrónicos. El padre trabaja, la madre trabaja, los hijos pasan largo tiempo con los amigos y frente al televisor. Ahora, no sólo siguen los valores y las normas de los padres; el ser aceptados por los amigos y adoptar los modelos difundidos en los medios, son dos fuentes importantes que intervienen en la formación y el desarrollo de los jóvenes.

Cabe resaltar la tendencia a la disminución de los matrimonios y el aplazamiento de la edad para casarse. En 1995 los hombres se casaban, en promedio, a los 23 años de edad y las mujeres, a los 20. Para el 2001, los hombres tenían, en promedio, 27 años al casarse y las mujeres 24.

Hay quienes aseguran que estamos viviendo la crisis y la disolución de la familia; nosotros creemos en su capacidad de transformación, en la tendencia hacia tipos de convivencia innovadores y en la gran diversidad de arreglos familiares, que serán reconocidos y aceptados gradualmente por los distintos grupos sociales.

FAMILIAS MONOPARENTALES

Se les llama así a las familias compuestas por la madre o el padre y al menos un hijo; también se les conoce como uniparentales. Se originan por varias razones: muerte de uno de los cónyuges, migración, decisión de ser madre soltera, por separación, divorcio, o abandono de uno de los padres.

Las madres solteras han sido estigmatizadas durante muchos años; sin embargo, cada vez se les acepta más y se respeta su decisión de tener hijos y criarlos, sin la necesidad de una pareja. Estas familias tienen en mayor proporción jefatura femenina y tienden a aumentar en número; son menos los padres solos que asumen la crianza de los hijos.

Las redes de apoyo, ya sea de la familia extensa, los vecinos, los amigos, los compañeros de trabajo, las guarderías y las instituciones, son un soporte importante para el padre o la madre que se hace cargo de la familia. Estas redes proporcionan seguridad y confianza para el bienestar y el desarrollo de los miembros de ésta, sobre todo cuando trabaja el padre o la madre con quien viven.

FAMILIAS CON JEFATURA FEMENINA

En estas familias las mujeres aportan el mayor o el único ingreso familiar y son la máxima autoridad en la toma de decisiones.

Los cambios económicos, políticos, sociales y demográficos han demandado modificaciones en la organización familiar, así como también en la mayor participación de la mujer en el trabajo remunerado. De acuerdo con el INEGI (2010) en México se incrementaron en 4% las familias con jefatura femenina del año 2000 al 2010. En este último año se contaron 28.2 millones de hogares, de los cuales 6.9 millones son encabezados por mujeres, es decir, se tiene una razón de 3.07 hogares con jefatura masculina y 1 con jefatura femenina.

Las causas que originan que haya aumentado la jefatura familiar femenina son diversas; entre ellas se encuentran: el mayor número de separaciones y divorcios; el incremento de mujeres que deciden ser madres solteras; el aumento en el índice de viudez en la mujer, resultado de la mayor esperanza de vida femenina; la necesidad de apoyo a la economía familiar; el desempleo de la pareja masculina; los patrones migratorios –particularmente, de las mujeres jóvenes a las ciudades– la transformación de la familia, y los roles de género.

Aumentar el nivel educativo e incrementar su participación en el ámbito público, en actividades extradomésticas, con la consecuente mayor responsabilidad económica en los hogares, han sido logros indiscutiblemente femeninos.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, hay más hogares de mujeres mayores de 35 años, y una de cada cuatro jefas de hogar es mayor a 65 años de edad; las causas más frecuentes de este fenómeno obedecen a la viudez o al divorcio. Cabe resaltar que poco más de la mitad de las jefas de hogar carece de escolaridad o no terminó la primaria, lo que hace que su trabajo principal sea el servicio doméstico por el que se obtienen ingresos muy bajos. Ocho de cada diez jefas de hogar viven en medios urbanos.

Las jefas de hogar tienen la responsabilidad de proveer el ingreso familiar y desarrollar sus funciones de madre-esposa. Esta situación genera altos niveles de cansancio, estrés y ansiedad y, muchas veces, es causa de depresión derivada de la exigencia por cumplir con múltiples roles.

Ser cabeza de familia significa enfrentar conflictos y tensión generados en el trabajo (porque perciben menor salario que el hombre), en muchas ocasiones ser víctima de hostigamiento sexual, soportar jornadas de trabajo que obstaculizan el cuidado y la atención de los hijos, etcétera. Todo esto les provoca, además de culpa, ansiedad ante las exigencias de cumplir con la segunda jornada que corresponde a la casa: limpieza, preparación de alimentos y atención de los hijos. Esta es, pues, la realidad que viven hoy día muchas jefas de hogar.

El papel de la mujer como jefa de hogar impacta en las relaciones familiares: se presentan fragilidad y debilitamiento en los vínculos afectivos, modificaciones y conflictos en los roles familiares, confusión, tensión y ansiedad en el núcleo familiar.

Estas fuentes de estrés y ansiedad derivadas del cumplimiento de sus diversos roles y los consecuentes conflictos familiares, predisponen el consumo de alcohol y drogas de uso médico, que son las principales sustancias que usan las mujeres adultas y, en menor medida, de cualquier otra droga. La mujer consumidora de drogas es doblemente estigmatizada, como ya se dijo en el capítulo anterior.

FAMILIAS RECONSTITUIDAS

Son el resultado de una segunda o de posteriores uniones de pareja, se establezca o no contrato matrimonial, y se le conoce también como fenómeno de monogamia sucesiva.

Uno o los dos integrantes de la pareja vienen de otra relación. Pueden o no vivir con los hijos nacidos del matrimonio anterior y con los hijos resultado de esta nueva unión. De cualquier forma,

cada vez hay más hijos que viven con un padrastro o una madrastra y los niños o adolescentes suelen tener medios hermanos.

Son más los hombres que establecen segundas uniones, aunque ahora lo hacen también cada vez más mujeres. Los hombres cuentan con más justificaciones culturalmente aceptadas: está bien visto que formen pareja con mujeres más jóvenes, los hijos generalmente quedan al cuidado de la madre y socialmente es más tolerado que el hombre tenga nueva pareja, mientras que la mujer-madre es criticada; al hombre incluso se le motiva para que realice una nueva unión, para que tenga una mujer que lo cuide y se encargue de sus hijos. Las mujeres generalmente tienen la custodia de los hijos y es más difícil que un hombre las “acepte con sus hijos”.

En los primeros años de vida de una familia reconstituida se requiere del esfuerzo de adaptación de la pareja, de los hijos y de los hermanos, tanto entre ellos, como con sus respectivas familias de origen. Pasan por un proceso de reestructuración en el que los integrantes de la pareja intercambian formas de negociación para la convivencia cotidiana que abarcan las tareas del hogar, las normas y los límites que se establecen para la educación de los hijos de las diferentes edades y transitan por la reorganización de los vínculos afectivos.

Este proceso de separación-adaptación toma tiempo, posiblemente genere enojo, culpa, rechazo, confusión, angustia o resentimiento en los hijos, conflicto con la nueva pareja del padre o la madre; todo ello superable con el esfuerzo de la renegociación, proceso que puede aligerarse si se logra transmitir la seguridad del afecto de los padres.

En algunos casos, el vínculo con la familia de origen del ex-cónyuge, tiende a debilitarse; en otros se mantiene, pero también pueden surgir nuevas redes de apoyo con la familia del nuevo cónyuge.

FAMILIAS CON ADOPCIÓN

Se refiere a aquéllas familias en las que por diversas circunstancias se han adoptado hijos.

El motivo más común es que alguno de los integrantes de la pareja tenga algún problema de fertilidad, aunque también existen parejas con hijos, que deciden adoptar uno más y otras que adoptan y luego tienen otros hijos.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es una institución que protege a los menores desamparados y tiene programas para integrarlos al seno de una familia. Para adoptar a un niño se deben tener por lo menos 17 años más que el menor, ser persona de buenas costumbres, aprobar exámenes psicológicos y socioeconómicos para demostrar que se tiene la madurez mental y la solvencia económica suficiente para la manutención del menor, no tener antecedentes penales y demostrar que la adopción es benéfica para el menor.

El niño adoptado adquiere los mismos derechos que un hijo biológico y una vez que se dicta la sentencia judicial de adopción, ésta es irrevocable.

Es importante que los padres adoptivos reflexionen y cuestionen los mitos alrededor de la adopción. Al momento de adoptar también se cuenta con servicios que ofrecen capacitación para el ejercicio de la función parental.

Algunos padres se preguntan si los niños deben o no ser informados de que son adoptados y de cuándo y cómo hay que decírselos. Existe el miedo de que la verdad los lastime y, sobre todo, de que el hecho finalmente los separe de sus padres. No existen formas ideales de comunicarles la adopción; lo más importante es demostrarles afecto y platicarles lo importante que han sido para sus vidas. Los expertos recomiendan contestar sólo lo que los niños pregunten, en forma clara, y contar la historia relacionada con la adopción cuando tanto los padres como el hijo consideren que están preparados para escucharla.

FAMILIAS DE MIGRANTES

Puede ser que toda la familia migre o que sólo lo haga uno de sus integrantes.

La razón fundamental para migrar es económica: buscar oportunidades que el país de origen no ofrece. Los hombres migran en mayor proporción que las mujeres, porque para ellos es una de las pocas opciones que existen para subsanar la economía familiar.

La migración es un fenómeno social que va en aumento. Se presenta del campo a las ciudades, de una ciudad a otra, en un mismo país y de un país a otro.

La familia migrante conlleva el dilema de adaptación a nuevas formas de vida, lenguaje, alimentación y al aprendizaje de un nuevo contexto, al tiempo que la añoranza del lugar de origen que representa su historia y su cultura, será una constante.

Las personas que van a otra ciudad o país se enfrentan a una cultura diferente en la que viven una situación de minorías y marginación, realizando tareas de baja remuneración. El proceso de migración se complica aún más cuando su situación es ilegal; los indocumentados están expuestos a un futuro incierto, ya que no saben cuándo podrán regresar y esto les produce estrés.

Cuando sólo migra el esposo, la familia se enfrenta a varios cambios en su dinámica que requieren reorganización. La ausencia prolongada del padre, provoca una sensación de inseguridad, sobre todo cuando se depende únicamente del dinero que envía. Muchas madres de familia se ven obligadas a trabajar y por su bajo nivel educativo, es frecuente que su única oportunidad esté en el servicio doméstico generalmente mal remunerado. Cumplen su función doméstica en el hogar y, además, labores similares en otra casa.

La migración de mujeres jóvenes va en aumento, principalmente entre los 20 y 24 años de edad, en la mayoría de los casos son solteras en busca de oportunidades laborales.

MATRIMONIOS INTERNACIONALES

Estos matrimonios se forman por la unión de personas de diferentes países, culturas y grupos étnicos. También se les llama interculturales e interétnicos.

El encuentro entre dos culturas hace necesaria una serie de adaptaciones en las costumbres, tradiciones, incluso en el idioma y en la forma de pensar.

El creciente número de este tipo de matrimonios se asocia con el aumento de la migración y con la revolución tecnológica, principalmente de internet, que permite establecer una relación a distancia con personas de cualquier parte del mundo.

PAREJAS HOMOSEXUALES

Son formadas por miembros del mismo sexo. Estas parejas tienen que afrontar los prejuicios que prevalecen acerca de la homosexualidad. Uno de los retos importantes que tenemos como sociedad es el de aceptar y reconocer el derecho de las personas a la libre elección de pareja, independientemente de la preferencia sexual y de decidir su vida en común.

Es preciso vencer las críticas y el estigma social, además de otros muchos obstáculos y cumplir con gran cantidad de requisitos, si la pareja homosexual quiere adoptar un hijo, o bien cuando alguno de ellos tiene un hijo y éste vive en el hogar de dicha pareja.

FAMILIAS MIXTAS

Se refiere a cualquier combinación de las formas de vivir en familia que hemos descrito.

Tenemos a la familia extensa en la que conviven tres generaciones; a las familias nucleares con dos generaciones; a las familias de

una generación, por ejemplo hermanos que viven solos; parejas sin hijos; hijos con padre o madre y una tía o tío; un abuelo que vive con la pareja y los nietos; un pariente de otra ciudad o país que habita con la familia, etcétera.

La variedad de formas familiares no son un problema que deba resolverse, ni la expresión de la crisis de la familia; representan oportunidades para la convivencia en un marco de tolerancia, respeto y aceptación de las diversidades.

En resumen

Hay una gran diversidad de arreglos que han llevado a cambios importantes en el tamaño, la estructura, las relaciones, los roles de género y la convivencia entre los integrantes de las familias. Se han transformado aspectos como la división del trabajo en el hogar, la percepción y el ejercicio de los roles distintos a los de las parejas tradicionales. Ahora la mujer aporta a la economía familiar, cada vez más hombres asumen la crianza de los hijos, se observan diferentes negociaciones de pareja y surgen nuevas relaciones paterno-filiales.

Como cualquier transformación, la que viven las familias en la actualidad requiere de ajustes y adaptaciones. En los nuevos arreglos interfieren mitos, ideas culturalmente arraigadas acerca de los roles tradicionales del hombre y de la mujer. El decremento de la capacidad adquisitiva del hombre y su único rol como proveedor, así como el incremento de las mujeres con ingresos, han favorecido las negociaciones de espacios de poder y responsabilidades. Sin embargo, esto ha generado confusión, ansiedad, conflicto y, muchas veces, incluso violencia en la familia.

Cuando un hombre, una mujer o una pareja se comporta de manera distinta a las expectativas que marca la cultura, se le estigmatiza. La mujer ha aceptado y ha logrado acceder al ámbito público; ahora el gran reto es que el hombre acepte su participación

y la parte que le toca en la distribución del trabajo doméstico, sin que sea tachado de “mandilón” por una sociedad que critica la diferencia, en vez de respetar y tolerar la diversidad.

Si bien existe una diversidad de familias con cambios paulatinos en los roles de género basados en la diferencia sexual y la división sexual del trabajo, aún existen dinámicas estructurales difíciles de romper.

En México, los hogares de pareja conyugal con hijos representan casi dos terceras partes de las configuraciones familiares; 9 de cada 10 hombres de estas parejas dedican 56 horas a la semana al trabajo remunerado. Mientras que 4 de cada 10 mujeres que trabajan dedican en promedio 42 horas. Esta situación radica en que gran parte de las mujeres que viven en pareja realizan una segunda jornada laboral (no remunerada) con el trabajo doméstico y en promedio le destinan 42 horas a la semana. Asimismo, 90.4% de las mujeres dedican más de 33 horas al cuidado de infantes y otros familiares.

Bajo este contexto, la sociedad no ve a las mujeres en su dimensión individual, con necesidades específicas, sino que las ubica en el hogar como su espacio “natural” y único en el que su persona se diluye, como si la familia determinara su existencia y necesidades, concibe a las mujeres = familia, como sinónimos, limitando su acceso a una ciudadanía plena.

Es necesario motivar las negociaciones de equidad en el trabajo remunerado, al igual que en el doméstico. Las decisiones y las labores compartidas son una forma de continuar con las transformaciones que ya viven hoy muchas familias mexicanas.

LA RELACIÓN ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Entre los miembros de la familia se da una serie de interacciones que al repetirse habitualmente establecen determinadas pautas de relación.

A partir de los vínculos repetitivos se aprenden los roles correspondientes a cada uno de los integrantes, quienes cumplen una función de acuerdo con el rol asignado. Por ejemplo, el rol del padre es el de proveedor, cada vez más compartido con la madre, quien además, por lo general, se encarga de cuidar a los hijos y de las labores domésticas, o al menos de supervisarlas. Padre y madre transmiten normas, valores y reglas a sus hijos.

Como grupo social, la familia está compuesta por subgrupos como el de esposa-esposo, el de padre-madre, el de madre-hijo-hija, el de padre-hijo-hija, hermanos. Cada subgrupo o subsistema de la familia practica distintos estilos de relación y soporte afectivo.

Los padres y esposos establecen dos tipos diferentes de relación, una en el nivel conyugal y otra en el parental referido al cuidado y la educación de los hijos.

Los subgrupos familiares se forman por generación, por ejemplo, entre hermanos; por sexo, abuelo, padre e hijo; o por responsabilidad dentro de la familia, como los padres.

Cada integrante de la familia juega distintos roles al mismo tiempo. Por ejemplo, un hombre puede ser hijo a la vez que hermano, sobrino, primo, esposo y padre. En los distintos espacios de relación, cada integrante desarrolla vínculos a través de los cuales define la concepción de sí mismo y construye formas de pensamiento que le permiten explicarse el mundo.

Conyugalidad

Se refiere exclusivamente a la relación de pareja, al espacio en el que se comparte un vínculo afectivo separado de la función parental.

Este subsistema surge cuando dos personas se unen con el propósito de formar una familia. Cada uno de los nuevos compañeros tiene valores y expectativas de acuerdo con la experiencia de los vínculos que tuvieron con sus respectivos padres.

La vida familiar pasa por distintas etapas, en un inicio con la idealización de la pareja y las fantasías depositadas en el otro que, generalmente, se complementan. Los patrones culturales y relacionales que rigen en sus familias de origen se repiten y se reproducen en la vida de pareja. Las formas de comportamiento y las jerarquías que habrán de observarse estarán influidas por las relaciones que vivieron con sus padres. La repetición de los estereotipos de género y de patrones relacionales entre el ser femenino y el masculino, reafirman la identidad.

Para cada integrante, la pertenencia al vínculo de pareja es una fuente de confirmación de la construcción de sí mismo. Por ejemplo, para la mujer, el ser esposa y más tarde madre, es pilar de identidad en nuestra sociedad.

Conforme avanza la vida de pareja, las fantasías iniciales y la idealización que se tiene del otro, van perdiendo fuerza; sin embargo, no por ello dejan de ser importantes el vínculo y los espacios de pareja.

Hoy día, coexisten parejas con prácticas tradicionales que ejercen una relación de dominio masculino y de subordinación femenina, mientras que hay parejas con otras formas innovadoras en las cuales la mujer encuentra fuentes externas de autoestima, independientes de su rol de esposa y en las que el hombre logra alternar o compartir la toma de decisiones sin que por ello sienta que se trastoca su masculinidad.

Con la llegada de los hijos, los espacios de pareja tendrán que ser compartidos con los espacios correspondientes a la parentalidad, de la que habremos de ocuparnos enseguida.

Parentalidad

Las relaciones entre una pareja en su función de padres definen la parentalidad. Esta incluye la crianza, la educación y la socialización de los hijos.

A través de las negociaciones para la educación y las variadas formas de vínculo que se establecen con los hijos, el niño o la niña aprenden las normas establecidas y conocen tanto las conductas aceptadas como las desalentadas. Los hijos saben la forma en que sus padres afrontan las negociaciones y quién ejerce la autoridad.

En la práctica de la parentalidad se afrontarán diferentes maneras de tomar decisiones y distintas modalidades de arreglos que se modificarán en la medida en que los hijos van creciendo, y las reglas cambian para adaptarse a las diversas etapas de la vida.

Dado que a las mujeres se les ha asignado el rol de madres al cuidado de los hijos, en la parentalidad, el hombre estará más distante. Aunque cada vez se presentan nuevos estilos de crianza en los que el padre participa en el cuidado de las hijas e hijos; es necesario que éstos asuman una paternidad responsable.

En la medida en que se propicie un ejercicio conjunto y solidario de las funciones parentales, se favorecerá la seguridad afectiva y protectora necesaria para el desarrollo de los niños y los adolescentes.

Los vínculos de dominio-subordinación que establezcan los esposos, sentarán las bases de su relación en la toma de decisiones como padres. Es común que estos dos espacios se confundan y, en los sectores más tradicionales, incluso puede verse que muchas parejas sólo mantienen los espacios de su relación como padres en el ejercicio de los roles culturalmente impuestos.

El grupo fraterno

Las relaciones entre hermanos no han sido tan profundamente estudiadas como aquéllas entre padres e hijos; sin embargo, los lazos entre hermanos son una fuente importante de identidad.

Para un niño, los hermanos constituyen el primer grupo de iguales. Los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se pelean, aprenden a negociar, a cooperar y a competir. En el espacio fraternal se adquieren las primeras formas de socializar.

En vista de que los padres están dejando de ser figuras exclusivas de identificación para los hijos, entre hermanos y hermanas se entrecruzan modelos que influyen en la construcción y el desarrollo de la vida psíquica.

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia tiene diversas funciones que ayudan a todos los integrantes a su desarrollo: de cuidado y alimentación, de afecto, de aceptación, de soporte en la construcción y la confirmación de la identidad y la autoestima, normativas y de socialización, con la articulación de las normas y valores imperantes en la sociedad.

El cumplimiento de estas funciones y la forma de desempeñarlas varían entre las culturas y las familias. La cohesión y la fortaleza de los vínculos, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, son distintos en cada familia.

Hay familias cuya dinámica hace que se cubran las funciones con poca calidad o que no se cumplan, lo que afecta el desarrollo de sus integrantes. Una de las funciones principales para construir las concepciones que una persona hace de sí misma es la de nutrición afectiva.

La alteración de las funciones afectivas obstaculiza la nutrición emocional; es decir, la necesidad básica que tienen los hijos de sentirse queridos y valorados en lugar de ser rechazados por los padres.

Cada etapa de la vida familiar requiere de adaptaciones. En determinados periodos del ciclo familiar y ante cambios sociales, las funciones que brinda la familia se van transformando. Entre los cambios que han requerido la reorganización de las familias destacan la incorporación de la mujer al sector laboral, el creciente desempleo y las jornadas de trabajo prolongadas, pero necesarias para la economía familiar. Estas nuevas situaciones obligan a ajustes que no siempre se logran con flexibilidad, porque chocan con patrones culturales arraigados.

Los adolescentes pasan periodos más largos sin sus padres, ya sea porque éstos cumplen largas jornadas de trabajo o porque tienen ideas erróneas en cuanto a dar a sus hijos mayores libertades o buscar que sean más independientes sin que hayan establecido antes reglas claras y les hayan asignado más responsabilidades.

Si bien es cierto que la calidad afectiva no depende de la cantidad de tiempo que se dedique a los hijos, sino de la naturaleza del vínculo que se establezca con ellos, también es cierto que es necesario explicar claramente los acuerdos familiares que permitan el cumplimiento de las distintas funciones familiares que requieren los hijos para su buen desarrollo.

El hecho de que los adolescentes no cuenten con normas claras, aunado a su necesidad de seguridad afectiva, hace que el grupo de pares se convierta en su refugio más seguro. En las familias de jóvenes adictos se ha observado que las funciones de normatividad y de nutrición afectiva son deficientes y que dan por resultado falta de seguridad, baja autoestima y búsqueda de aceptación en los grupos de pares que le dan seguridad.

FAMILIA Y GÉNERO, ¿HACIA DÓNDE VA LA FAMILIA?

Como vimos, actualmente coexisten diversos tipos de organización familiar, aunque prevalece el de la familia nuclear (compuesta por padre, madre e hijos) con roles tradicionales y culturalmente asignados.

¿Está en crisis la familia o se está transformando? La idea tradicional de la familia ha sido rebasada por la diversidad de éstas, lo que lleva a tratar de encontrar un concepto que permita incluir nuevas formas de convivir sin recurrir a prejuicios ni estereotipos, así como a considerar que el cuidado de la familia sea compartido por hombres y mujeres en iguales circunstancias, para evitar que ciertas responsabilidades dejen a las mujeres relegadas al hogar y les genera dobles y hasta triples jornadas de trabajo, ejerciendo su derecho a integrarse a actividades fuera del hogar que les permitan un desarrollo pleno.

Cada vez hay menos parientes de la familia extensa que ayudan a cuidar a los niños pequeños. Al haber cada vez más hijos de familia, aumenta también el número de mujeres que cumplen con la doble tarea de ser proveedoras y amas de casa.

Los jóvenes cada vez postergan más el matrimonio y habrá quienes elijan vivir solos, aunque la tendencia creciente de los hogares unipersonales se tope con el obstáculo de las presiones económicas.

La familia con estructura tradicional que aún permanece en nuestros días, modifica el ejercicio de los roles de género pre-establecidos. Cada vez hay más mujeres casadas que tienen un empleo formal, al tiempo que ejercen la maternidad, pese a las dificultades que enfrentan para cuidar de sus hijos. El hombre vive la transformación de su liderazgo, antes incuestionable, de ser el jefe de familia y único proveedor del hogar, por el de la jefatura y la responsabilidad económica compartidas.

Los niños y los jóvenes obtienen más reconocimiento a sus derechos y participan en la toma de decisiones en la familia, con lo que se ha vuelto más democrática. A la vez, los hijos están solos más tiempo y los grupos de pares cobran para ellos mayor importancia. La aceptación por parte del grupo, lleva a muchos adolescentes a seguir las normas y los modelos que rigen entre los pares. Los padres dejan de ser las únicas figuras de identificación y los medios de comunicación también tienen gran influencia en los modelos a seguir.

Sin embargo, los patrones culturales tardan más tiempo en cambiar que los sociales. La cultura se transforma a un ritmo diferente al de la sociedad. Seguimos viviendo esquemas que no corresponden a los estilos de vida que ya se están practicando. Aun cuando los cambios de estructura y de funciones familiares son reales y evidentes, prevalecen las construcciones y las expectativas sociales de familias cuyos modelos ideales, demandan a hombres y mujeres el cumplimiento de los roles tradicionalmente asignados.

En el comienzo del siglo XXI, las familias mexicanas transitan entre dos fuerzas: una que exige el cambio en la cotidianidad, en la manutención del hogar y el trabajo doméstico compartido por hombres y mujeres, y otra que reclama que todo permanezca igual: la jefatura masculina y el cuidado de los hijos asignado a las mujeres, es decir, que no se alteren las costumbres de antaño.

El interjuego de relaciones entre los integrantes de la familia se vuelve tenso, aumentan los conflictos derivados de expectativas tradicionales y reclamos entre la pareja, por el incumplimiento del rol que deberían cubrir. La cultura predominante tiende a negar los cambios difundiendo imágenes de mujeres y hombres que se ajustan a los roles de género tradicionales.

La dificultad que enfrentan hoy los hombres al querer mantener con su único ingreso a la familia, o incluso al intentar encontrar un empleo, ha provocado que aumente la fuerza de trabajo femenina y propiciado el que en algunas familias se hagan negociaciones de funciones, roles y espacios de poder.

Sin embargo, la demanda social en cuanto a que el hombre continúe siendo el jefe de familia, lleva a muchos varones a sentir frustración y enojo y a refugiarse en el alcoholismo que es un desencadenante de la violencia y que favorece los conflictos familiares. Es una realidad que las mujeres, los niños y las personas de edad avanzada, son las principales víctimas de la violencia intrafamiliar.

Cada vez es más aceptado el rol productivo de las mujeres, sobre todo entre las parejas más jóvenes que ya comparten cambios en la percepción, la construcción y el ejercicio del rol femenino. Actualmente hay parejas que han encontrado estilos de convivencia innovadores que seguramente serán modelos a seguir.

Por otra parte, las mujeres que continúan dedicadas exclusivamente a la crianza de los hijos, las madres de tiempo completo, aquéllas que no tienen otra fuente de gratificación, se enfrentan a las aspiraciones y a los ideales de las mujeres que también trabajan y desean seguir su ejemplo, pero se presenta el problema de que muchas amas de casa tradicionales no tienen ni la preparación ni

la experiencia laboral que les permita conseguir empleo. Así vemos que las depresiones son frecuentes, sobre todo entre mujeres.

También encontramos situaciones de baja autoestima en hombres que, ante la jubilación o el desempleo, experimentan un vacío al haber dejado de ser productivos.

Actualmente aumentan los reclamos entre las parejas, el estrés, la violencia intrafamiliar y la ansiedad generalizada en la familia. Del mismo modo, se incrementan las adicciones, cuyo inicio ocurre cada vez a edades más tempranas.

He aquí algunos de los retos importantes que hay que enfrentar como sociedad. En un contexto cambiante, más que aceptar los discursos que hablan de la crisis de la familia y de su disolución, debemos ayudar a modificar nuestras concepciones y acceder a tolerar estilos de vida diferentes. Hombres y mujeres pueden tener roles intercambiables, practicar la crianza compartida, apoyarse económicamente, negociar y llegar a acuerdos, ya que no hay una sola forma de vivir en familia.

Es necesario construir nuevas concepciones de género. La mujer, se transforma y se incorpora con mayor flexibilidad a la vida productiva, tradicionalmente considerada como espacio de los hombres. El siguiente paso es lograr la mayor participación de los hombres en el espacio familiar, en la crianza de los hijos y las labores del hogar.

Para que este proceso avance hacia formas de mayor reciprocidad, se requiere de la participación de las mujeres que aún están reticentes a compartir el único espacio que han logrado dirigir. De igual manera, es necesaria la colaboración de los hombres más rígidos que sienten amenazada su masculinidad por la intervención de las mujeres en actividades que antes les eran exclusivas.

En la medida en que modifiquemos nuestros conceptos de lo que deben ser y hacer las mujeres y los hombres, en la proporción en que logremos cambiar las expectativas de género y de lo que debe ser una familia, iremos accediendo a nuevas formas de vida en común que ocurrirán de manera paralela a las profundas transformaciones sociales que ya se están viviendo.

CAPÍTULO 5
FAMILIA, GÉNERO Y ADICCIONES



Inivas
99

CAPÍTULO 5

FAMILIA, GÉNERO Y ADICCIONES

La familia se organiza en torno a normas y reglas socialmente establecidas y se favorecen las prevalecientes en el contexto social vigente. Actualmente coexisten diversos estilos familiares que chocan con los modelos tradicionales de familia. Aun aquéllas que conservan una estructura típica, presentan transformaciones en la distribución de las funciones asignadas a los hombres y a las mujeres.

Las mujeres, como ya se ha expuesto, cumplen ahora con responsabilidades en la vida pública, además de las tradicionales asignadas en la vida privada. Este nuevo doble rol es asumido más flexiblemente por las mujeres que por los hombres, quienes se resisten más a la designación y al cumplimiento de ciertas funciones del hogar, lo que ha dado lugar a tensiones, confusiones y conflictos, tanto entre los sexos, como entre generaciones.

Existe una infinidad de confusiones en cuanto a los roles, a la reorganización de valores y a los esquemas de género. Surgen cuestionamientos a la posición de la jefatura masculina y a la exclusividad del rol femenino apoyado en la maternidad. Los conflictos de pareja se exageran por reclamos de incumplimiento de estos roles. La violencia ejercida hacia las mujeres, niños y personas mayores emerge como una forma de reestablecer patrones de dominio-sumisión.

A pesar de que el ejercicio de roles se ha modificado, la cultura mantiene un sistema de atributos tradicionales que le demandan a la familia permanecer en el mismo sistema de dominación masculina, lo que entra en contradicción con el desempeño de funciones cotidianas y obstaculiza los procesos necesarios para el desarrollo de sus integrantes.

En este contexto, dentro de la dinámica familiar se afecta el cumplimiento de funciones entre las que destacan la nutrición

afectiva, la de dar seguridad emocional a los hijos, la de hacerlos sentir aceptados y queridos. Esto se acentúa en los hombres por los patrones de masculinidad que prohíben las manifestaciones afectivas entre padre e hijo.

Muchos adolescentes practican estilos de convivencia familiar actuales que entran en contradicción con los estereotipos culturales en cuanto a ser hombre o ser mujer; estos jóvenes se encuentran a menudo con apatía ante la falta de consenso normativo y la variedad de modelos por seguir. Los padres pierden fuerza como figuras únicas de identificación.

Los adolescentes hombres consumidores de drogas tienen una imagen devaluada del padre; lo perciben como figura secundaria en la familia, ausente y distante; las mujeres adolescentes consumidoras presentan conflicto con la figura de la madre, percibiéndola como débil, depresiva, confundida.

Muchos niños y jóvenes se encuentran en situaciones de violencia en la familia. Aprenden la violencia, la viven, presencian disputas conyugales, agresiones físicas, son objeto de actos violentos y en estas familias, las diferencias de género están más arraigadas.

Dado que tanto el padre como la madre trabajan, los adolescentes protestan ante la exigencia del cumplimiento de funciones familiares que no les corresponden, o sufren largos periodos de soledad, muchas veces producto de la negligencia. Su refugio son los grupos de amigos, la televisión y ahora, las redes sociales.

En la familia de un usuario de drogas, no sólo se presenta el problema de la adicción, sino otros trastornos asociados con los distintos integrantes de la misma. La relación entre un padre alcohólico y un adolescente consumidor está plenamente estudiada. La depresión materna también se relaciona frecuentemente con la adicción. Se presenta conflicto en la pareja, en el que se involucra a los hijos. El embarazo adolescente, la bulimia, la anorexia y el abuso sexual son factores que se presentan a menudo en las adolescentes consumidoras. Los problemas escolares o de conducta en los hermanos pequeños de consumidores son igualmente frecuentes.

Las familias muestran índices generalizados de ansiedad, múltiples fuentes de estrés y débiles redes de apoyo externas, ya sea de familiares extensos o de instituciones. Son familias multiestresadas.

Ante este contexto caótico una falsa salida puede ser el consumo de drogas en hombres y mujeres, adultos y adolescentes que buscan escapar del conflicto, la confusión, la ansiedad, la angustia y la frustración.

FACTORES ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN LA FAMILIA

En las familias de farmacodependientes se ha encontrado una serie de características comunes en sus formas de relación, sus patrones de género y las construcciones explicativas de su situación. Entre éstas destacan:

- ❖ Baja percepción de riesgo relacionado con el consumo de tabaco, alcohol, drogas de uso médico y otras sustancias.
- ❖ Repetición, en por lo menos tres generaciones, de consumo de alcohol, roles de género y depresión de alguno de sus miembros.
- ❖ Hijos inmiscuidos en los conflictos de los padres.
- ❖ Violencia familiar y abuso sexual en la infancia.
- ❖ Una serie de trastornos asociados presentes en otros miembros de la familia.
- ❖ Redes de apoyo extrafamiliar débiles.

Generalmente, la familia de farmacodependientes tiene muchas fuentes de tensión, conflicto, ansiedad y estrés. El consumo de sustancias no es el único problema por el que atraviesan, es uno más entre tantos. Las situaciones que explican esta problemática se instauran alrededor de los mutuos reclamos de la pareja y del incumplimiento de valores, roles, funciones y hábitos de conducta en los que intervienen los patrones culturales prevaecientes en cuanto al género.

PERCEPCIÓN DE RIESGO

La presencia constante del uso de drogas, en diferentes lugares, hace que el consumo resulte “normal”, cotidiano. En ocasiones, esta situación dificulta la percepción del riesgo que implica fumar, consumir alcohol, y emplear drogas de uso médico u otras.

Se da una confrontación entre lo permitido y lo prohibido, pero sin que se distinga plenamente lo que puede causar daños a la salud, o bien, se sabe pero no se tiene la certeza de la magnitud del daño, debido a que “como casi todo mundo lo hace, no puede ser tan malo”. Se puede tener información sobre los perjuicios que ocasiona el consumo de drogas, sólo que esta situación se ve lejana; por ejemplo, fumar puede causar cáncer, es una posibilidad que se ve a muy largo plazo; sin embargo, las consecuencias inmediatas como la tos crónica, la resequedad de la piel, la presión arterial alta y el mal aliento, son síntomas que no se atribuyen directamente al tabaquismo.

Recordemos que las personas aprenden a través de “lo que se dice”, en otras palabras, a través de lo hablado, de las instrucciones, los estímulos, las explicaciones o las sugerencias que dan unas personas a otras desde la infancia, empezando por la madre, el padre, los hermanos, las hermanas, los vecinos, los amigos, hasta las figuras públicas tanto de la vida real, (deportistas, artistas) como de la fantasía (héroes de leyendas, de ciencia ficción). Como en muchas situaciones, la percepción de riesgo del consumo de drogas se ve afectada por la imitación y la necesidad de tener un modelo, de pertenecer o de ser aceptado en un grupo. Todos estos elementos favorecen la reproducción de conductas poco saludables.

Hay colonias en donde la inseguridad, la drogadicción, la mala utilización de espacios recreativos, la falta de servicios de salud, la educación y la cultura, generan un ambiente difícil para el buen desarrollo de sus habitantes que perciben estas deficientes condiciones como algo normal. A partir de la adaptación a las circunstancias –en el supuesto de que éstas no perjudican a la familia–, se

niega la responsabilidad social en la participación para resolver los problemas que afectan el entorno. En estos casos, existe una baja percepción de riesgo; sin embargo, el fenómeno no se vive como algo cercano o amenazante para la salud, por lo que se deja que los problemas continúen o se asocien con otros, por ejemplo, vagancia y drogadicción, falta de oportunidades escolares o recreativas.

En la percepción del riesgo que tienen las personas en relación con el consumo de drogas, existen dos aspectos importantes; uno se relaciona con las expectativas sociales que tiene la comunidad con respecto a la salud y a la convivencia; el otro es la aceptación del consumo por los integrantes de esa comunidad. Es decir, es común que se piense que las drogas provocan un daño a la salud y que inclusive pueden llevar a la muerte y que también se vea a los consumidores en la calle como “normales”. A éstos se les identifica como los hijos de la vecina “X”, o los amigos de “Y”, pero no se genera una organización o una participación vecinal para evitar que a estos grupos se sumen nuevos usuarios.

Aunque han evolucionado las reglas y las normas sociales hacia una mayor permisividad en el consumo recreativo del alcohol, sobre todo con las mujeres, están acotadas por la edad y el estado civil, porque para las jóvenes y solteras tiene mayor aceptación a diferencia de las mujeres casadas o bien, las que tienen o viven en pareja porque se les asocia con no poder cubrir el rol esperado de madre-esposa que implica la desatención de las y los hijos, así como las labores domésticas.

Existe una distinta percepción social hacia las mujeres adictas, una visión estigmatizada. Las mujeres son distintas a los hombres respecto a las causas que llevan a uno y otra a iniciar el consumo de sustancias, así como en sus problemas psicosociales y sus necesidades de respuesta. Las mujeres marginadas se encuentran en peores condiciones que los hombres; tienen un menor acceso a la educación, a la salud y a otros servicios. Los hombres que consumen drogas, generalmente se encuentran “acompañados” en el proceso de rehabilitación por una mujer, ya sea la madre, la esposa,

las hijas, las hermanas, etcétera, y son ellas las que ayudan al resto de la familia. No sucede igual con las mujeres consumidoras que comúnmente son abandonadas por sus familiares, quienes ya no las ven como la madre, la esposa o la hija; por esta razón las adictas permanecen ocultas y la familia suele negar su problema.

¿QUÉ SE DEBE HACER PARA INCREMENTAR LAS PERCEPCIONES DE RIESGO Y DAÑO ANTE EL CONSUMO DE DROGAS?

Es necesario que hijos e hijas tengan información sobre los efectos y los daños que causan las drogas. Esta explicación debe ser sencilla y congruente respecto a las conductas que se tienen en la familia. Esto es, si se habla de los daños que puede provocar el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, es importante que no se consuma ninguna droga en la familia. Hay que mostrarles a los hijos que una fiesta familiar se puede llevar a cabo y ser divertida, sin el consumo de alcohol, por ejemplo.

Las conductas están en función de las consecuencias positivas o negativas que da el ambiente familiar o social después de que la persona actúa de tal o cual manera. Por ejemplo, si la o el joven va a una fiesta y toma alcohol y cuando llega a su casa los padres se dan cuenta de que está alcoholizado y no le dicen nada, o simplemente el asunto se limita a un regaño, seguramente, en la siguiente fiesta a la que asista el joven volverá a beber alcohol, pues pensará “bueno, la vez anterior no me pasó nada y sólo me regañaron”.

Lo que se sugiere hacer es hablar con los hijos al día siguiente, ya que podrá explicarles mejor cuáles son los daños a la salud por ingerir bebidas alcohólicas, sobre todo en la etapa de crecimiento y desarrollo por la cual están pasando. Además, hay que advertirles que el alcohol los expone a accidentes, riñas y a caer en conductas sexuales no deseadas y de alto riesgo.

REPETICIÓN TRANSGENERACIONAL DEL CONSUMO

Como en toda organización, en la familia existen reglas y acuerdos que se establecen y que constituyen el acervo de normas y valores que se van transmitiendo de una generación a otra, aun cuando la familia sufra cambios constantes.

Los abuelos transmiten a sus hijos los valores, los afectos y las formas de relación y estos últimos a su vez los inculcan a sus propios hijos; es decir, se pasan de generación en generación por lo menos hasta la tercera, ya sea más reforzados o menos rígidos. Quizá se conserven los valores más arraigados y se modifiquen otros.

La familia tiene varias funciones: ayudar a crecer a los hijos, cubrir sus necesidades y propiciar el contacto afectivo. Este es un factor muy importante que refiere a la nutrición afectiva; al dar afecto y cariño a cada uno de los integrantes se brindan las herramientas que contribuyen a un crecimiento sano físico y mental de los hijos.

La nutrición afectiva deficiente y la baja percepción de riesgo en cuanto al consumo de drogas son dos factores importantes que influyen para que las personas menores de edad las usen, entre ellas las de experimentación como el alcohol y el tabaco, que abren la puerta a las drogas ilegales.

En varios estudios se señala que en las familias con abuso de sustancias existe una marcada lejanía afectiva entre el usuario y el padre del mismo sexo, lo mismo que conflictos de valores entre ellos y uno o más hermanos con dificultades de relación o de aprendizaje.

También es muy frecuente que los adolescentes adictos tengan antecedentes de un padre o abuelo alcohólico, o que haya algún drogodependiente entre los adultos significativos, como tíos o hermanos mayores. Se ha estudiado que los patrones de consumo de alcohol u otras drogas, se repiten cuando menos en tres generaciones.

Así como los valores morales, sociales y afectivos se transmiten de generación en generación, lo mismo sucede con el consumo de

drogas, lo que se denomina repetición transgeneracional; es decir, el abuelo tenía problemas con su manera de beber, el padre también y, por lo tanto, el hijo lo ve como algo “normal” dentro de la familia. Esto lleva a una aceptación del consumo hasta emborracharse; por ejemplo en fiestas, se bebe abiertamente alcohol, y se consume tabaco y hasta drogas ilegales, y hacerlo es algo totalmente “normal” para esa familia.

Del mismo modo, la depresión de la madre constituye un factor de riesgo de adicción en los hijos. Se ha encontrado que la depresión también se repite generación tras generación entre las mujeres de familias con adicción.

INVOLUCRAMIENTO DE LOS HIJOS EN LOS CONFLICTOS DE LOS PADRES

El papel de la familia es importante para el proceso de formación de los hijos y de las hijas, y es a través de las relaciones interpersonales y del lenguaje que se van construyendo los pensamientos, las ideas, las actitudes y los comportamientos.

En la medida en que las familias logren asumir soluciones más flexibles, creativas, gratificantes, formativas y nutritivas, capaces de modificar sus patrones de interacción, de adaptarse a los cambios, de reorganizar y de asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital, tenderán a cumplir mejor las funciones necesarias para proteger a sus hijos de situaciones adversas.

La disfunción familiar no nace con la aparición de la droga; la adicción se desarrolla en un contexto familiar donde hay conflictos no resueltos que conllevan a estados de tensión e insatisfacción que afectan el clima familiar.

En las familias de consumidores es frecuente hallar una relación conflictiva entre los padres. La involucración de los hijos en los conflictos de sus padres es un factor asociado con el consumo de drogas.

Cuando una pareja está en conflicto tiende a buscar el apoyo de los hijos. En otras palabras, cada uno de los padres buscará que uno de los hijos tome partido a su favor. El consumidor de drogas muchas veces se encuentra en medio de la relación conflictiva de sus padres. A este fenómeno se le llama triangulación. Se ha estudiado que, a veces el consumo de drogas o algún otro síntoma de los hijos sirve para desviar la atención del conflicto de los padres, porque el que los padres se separen causa mucha ansiedad y miedo a toda la familia. Sin embargo, esta solución, aunque parece menos amenazante, con el tiempo genera otras fuentes de conflicto en la pareja y más ansiedad en el consumidor y en la familia en general.

En estas relaciones trianguladas, por lo regular se observa que los hijos se inclinan por tener mayor cercanía con el padre del sexo opuesto y problemas de relación con el de su mismo sexo. Generalmente hay conflicto entre el padre y los varones consumidores y se observa que éstos tienen más cercanía afectiva con la madre, aun cuando esta cercanía incluya discutir con ella y que no se dé necesariamente con demostraciones de afecto. En el caso de las mujeres consumidoras, el conflicto es más con la madre mientras que hay mayor cercanía con el padre; sin embargo, este tipo de relación las hace más propensas al abuso sexual, antecedente frecuente de la adicción.

Las fuentes de conflicto de los padres tienen su origen en las expectativas incumplidas que uno tiene con respecto al otro, y que generan frustración y enojo. Los estereotipos que marca la sociedad y que “debe” desempeñar cada integrante de la pareja son elementos importantes de las expectativas de la misma.

Estas expectativas se generan a partir de la transmisión cultural. Aunque nuestra sociedad actualmente está cambiando, muchas normas tradicionales siguen vigentes y tanto los hombres y como las mujeres le exigen a su pareja que las cumpla.

Las fuentes principales de conflicto entre los padres son:

- ❖ Los problemas económicos que generan fricción cuando no alcanzan los recursos para la manutención del hogar. Los reclamos más comunes son “es que tú tendrías que traer más dinero”, “es que yo traigo más dinero que tú a la casa”.
- ❖ Las carencias afectivas dan paso a las demandas de atención y afecto del otro. Es frecuente escuchar “tú no me apoyas“, “yo quiero platicar contigo y siempre tienes cosas qué hacer”, “no me comprendes”; estas quejas expresan un sentimiento de soledad y falta de comunicación afectiva entre la pareja.
- ❖ El cuidado de los niños pequeños, dado que la mujer que tenía ese rol tradicional ahora trabaja y las funciones de crianza no se han redistribuido. Por ello surgen reclamos como: “ya no atiendes a los niños, todo el tiempo estás afuera” o “tengo que multiplicarme para atender la casa, a ti y a los hijos”.
- ❖ El conflicto por el reparto de las labores domésticas se agudiza sobre todo si los dos trabajan fuera del hogar. Es frecuente escuchar al esposo decir “yo te ayudo”, ya que consideran el trabajo de casa como una obligación de la mujer; también es frecuente que deleguen estas tareas en las hijas.
- ❖ La sexualidad es un área más en la que se manifiestan los problemas de dominio-sumisión. Hay mujeres que viven en una relación de sometimiento extremo en la que no les es posible obtener satisfacción sexual porque se sienten utilizadas o porque son obligadas a tener relaciones cuando la pareja quiere y no cuando ellas sienten deseo. En esta área también se expresan conflictos de poder.
- ❖ Las decisiones acerca del futuro de los hijos, ya que prevalece la confusión en muchas expectativas de desarrollo profesional y personal con respecto a los roles de género tradicionales. Así, si un hijo manifiesta su deseo de dedicarse a actividades tradicionalmente destinadas a la mujer, o viceversa, puede surgir un desacuerdo entre los padres (uno lo apoya y otro no), porque

la aspiración del hijo o la hija no corresponde a las creencias acerca de lo que debería hacer en su vida.

Existen múltiples problemas alrededor del conflicto de la pareja que enfrentan otros miembros de la familia, por ejemplo, hermanos en edad escolar con déficit de atención, embarazos en adolescentes, trastornos de la alimentación, desempleo, violencia en la familia y depresión del padre o la madre, entre otros.

VIOLENCIA EN LA FAMILIA Y ABUSO SEXUAL

Son dos importantes factores de riesgo asociados con el consumo de sustancias. Las estadísticas demuestran que las mujeres las más vulnerables, dada su posición de género. Frecuentemente, la violencia es ejercida por el esposo o la pareja hacia la mujer y de ambos hacia los hijos.

La violencia en la familia y el abuso sexual son graves problemas de salud pública que ocurren en todas las naciones. El hecho de que se presenten en el hogar adquiere un significado mayor, ya que es en este contexto donde los infantes viven sus primeras experiencias afectivas y las formas de relacionarse y de conducirse en el futuro. Los factores que propician la violencia y el abuso sexual son diversos y dependen del contexto social, cultural, económico y familiar de cada lugar, por lo que en algunos países el índice de vulnerabilidad es más alto.

La violencia tiene diversas manifestaciones: maltrato físico, emocional, sexual, por omisión y por negligencia. En el capítulo siguiente se aborda ampliamente lo relacionado con la violencia en la familia, y en este apartado se le da prioridad al abuso sexual, ya que se presenta con frecuencia en la historia clínica de los pacientes consumidores de drogas.

El abuso sexual incluye cualquier contacto o interacción en el que el agresor utiliza a la víctima para estimularse sexualmente.

Esto se puede presentar en cualquier lugar: hogar, trabajo, escuela, calle, etcétera, pero es en el hogar donde ocurre con mayor frecuencia. El abuso se puede dar de forma sutil, mediante caricias, miradas, gestos, tocamientos y manipulación de los genitales hasta penetración oral, vaginal y anal.

El sexo continúa siendo un tema tabú para la sociedad, aun a costa del menor, pues difícilmente se indaga cuando se tiene la sospecha de abuso sexual. En este sentido, es poco frecuente que se denuncie el abuso sexual ocurrido dentro de la familia, pues en la mayoría de los casos, el cónyuge o pareja es quien abusa de los hijos. Asimismo, la madre también ejerce un tipo de violencia hacia los hijos, cuando (por temor a ser víctima de maltrato físico y sexual o por miedo al abandono) “encubre” estos hechos violentos.

Alrededor de la violencia sexual existen varios mitos e ideas equivocadas que en cierto grado han propiciado que estos eventos se oculten y no se denuncien. Algunos de ellos son:

- ❖ Se trata de un hecho excepcional y poco frecuente.
- ❖ Las niñas provocan o seducen a los adultos.
- ❖ Las personas menores de edad "inventan" y "fantasean" los abusos sexuales.
- ❖ Es un problema que debe resolverse sólo en familia.
- ❖ El abuso sexual no daña a las personas menores de edad.

No obstante, las repercusiones de este abuso son diversas y pueden ser a corto, mediano y largo plazos y abarcan daños físicos, psicológicos y sociales:

Físicos. Presentar problemas de salud sexual y reproductiva, embarazo no deseado, complicaciones ginecológicas, enfermedades de transmisión sexual y VIH sida, por citar algunos.

Psicológicos. Estrés postraumático, ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa, ira, disfunción sexual, padecimientos somáticos, trastornos alimenticios, alteraciones del sueño, pro-

blemas interpersonales, pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento de indefensión e intento de suicidio.

Sociales. Los grupos sociales más desprotegidos (niños, ancianos, discapacitados, minorías étnicas y mujeres) suelen ser los más victimizados. También son estigmatizados y aislados por la familia, la pareja, los amigos, etcétera.

El menor puede vivir la experiencia de abuso como un episodio dramático o no, esto depende de la forma en cómo sea violentado sexualmente; puede estar vinculado con el maltrato físico y psicológico o darse como un juego o aventura. Sin embargo, se ha demostrado que uno de cada cinco niños abusados sexualmente se convierte más tarde en victimario de otros niños; lo que provoca una cadena o la repetición de esta forma de violencia.

Una de las causas fundamentales del abuso sexual contra las mujeres son las desigualdades de género y entre los factores que aumentan la vulnerabilidad de un atentado sexual están: ser joven, consumir alcohol y otras drogas, haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad, tener varias parejas sexuales, la prostitución y la pobreza.

Entre los factores de riesgo para que una mujer sea víctima de un atentado sexual se encuentra el consumir alcohol o drogas ilícitas, asistir a bares, discotecas, antros o “raves” y salir sola a altas horas de la noche, pues esto dificulta que se pueda proteger y, además, la sitúa en un contexto en el que existe una mayor posibilidad de encontrarse con un agresor potencial.

En el caso del agresor, uno de los factores de riesgo para perpetrar el abuso sexual es el consumo de alcohol o cocaína, pues desinhiben determinado tipo de conductas sexualmente agresivas.

No obstante, cualquier persona sin importar edad, sexo, etnia, religión o nivel socioeconómico, puede ser víctima de actos violentos y de agresiones sexuales, incluso cuando no están de por medio el consumo de alcohol y drogas ilícitas como generadores de la violencia, pero es importante señalar que sí son elementos que incrementan la probabilidad de que esto ocurra.

Cabe mencionar que en diversos estudios se ha encontrado que existe una estrecha relación entre la violencia en la familia, el abuso sexual infantil y el consumo de drogas. Entre los factores de riesgo están:

- ❖ Haber sido víctima de maltrato físico o abuso sexual por parte de los padres, tutores o responsables del cuidado de los niños.
- ❖ Tener padres consumidores de drogas ilícitas.
- ❖ En mujeres consumidoras de heroína, además de un continuo maltrato infantil está el abuso físico por parte de la pareja.

REDES SOCIALES DÉBILES

Los individuos se desarrollan a partir de las relaciones que van teniendo con los demás a lo largo de su vida, tanto en el contexto familiar como en el social. Estas relaciones con otros miembros de la sociedad son constantes, dinámicas, recíprocas y se van modificando a lo largo de la vida; brindan apoyo emocional y aprendizaje. Las redes que promueven estilos de vida saludables favorecen la salud mental, otorgan seguridad y reducen el estrés.

La familia, la escuela y el grupo de amigos son los contextos cercanos a la persona; es decir, son sus redes sociales de apoyo primarias. Hay, desde luego, otras redes que surgen de acuerdo con las actividades que se desempeñan y los entornos que se frecuentan y que pueden ser más amplios, por ejemplo, los lazos con los vecinos y las personas que están en otros ambientes como el recreativo, el deportivo, el cultural y el laboral.

Mientras más amplias sean las redes, habrá mayor protección contra cualquier trastorno mental o emocional. Por el contrario, si las redes de apoyo son más reducidas, existirán más probabilidades de sufrir enfermedades mentales más severas, como la psicosis.

Las redes sociales de apoyo son necesarias para el desarrollo de las personas. Se requieren para organizar las actividades de

educación, de formación y de crecimiento. Cuando hombres y mujeres se enfrentan a problemas o crisis, esas redes o grupos brindan apoyo respondiendo a esos conflictos. Las relaciones con una o más personas de esos grupos son necesarias para resolver los problemas adecuadamente.

En las familias con violencia o en las que se presentan problemas de adicción, las redes sociales de apoyo son débiles. Entonces, la tensión, la ansiedad, la angustia, la depresión, la agresión, la intolerancia y el estrés, se agudizan y afectan a otros miembros de la familia.

Por ello, es importante favorecer los contactos extrafamiliares con amigos, vecinos, compañeros de escuela o de trabajo, y con los conocidos que frecuentan centros de recreación, clubes y grupos de la comunidad. Es conveniente propiciar, en la mujer y en sus hijos, actividades extrafamiliares y extracurriculares que estimulen estilos de vida saludables; por ejemplo, practicar algún deporte, alguna actividad artística, integrarse a grupos de lectura, o acudir a instituciones de servicio que brinden ayuda.

TRASTORNOS ASOCIADOS

Para poder comprender la dimensión de los trastornos asociados con las adicciones en las mujeres, es conveniente señalar que las relaciones de poder entre hombres y mujeres afectan el proceso salud-enfermedad, así como las causas y las formas en que se desarrollan las enfermedades físicas y mentales, ya que estas relaciones pueden construir condiciones de salud enfermizas. Los trastornos que abordaremos en este apartado son la depresión, el estrés postraumático, los trastornos de la alimentación y el trastorno de déficit de atención hiperactividad (TDAH).

Depresión

La asociación encontrada entre los desórdenes afectivos y del estado de ánimo con el uso de sustancias se considera un factor de riesgo. Es más frecuente encontrar la depresión como trastorno asociado en las mujeres usuarias de sustancias, que en los hombres, principalmente en relación con el consumo de alcohol y drogas de uso médico.

La depresión es una perturbación del estado de ánimo que se caracteriza por un cambio afectivo en el que predominan sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa, impotencia, desesperanza, ansiedad, sensación de fatiga, tendencia al llanto, pensamientos suicidas, dificultades para dormir, pérdida de interés por cualquier actividad, disminución del deseo sexual y una cierta incapacidad para hacer frente a las situaciones cotidianas.

Existen distintos tipos de depresión. Los principales son:

- ❖ La depresión exógena o reactiva que aparece después de algún evento que provoca dolor y angustia o que resulta muy estresante. Entre los sucesos que desencadenan un estado depresivo se incluyen la pérdida de un ser querido, el divorcio, un accidente, el no encontrar trabajo, una enfermedad grave, un cambio de casa o periodos de trabajo excesivo.
- ❖ La depresión endógena ocurre sin ninguna razón que se identifique como precedente; se desarrolla de manera gradual y la persona no sabe lo que le está sucediendo; por ello, la presencia de los primeros síntomas se asocian con cansancio. Aunque en cada persona se presenta de manera diferente, es frecuente que el problema comience por dificultades para dormir y, a medida que empeora, aparece la ansiedad.
- ❖ El trastorno bipolar, conocido como maniaco-depresivo, incluye dos fases; una en la que se presentan los síntomas de la depresión y otra fase maniaca, en la que se experimenta

mucha energía, alegría, euforia, gran actividad, con problemas de concentración y confusión.

Tradicionalmente, para las mujeres adultas se han considerado tres eventos generadores de depresión relacionados con la función reproductiva y materna: el periodo de posparto, la menopausia y el matrimonio de los hijos.

En cuanto a la depresión posparto y la que presentan algunas mujeres adultas durante la menopausia, el desorden se atribuye a cambios hormonales; sin embargo, no deben descartarse situaciones de estrés que desencadenan una depresión reactiva u otros factores o conflictos latentes que una mujer haya manejado exitosamente o bien soportado de manera sumisa en otras etapas menos estresantes de su vida. Por lo anterior, no se puede afirmar que en estos casos, la depresión se deba exclusivamente a cambios hormonales.

Algunas mujeres que han centrado su vida o su identidad en la maternidad, sienten un gran hueco y ven su existencia sin sentido cuando los hijos se casan o cambian de domicilio, etapa que se conoce como “nido vacío”.

Otras mujeres que fueron educadas y que asumen los roles de las “buenas mujeres”, como el vivir para los demás miembros de la familia y, en particular, para el esposo; mujeres cuya autoestima depende exclusivamente de la aceptación de los demás sin que cuenten con otra fuente de valoración propia, son también susceptibles de sufrir depresión. El no tener planes de desarrollo y realización personal, el poner en primer plano la atención de los demás, el tener un rol exclusivo de madre y depender del reconocimiento de los demás, son factores de riesgo de depresión para este tipo de mujeres.

Por otro lado, las mujeres que han ingresado al mercado laboral, que cumplen con una jornada de trabajo remunerado y que, además, también tienen la responsabilidad de las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, experimentan un trabajo cotidiano muy agotador; llegan a sufrir estrés excesivo y ansiedad. Esto se intensifica cuando, adicio-

nalmente, carecen del apoyo de familiares o amigos; incluso si tienen pareja, cuando se trata de un hombre con valores más tradicionales, que se siente incómodo ayudando en el hogar. Tal estilo de vida que representa una gran carga de responsabilidades y actividades diarias, es también un factor de riesgo para la depresión.

Las mujeres adolescentes que sienten fuerte presión por alcanzar los ideales de belleza que ellas consideran indispensables para ser aceptadas o para ser populares entre sus amigos, pueden también encontrarse en riesgo de sufrir depresión si no logran la popularidad o la admiración esperada.

Muchas adolescentes viven diariamente periodos de soledad e inactividad, dado que los padres trabajan y esta situación puede llevarlas a estados depresivos en los que se sienten no queridas. En este sentido, es importante otorgarles la seguridad afectiva necesaria y motivarlas para que realicen actividades que promuevan estilos de vida saludables y a integrarse a redes de amigos sanos.

Otro factor importante que causa depresión es una vida sexual insatisfactoria. Muchas mujeres no disfrutan las relaciones íntimas porque han sido tomadas como objeto por los hombres, sienten que el sexo es una obligación más y a veces, incluso, son maltratadas si se resisten o se niegan a aceptar el acto sexual cuando su marido o pareja lo desea. Otras tienen que reprimir su sexualidad, ya que sus necesidades, preferencias e inquietudes no son tomadas en cuenta, o bien son despreciadas si muestran iniciativa.

Cientos de mujeres viven en situaciones de sometimiento y violencia que callan, principalmente por miedo. La violencia en la familia y el abuso sexual son factores de riesgo importantes para la depresión.

En general, los conflictos con la pareja, lleguen o no a extremos de violencia, son fuente importante de frustración, enojo, ansiedad y depresión. Es normal tener dificultades con la pareja y resolverlas; sin embargo, cuando las diferencias se exageran y la pareja se va distanciando por los constantes reclamos mutuos o los pleitos, surgen sentimientos de soledad, falta de apoyo e incomprensión y

el sufrimiento causado, porque un ser significativo no corresponde a su afecto, puede llevar a la mujer a estados depresivos.

Las mujeres y los hombres que establecen y logran mantener una buena relación de pareja, mediante demostraciones de afecto, negociaciones de las diferencias, respeto y escucha al otro, en la que se sienten apoyados, queridos y comprendidos, estarán en menor posibilidad de caer en la depresión.

En algunos estudios de la Organización Mundial de la Salud se muestra que el riesgo de padecer depresión, para la mujer es de dos a tres veces mayor que para el hombre. Algunos factores de riesgo en la mujer para sufrir depresión son:

- ❖ El matrimonio tradicional.
- ❖ El cumplir el rol exclusivo de ama de casa.
- ❖ La doble jornada de trabajo que provoca gran cansancio y estrés.
- ❖ Tener tres o más niños pequeños. El cuidar a los niños, además de agotador, cuando se realiza como única actividad, puede llevar a sentimientos de extrema soledad e incomprensión.
- ❖ El ser madre soltera, con la responsabilidad de la economía familiar y el cuidado de niños pequeños.
- ❖ La falta de soporte o ayuda de amigos o familiares, el sentimiento de no tener a nadie que otorgue apoyo emocional y comprensión.
- ❖ La falta de cercanía afectiva, de comunicación íntima con la pareja.
- ❖ La centralización exclusiva en el poder de los afectos y el descuido o la exclusión del poder racional y económico.

La depresión, a su vez, es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, por sus efectos desinhibidores y euforizantes, ya que permite alegrarse un poco, ayuda a olvidar y a huir de la realidad.

Los estados depresivos llevan a las mujeres a solicitar ayuda con especialistas y lo que reciben frecuentemente es una receta para psicofármacos que, por supuesto, no resuelven su situación de desventaja de género, pero que sí las pueden llevar al abuso de este tipo de medicamentos.

Es importante considerar que la depresión materna es, al mismo tiempo, un factor de riesgo para la depresión infantil y adolescente y para el consumo de drogas de los hijos.

Estrés postraumático

Se considera al trastorno de estrés postraumático como un desorden de ansiedad agudo que puede ocurrir cuando una persona atraviesa o presencia un acontecimiento traumático en el que siente una impotencia abrumadora o una amenaza de muerte o lesión.

Los síntomas consisten en recordar y revivir involuntariamente el acontecimiento traumático, tratar de evitar aquello que se lo recuerda, experimentar dificultades para dormir, tener pesadillas, problemas para concentrarse, alarmarse o sobresaltarse fácilmente, episodios agudos de ansiedad, angustia, depresión, melancolía y adormecimiento emocional.

Entre las causas del estrés postraumático más frecuentes destacan el abuso sexual, accidentes, asaltos, raptos, duelos no resueltos y violencia en la familia.

1. Violencia sexual

La violencia sexual se manifiesta de diversas formas, descritas en el capítulo seis de este libro. En esta sección destacamos el acoso, el estupro y la violación.

- ❖ *Acoso*: Se da cuando una persona utiliza una situación de poder para asediar, incomodar, molestar o forzar a otra, que se encuentra en una situación de desventaja, con proposiciones o actos sexuales. Esto le sucede generalmente a las mujeres en los ámbitos familiar, escolar y laboral.
- ❖ *Estupro*: Consiste en que un mayor de edad seduzca a un o una menor y sostengan relaciones sexuales.

- ❖ *Violación sexual*: Se da cuando una persona es forzada por medio de violencia física o moral a realizar un acto sexual. De igual forma se considera como violación la introducción por vía vaginal o anal de cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, mediante violencia física. El o los violadores pueden ser personas desconocidas o cercanas a la víctima. Las violaciones realizadas por desconocidos casi siempre se inician o realizan en lugares públicos, mientras que las efectuadas por personas conocidas, como padrastros, tíos, primos, amigos, maestros, se llevan a cabo generalmente en lugares a los que la víctima acude con cierta frecuencia. Se considera violación incluso cuando a una mujer, el esposo o pareja, la obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad.

Además de lo traumático que es para cualquier persona vivir un abuso sexual, hay que sumarle el peso del estigma social y la culpa familiar que implica, ya que por tradición, el honor personal y familiar se ha depositado erróneamente en la sexualidad. Lo anterior puede tener como resultado, especialmente para las mujeres, rechazo y desprecio familiar, así como la marginación de los grupos de amigos y el que se le considere como una “mujer fácil”.

En algunos casos de violación se presentan efectos que son comparables con los de las torturas o el rapto, en los cuales con frecuencia se produce el síndrome de “Estocolmo”. Dicho síndrome consiste en que la víctima genere sentimientos de afecto para su agresor, al considerar que si éste no la privó de la vida es porque es “bueno”, porque tenía razones justificables para atacarla o porque ella lo provocó.

2. Accidentes

Los accidentes de consecuencias graves, sean físicas y emocionales o solamente emocionales, pueden ser motivo de estrés postraumático. Por ejemplo, un accidente automovilístico muy

aparatoso que tiene como efecto que la persona accidentada se niegue a manejar, a subirse a un automóvil, o que se sufran ataques de ansiedad porque se conduce a altas velocidades o con maniobras bruscas.

3. Asaltos o raptos

Cuando se es víctima de un asalto o raptos en el que hubo peligro de muerte, se sufren miedo constante, sentimientos de persecución y una sensación permanente de vulnerabilidad.

4. Duelos no resueltos

El estrés postraumático se presenta cuando se vive la separación o pérdida de una persona significativa, puede ser el padre, la madre, el esposo, un hijo, un hermano, o un amigo cercano, ya sea por abandono o por defunción. Este fenómeno se presenta más frecuentemente en las mujeres que en los hombres, debido al mayor valor que ellas dan a las relaciones afectivas. Si la afectada no logra enfrentar adecuadamente el duelo por esa pérdida, es decir, si no consigue aceptar que esa persona ya no estará, puede sufrir accesos de ansiedad, angustia y depresión cuando se enfrenta con situaciones u objetos que la hacen recordar al ausente; asimismo, tiene problemas para dormir y pesadillas relacionadas con esa pérdida.

5. Violencia en la familia

La violencia es altamente estresante, y más cuando los hombres mantienen permanentemente intimidadas a las mujeres y a los hijos, sea por violencia física o por amenazas y con ello provocan que vivan con terror la llegada del “hombre” de la casa. De esta forma, después de un episodio de violencia física puede presentarse estrés postraumático e incluso que éste evolucione en una depresión grave.

Este tipo de estrés puede llevar a las mujeres a abusar del alcohol y de otras drogas para poder soportar el dolor y la ansiedad.

Dada la importancia de la violencia en la familia, el tema se desarrollará ampliamente en el próximo capítulo.

Trastornos de alimentación

Son todos aquéllos que se caracterizan por graves alteraciones en la conducta alimentaria. Los más frecuentes son la obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia. Algunos autores los consideran “síndromes ligados con la cultura”, ya que no pueden comprenderse fuera de su contexto cultural, de los simbolismos y de los significados de lo que supuestamente representa ser hombre o ser mujer y de la identificación de roles. De forma inherente, estos padecimientos están ligados con las cuestiones de género (identidad, roles y poder), pues la connotación de dichos trastornos se ha modificado en gran medida a través de la historia, de los cambios sociales, biológicos y psicológicos.

Bulimia

Generalmente empieza en la adolescencia temprana, cuando las mujeres jóvenes intentan hacer dietas para adelgazar y fracasan, reaccionando con eventos de atascamiento (comer mucho) y, posteriormente, las pacientes se purgan mediante laxantes, pastillas para dieta o diuréticos (medicamentos que provocan la pérdida de líquidos a través de la orina), o bien, provocándose vómito.

En cada atracón de comida, la paciente (la bulimia es un trastorno eminentemente de mujeres) ingiere un promedio de mil calorías, aunque a veces, pueden llegar hasta veinte mil, o ser tan bajos que no pasan de cien calorías. Por lo general, una paciente con bulimia tiene alrededor de catorce episodios

de atracón-purga por semana y su peso corporal es de nivel normal-alto.

Síntomas de bulimia

Los síntomas de bulimia pueden ser muy sutiles, ya que el trastorno se oculta y aunque las bulímicas pueden pesar menos de lo normal, no siempre son flacas. En general, las personas con bulimia están preocupadas por la comida y pueden abusar de los laxantes, las pastillas de dieta, los eméticos (drogas que inducen el vómito) o los diuréticos. Las personas con bulimia también pueden ser compulsivas con el ejercicio. El esfuerzo de vomitar a veces causa rupturas en los vasos sanguíneos de los ojos y glándulas salivales hinchadas que aparecen áreas infladas debajo de las esquinas de la boca. Los dientes son propensos a las caries y a las erosiones del esmalte debido al ácido excesivo, las encías pueden infectarse y también aparecer salpullidos y acné en la piel.

Anorexia nerviosa

Las personas con anorexia nerviosa se enflaquecen al punto de la inanición y pierden entre 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias de su repulsa para comer son un temor abrumador a tener sobrepeso, junto con una imagen distorsionada de su propio cuerpo. Aun cuando están sumamente delgadas, las mujeres con anorexia a menudo se siguen viendo y sintiendo gordas. Los alimentos se convierten en su enemigo. Un investigador describe la anorexia como la fobia al peso corporal.

La mitad de las personas anoréxicas reduce su peso al restringir severamente su dieta y se les denominan anoréxicas restrictivas; la otra mitad, adelgaza mediante la purgación. Aunque los dos casos son graves, el segundo tipo, que impone estrés adicional a un

cuerpo desnutrido, es el más dañino. El tabaquismo y los ejercicios compulsivos a menudo acompañan a esta condición.

Los trastornos alimenticios se han incrementado considerablemente como consecuencia de la proliferación de los roles estereotipados y las imágenes distorsionadas que tanto difunde la publicidad en los medios de comunicación. Afectan principalmente a la población adolescente y joven; este sector es altamente vulnerable ante el consumo de drogas que inhiben el apetito, como el tabaco y las anfetaminas, por citar algunas.

A pesar de los daños que provocan y del incremento paulatino de su consumo, en varios países todavía se usan las anfetaminas como depresores del apetito que favorece la reducción de peso. Pero esta indicación médica resulta contraproducente, tomando en consideración el gran potencial de tolerancia de esta droga y su capacidad adictiva. Muchas personas hacen uso indiscriminado de las anfetaminas con miras a lograr una nueva figura, disminuir la fatiga, elevar el estado de ánimo e incrementar los periodos de vigilia.

Es conveniente señalar que las anfetaminas producen una dependencia física y psicológica muy importante, la cual se presenta casi inmediatamente después de que empieza el consumo. Las personas que utilizan estas sustancias tienen, entre otras manifestaciones, ideas delirantes de tipo persecutorio, irritabilidad, sentimiento de grandeza y conducta violenta.

Los trastornos de la alimentación frecuentemente van seguidos de depresión, ansiedad o de ambas. Hay polémica en cuanto a si la depresión o la ansiedad son causas o resultados reales de la anorexia; asimismo, no hay suficientes estudios sobre la relación entre los trastornos psicológicos y la anorexia; la mayoría simplemente informa sobre la aparición de problemas psicológicos presentes al momento de diagnosticar el desorden.

Síntomas de la anorexia nerviosa

El síntoma básico de la anorexia es la pérdida mayor de peso, causada por seguir dietas excesivas y continuas. El adelgazamiento exagerado y patológico llega a ocurrir como consecuencia de una dieta restrictiva o de la purgación constante. El vegetarianismo puede servir para enmascarar la anorexia, sobre todo cuando alguien ha dejado de comer carne solamente para evitar la grasa, en vez de haberlo hecho por otros motivos como el amor por los animales. Si una dieta vegetariana coincide con una pérdida de peso rápida y si la persona está evitando ciertas comidas como nueces y productos lácteos que contienen aceites y grasas, hay que sospechar de comportamiento anoréxico.

En las anoréxicas, la menstruación puede ser infrecuente o no presentarse. A menudo, las mujeres extremadamente delgadas que hacen ejercicio compulsivamente, pueden sufrir problemas ortopédicos, particularmente las bailarinas o las atletas; esto puede ser el primer signo que obliga a la paciente a buscar ayuda médica. A medida que se pierde peso, disminuye también la capacidad de hacer ejercicio.

La piel se reseca y marchita, está cubierta con pelo fino y hay pérdida de cabello. Los pies y las manos pueden estar fríos o a veces hinchados. El estómago a menudo se afecta después de comer. El pulso puede ser lento y la presión arterial, baja. Es posible que los pensamientos sean confusos o aletargados y una persona anoréxica puede tener una mala memoria y carecer de juicio.

Los trastornos de alimentación no obedecen a una causa única; en ellos influye una serie de factores, incluyendo las presiones culturales y familiares, los desajustes químicos y emocionales y los trastornos de la personalidad; y todos ellos son detonadores de la anorexia y la bulimia.

Influencias culturales

Sin duda es difícil entender los trastornos alimentarios sin tomar en cuenta la injerencia de la “cultura de la delgadez” y del “estar en forma”, en las decisiones de las adolescentes jóvenes y en la población en general. Los cánones de belleza actuales promueven la delgadez externa y además hay un rechazo social a la obesidad femenina que hacen que las adolescentes sientan un impulso irrefrenable por estar delgadas y, por lo tanto, “ser aceptadas”. Lo anterior nos obliga a pensar en lo riesgoso que resulta obtener una “imagen ideal”, y con ello nos referimos a “todo lo que tiene que hacer” el o la adolescente para conseguirla.

Influencias familiares

Para muchos expertos resulta evidente que los factores emocionales negativos en la familia o en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y la perpetuación de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de bulímicos son críticas y desinteresadas. Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos con problemas de alimentación, los estudios también han indicado que los padres y los hermanos que también son excesivamente críticos, desempeñan una función principal en el desarrollo de la anorexia en las niñas.

Trastorno por déficit de atención e hipertactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema del desarrollo caracterizado por distracción, actividad

constante, conducta impulsiva e imposibilidad de permanecer concentrado en tareas o actividades. En muchos lugares se le conoce también como trastorno o síndrome hiperquinético. Se calcula que afecta entre 3 y 9% de los niños en la población general y es más frecuente en los niños que en las niñas.

A pesar de las dificultades en la evaluación de niños pequeños, puede empezar a los 2 ó 3 años de edad, pero el cuadro cambia conforme se acerca la adolescencia.

Muchos síntomas, en particular la hiperactividad, disminuyen en el adulto joven, pero los problemas de impulsividad y de falta de atención persisten en 50% de los individuos afectados por TDAH, a lo largo de su vida adulta.

Los niños con TDAH presentan lapsos de atención breves, se frustran fácilmente con las tareas diarias que nunca pueden terminar y se aburren. Son niños inteligentes, sin embargo, la falta de concentración frecuentemente les acarrea problemas escolares y bajo rendimiento. Estos niños están en constante movimiento, corriendo, trepando, pero tienen problemas de coordinación motora.

Los síntomas principales del síndrome por déficit de atención en la niñez consisten en lapsos breves de atención, control de impulsos deficiente y, en ocasiones, conductas agresivas e hiperactividad.

Los niños con TDAH que no reciben tratamiento y que muestran problemas de conducta persistentes en la adolescencia y en la vida adulta, se encuentran en alto riesgo de desarrollar adicción a las drogas, además de tener conductas antisociales.

La elección de la sustancia de abuso está en parte determinada por el medio ambiente, aunque los factores genéticos juegan un papel que predispone el abuso de alcohol y de otras drogas. Algunos adolescentes y algunos adultos pueden usar estas sustancias como una manera de automedicarse para controlar los síntomas de un TDAH no tratado previamente.

El TDAH requiere de una atención multidisciplinaria oportuna para evitar complicaciones, porque puede confundirse con ansiedad,

cuando el niño está distraído e inquieto, o con depresión, cuando está enojado, triste o con baja concentración.

Las repercusiones del TDAH en la familia resultan en maltrato físico y emocional, negligencia, rechazo, crisis de pareja, crisis disciplinaria, aislamiento social y rivalidades entre hermanos por las comparaciones que llega haber entre el comportamiento de uno y de otro.

Los problemas académicos de los adolescentes con TDAH pueden aumentar debido a las respuestas negativas de los padres y maestros ante el fracaso escolar.

FAMILIAS MULTISTRESADAS

La problemática del consumo de drogas debe observarse de manera integral, tanto en lo individual como en lo familiar y en lo social, en el sentido más amplio. ¿Qué tipo de imagen general podemos construir para la situación familiar de los consumidores de drogas? Lo que encontramos no es una suma de las dificultades individuales, sino un conjunto de factores interconectados que forman una compleja situación familiar en la que cada integrante siente la dificultad de salir por sí mismo de las formas de relación acostumbradas.

Hay muchas posibilidades de abrir nuevos caminos en cualquier situación relacional, para lo cual es importante adquirir un mapa de las relaciones que le permita al paciente comprender en qué contexto está ubicado.

En términos generales, en las familias de los consumidores observamos varias clases de estrés articuladas. Cada integrante de la familia tiene una vivencia distinta de estrés y cada una está vinculada con el problema relacional, la lealtad familiar y el valor social. Al considerar las múltiples cargas emocionales acompañadas en este contexto, se les llama a dichas familias “multiestresadas”.

Los adolescentes, como todos los seres humanos y al igual que sus padres, necesitan afecto. Independientemente de que haya un conflicto explícito o no en las relaciones familiares, muchas personas sufren por inseguridad y por falta de cariño de parte de sus seres queridos. La construcción de una relación amorosa y confiable forma parte importante de nuestra vida cotidiana. La presencia de distintas variedades de estrés en la familia están relacionadas con la dificultad de construir una relación afectiva estable entre sus miembros y con la problemática particular de cada integrante.

La nutrición afectiva no es cuestión únicamente del amor, sino también de establecer reglas y límites relacionales claros, así como de tener comprensión por las diferencias personales.

Un factor importante en el estrés familiar es el conflicto emocional en la relación de pareja, ante el cual los padres buscan el apoyo de los hijos. Entre una familia y otra, la relación de los padres puede ser tanto conflictiva como distante y es frecuente que el hijo adicto se encuentre en medio de la relación de los padres; en otras palabras, ese hijo se halla “triangulado”. Una situación así crea ambigüedad en los límites relacionales. En la familia existe confusión respecto a qué tipo de papel puede esperarse de cada persona. Esta clase de relación triangular, aunque es estresante, sirve a todos para bajar la tensión ocasionada por el conflicto conyugal, de tal manera que concede a la familia cierta estabilidad relacional, al desviarse la atención con otro problema. Sin embargo, estas formas de disminuir la ansiedad son temporales, el problema que sirve para desviar el conflicto generará a la vez mayor conflicto y reclamos entre los padres.

Generalmente, los consumidores varones tienen una relación cercana con su madre y una relación distante o conflictiva con su padre. Las consumidoras mujeres, suelen, en cambio, tener una relación conflictiva con su madre y cercana con su padre. Sin embargo, esta cuestión de género puede variar dependiendo de la composición familiar. Cuando sólo se tienen hijos varones, uno de ellos suele estar más cerca del padre y cuando sólo se tienen hijas,

también puede aparecer una hija que esté más cerca de la madre. Es importante recalcar que este triángulo no se desarrolla por culpa de un miembro en particular, sino que se forma gradualmente debido a diversas situaciones en la relación familiar.

El factor estresante en la relación triangular se debe en parte a los errores de interpretación inherentes al proceso. Entre los hombres y las mujeres hay una diferencia marcada en las formas de enfrentar el estrés relacional. Cuando los hombres se sienten estresados, buscan un refugio fuera de la familia que les permite olvidarlo; por ejemplo, en su trabajo, en el alcohol, en sus amistades o en la infidelidad.

Para muchos hombres, el hablar directamente con su esposa no es la primera opción. Cuando un hombre lo intenta, procesa la situación de una manera distinta. Trata de resolver el conflicto con menos palabras que la mujer y ella puede sentirse rechazada e incomprendida con esta actitud. En cambio, las mujeres tienden a recurrir más a hablar con su esposo para resolver el problema. Explican minuciosamente sus sentimientos y se interesan también en conocer las emociones de su esposo.

Al igual que los hombres, las mujeres no entienden que su pareja procesa el conflicto relacional de una manera distinta. La reacción del esposo le parece evasiva y ve en ella una señal de desinterés. En realidad, en este proceso, las sensaciones de rechazo son mutuas, pero son las mujeres quienes manifiestan más abiertamente sus emociones; los hombres tienden a ocultar más sus sentimientos.

En este conflicto, observamos el estrés vinculado con la incomprensión mutua en cuanto a sus diferencias. Cada persona interpreta de manera distinta la reacción del otro, y con base en esta interpretación “construida” por ellos mismos se sienten lastimados o enojados.

Esto suele ser así, porque socialmente los papeles asignados para ambos géneros son muy diferentes. De los hombres se espera que sean fuertes y no hablen de sus debilidades emocionales; de

las mujeres se espera que estén atentas a las emociones del otro y sepan guardar la armonía familiar.

Hay muchos hombres que buscan el alcohol o que recurren a la violencia física para restablecer su autoridad. Es frecuente que los padres de consumidores tengan problemas con su manera de beber, y encontramos mayor ansiedad y depresión en las madres. En otras palabras, los hombres tienden a esconder su depresión y la manifiestan de otras maneras como emborrachándose; las mujeres son proclives a ocultarla.

Cuando los padres y las madres se sienten lastimados en su relación de pareja, suelen concentrarse en otras áreas de la vida cotidiana. Las mujeres se enfocan más en la crianza de sus hijos, y los hombres, en algunas actividades fuera de la familia. En este proceso se forma una relación triangular entre padres e hijos. La madre que se siente rechazada por su esposo, empieza a buscar apoyo emocional en los hijos. El hijo que percibe el conflicto marital de sus padres empieza a acercarse más a su mamá para ayudarla. La hija que percibe lo mismo, tiende a acercarse más a su padre. De esta forma, entre todos los miembros se intenta recuperar cierta estabilidad emocional para mitigar la ansiedad.

Como ya dijimos, pero vale la pena insistir, la participación de los hijos ayuda a la pareja a desviar su conflicto. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, esta relación triangular empieza a pesar en todos los integrantes y surge una confusión en los roles familiares.

Esta tendencia se intensifica cuando el hijo o la hija entra en la etapa de la adolescencia en la que debe empezar a relacionarse con miembros de su misma generación fuera de la familia.

Generalmente, la mamá es la que más sufre cuando su hijo más cercano se independiza, porque se ha dedicado más a la crianza de sus hijos y siente un vacío cuando llega ese momento. En el caso del padre, el impacto por este cambio es menos intenso, puesto que su costumbre de resolver la ansiedad, es desviarla al trabajo fuera de la familia. En las familias de los consumidores de drogas adolescentes se observa que esta etapa la viven con mayor ansiedad.

En estas familias es frecuente oír historias como: “el abuelo que no trabajaba debido a su problema de alcoholismo”, “un tío que murió por sobredosis de drogas”, “unos primos que fueron encarcelados por vender drogas”; “una tía alcohólica” o “el padre que se emborrachaba diario y con frecuencia golpeaba a sus hijos, aunque trabajaba y mantenía a su familia”, por ejemplo.

Aun cuando ha aumentado el consumo de drogas en la mujer, es importante recalcar que sigue siendo mayor en los hombres. Esto puede estar relacionado con los valores sociales que les atribuyen como el ser fuertes, incluso para beber alcohol. Socialmente hay más permisividad para el consumo de alcohol y de drogas ilícitas para los hombres que para las mujeres. En muchas familias, el consumo de drogas pudiera estar relacionado con la lealtad y la identidad masculina. En este contexto, un hijo que está en una relación de mayor cercanía afectiva con su madre tal vez recurra a las sustancias para evadir la ansiedad, para pertenecer al grupo de los hombres de la familia y para ser aceptado por los amigos.

En muchas familias de drogodependientes encontramos la repetición del acto de consumo en varias generaciones. Es frecuente saber de episodios en los que el padre del consumidor ingiere alcohol en exceso y además, que el abuelo paterno también era alcohólico. Es decir, atrás del consumo se observa una compleja situación relacional y emotiva que silenciosamente les impide dejar fácilmente las drogas.

Los adolescentes no inician el consumo únicamente por la influencia familiar, sino también por la aceptación de los amigos. Este acto está íntimamente ligado con la necesidad de identificación y el deseo de pertenecer al grupo.

La abundancia de los episodios familiares relacionados con el consumo de drogas también es estresante a causa de la doble moral. Por un lado, el padre o el abuelo beben alcohol y, por otro, se sanciona el consumo. Los hijos tienen confusión en cuanto a las reglas sociales y familiares. ¿Qué es lo bueno y qué es lo malo? ¿Los más poderosos hacen lo que quieren? ¿Mientras no tenga poder,

no debo opinar? ¿El consumo de alcohol es un acto permitido solamente para el padre que tiene el poder?

En este sentido, nos damos cuenta de que la situación que rodea al consumo de drogas se vuelve cada vez más compleja, debido a que la participación social está cambiando tanto para los hombres como para las mujeres. Anteriormente, las mujeres trabajaban principalmente en la casa y los hombres, fuera. Actualmente están surgiendo otras posibilidades de trabajo para ambos sexos. Por un lado, las mujeres viven este cambio como una nueva oportunidad, pero por el otro, sufren por tener que cumplir con su doble papel, ya que deben trabajar tanto en la casa como fuera.

Aunque las mujeres están participando en las actividades que anteriormente se atribuían principalmente a los hombres, no siempre cuentan con una cooperación comprometida de ellos en las actividades del hogar y la crianza de las hijas e hijos, lo que implica concebir estas labores como responsabilidad de ambos, necesaria en cualquier hogar y no sólo como ayuda para las mujeres.

La propia organización social en el mercado laboral aun no cuenta con leyes adecuadas que faciliten la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar, que requiere de ajustes en términos de prestaciones, horarios de trabajo e infraestructura para que tanto mujeres como hombres participen de las labores domésticas y el cuidado de las personas dependientes como infantes, personas enfermas o adultas mayores.

En este sentido, algunos hombres sienten amenazado su papel masculino. Dentro de este cambiante contexto, tanto los hombres como las mujeres sufren confusión y cierta inseguridad con respecto al papel que cada uno debe asumir en la familia.

Algunas jefas de hogar que mantienen a la familia, sufren porque sienten que no pueden ser “buenas madres” y resolver los problemas familiares, y por no poder estar al pendiente de sus hijos el tiempo suficiente.

Algunos hombres se sienten confundidos por no saber cómo conservar su autoridad en la familia. Debido a esta amenaza, hay

quienes recurren a la violencia con su esposa y con sus hijos. El cambio social también forma parte de los complejos factores que provocan estrés en la familia actual. La violencia es fuente de dolor físico y emocional, de estrés y de ansiedad para las personas que integran la familia.

Aunado a los conflictos de pareja y de violencia en la familia, encontramos, además de la adicción, otros problemas en los hijos. Por ejemplo, hermanas que enfrentan un embarazo adolescente o que padecen trastornos de alimentación, hermanos menores con problemas de conducta o aprendizaje, hermanos que caen en conductas delictivas, otros que usan drogas. En este tipo de familias se observan altos niveles de ansiedad y de estrés generalizado, dada la coexistencia de múltiples trastornos como la depresión de la madre, el alcoholismo del padre, el conflicto de pareja y diversas dificultades con los hijos.

Además, estas familias tienen redes de apoyo extrafamiliar muy débiles o inexistentes. No cuentan con la ayuda de otros miembros de la familia extensa, de amigos, de vecinos o de instituciones para la organización de las actividades cotidianas necesarias para su formación, como soporte emocional y de apoyo económico. Se ha observado que en las familias que tienen una red de apoyo estable alrededor, bajan los niveles de ansiedad y sus integrantes se conservan sanos.

De la misma manera, aun en los casos en que ambos padres están sumergidos en sus problemas personales, si los hijos cuentan en su entorno con algunos adultos que les dan una nutrición afectiva estable y la claridad de los límites relacionales, así como con amigos sanos, la posibilidad de que desarrollen problemas graves de conducta disminuye notablemente. La red de apoyo extrafamiliar sirve de gran ayuda para poder sacar a los jóvenes del problema emocional.

En las familias de los consumidores de drogas se observa un empobrecimiento en este sentido. Aunque el hijo tenga relaciones con sus familiares, estos parientes suelen presentar el mismo tipo

de inestabilidad relacional y no pueden darles la ayuda requerida. En este sentido, establecer una red de apoyos extra familiares es importante para prevenir la situación de crisis repentina que no podemos controlar nosotros mismos.

En el contexto familiar de los usuarios de drogas adolescentes encontramos varios factores de estrés articulados. Para resolverlos es necesario atender los diversos niveles del problema; tanto el individual, como el familiar y el social, en el sentido más amplio.

FACTORES ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN LA MUJER

¿Por qué consumen drogas las mujeres?. ¿Qué las convierte en adictas? Como padres de familia interesa identificar los factores asociados con el consumo de drogas en las hijas adolescentes. Asimismo, es importante conocer los elementos que favorecen la adicción de las mujeres adultas, puesto que se trata, por lo general, de un consumo oculto o medicalizado.

Es sabido que el uso y abuso de sustancias ha existido en la historia de la humanidad, sólo que tiene características y significaciones particulares dependiendo de los grupos sociales y del contexto sociocultural. El consumo de las mujeres es diferente al de los hombres y es necesario explicar sus razones desde su marco de referencia, a partir de la subjetividad femenina y de las condiciones de vida.

Históricamente, la atención de la salud de las mujeres se ha centrado en el periodo fértil, por la importancia lógica que tiene la maternidad; sin embargo, su salud fuera de este periodo de su ciclo vital ha sido desatendida y las adicciones no son una excepción.

Las estadísticas muestran un incremento en el consumo de drogas en la población femenina. Las mujeres son diferentes, viven circunstancias distintas en función de su edad, clase social, raza, etnia, etcétera. Por ello, existen patrones de consumo diferenciados

entre las mujeres adolescentes, las adultas, las adultas mayores, así como las mujeres de zonas rurales y urbanas.

Las mujeres adultas consumen alcohol y psicofármacos para soportar sus condiciones de vida, de tal manera que se tornan sumisas, resignadas y complacientes para resistir su situación. Las mujeres jóvenes comparten códigos de la calle con los grupos de su misma edad, buscan la aceptación, así como alcanzar una supuesta libertad y desafiar las normas sociales.

Existen factores individuales, familiares y sociales asociados con el consumo de drogas de las mujeres, entre ellos están:

Factores individuales

En la historia de vida de la mujer se citan diversos factores asociados con el consumo de drogas:

La percepción de riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres, lo que hace menos probable que usen sustancias lícitas e ilícitas. Generalmente, las mujeres inician dicho consumo a edades más tardías que los hombres.

Los y las adolescentes comúnmente comienzan su consumo de sustancias por experimentar, por curiosidad, porque tienen una baja percepción de riesgo o por imitar a los adultos.

Las adolescentes sienten frecuentemente la necesidad de agradar a otros mediante una imagen atractiva, siguiendo el modelo que transmiten los medios de comunicación. La adolescente requiere ser aceptada de acuerdo a su imagen, y la imposibilidad de alcanzar ese modelo propicia que consuman estimulantes y diuréticos con el fin de adelgazar.

Los trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y la anorexia están relacionados con los estereotipos de la mujer: belleza y ultradelgadez, que fomentan en las mujeres adolescentes el consumo de cierto tipo de drogas para reducir y controlar el peso. El tabaco, la cocaína y las metanfetaminas, por su acción

inhibidora del apetito, son las drogas frecuentemente elegidas para alcanzar esos objetivos.

Algunos adolescentes usan y abusan de las anfetaminas para mantenerse despiertos y “lúcidos” por más horas para estudiar en periodos de exámenes o para rendir en el trabajo.

El abuso sexual en la infancia, así como el maltrato, la baja autoestima, la ansiedad y el aislamiento social, se asocian con el consumo de alcohol y otras drogas.

La crisis de identidad en la adolescencia se relaciona con sentimientos de soledad, rechazo, culpa, vacío, angustia y tristeza; todos ellos considerados como factores de riesgo para el uso de drogas como medio de escape.

La depresión es un factor de riesgo significativo para el abuso de sustancias en las mujeres. Precede al alcoholismo de manera más frecuente que en los hombres, en quienes es más común que la depresión sea consecuencia de dicha adicción.

Las experiencias traumáticas o fuertemente dolorosas como duelos, pérdidas de seres queridos y abuso sexual en la infancia, influyen notablemente aumentando los niveles de ansiedad, tensión, estrés postraumático y depresión que favorecen el uso y abuso de sustancias.

En las mujeres, las relaciones sexuales insatisfactorias predisponen al uso de alguna droga para desinhibirse, estimularse, alcanzar los orgasmos, satisfacer a su pareja, etcétera.

El ama de casa que no tiene un proyecto de vida personal, es susceptible a padecer depresión. Las exigencias sociales en cuanto a que se mantenga tranquila, serena y con cierta estabilidad emocional, propician la prescripción de drogas de uso médico.

Frecuentemente las mujeres refieren padecimientos como el insomnio y otros trastornos del sueño. Para tratar el problema, se les prescriben medicamentos para dormir, pero no se atienden las verdaderas causas de origen relacionadas con la insatisfacción personal.

El estrés asociado con la doble jornada de trabajo y las crecientes exigencias en el ámbito laboral, les generan niveles de estrés,

ansiedad y depresión que las orillan a la ingesta de alcohol y otras drogas.

Factores familiares

En el contexto familiar se identifican diversos factores relativos al consumo de drogas de las mujeres, entre ellos:

Los conflictos derivados de los cambios en los roles de género provocan estrés, ansiedad y depresión, que también son factores de riesgo.

El consumo transgeneracional identifica el uso y abuso de sustancias como una práctica repetitiva por lo menos en tres generaciones: abuela-madre-hija.

Ante la baja percepción de riesgo en la familia los y las adolescentes utilizan drogas, imitando los modelos de comportamiento de aquéllos con quienes se relacionan.

Los ambientes familiares con reglas, valores y normas confusos, en los que no se diferencian límites que permitan al adolescente guiar su conducta, así como los sistemas autoritarios que hacen rígidas las relaciones entre padres e hijos, afectan el desarrollo de la autoestima y hacen que los jóvenes se sientan rechazados y con sentimientos de poca valía, lo que los lleva a refugiarse en las adicciones.

Si el padre, la madre, o ambos, son consumidores de alguna sustancia, los adolescentes consideran “normal” fumar, tomar la copa o emplear alguna otra droga, puesto que es una práctica cotidiana y aceptada.

En muchas familias en las que ambos padres trabajan, los niños y los adolescentes permanecen gran parte del día solos y si no cuentan con la seguridad afectiva necesaria, pueden desarrollar sentimientos de extrema tristeza y poca valía, con tendencias depresivas.

Hay adolescentes consumidores que refieren tener una imagen devaluada del padre; un padre alcohólico y una madre depresiva

representan factores asociados con el consumo de sustancias. Muchas mujeres comienzan a consumir drogas a partir de su relación con un adicto.

La violencia en la familia es un factor relacionado con las adicciones. Las víctimas, generalmente, son la mujer y los hijos. Las principales formas de violencia son: maltrato emocional (gritos y enojos mayores) y físico (golpes con el puño, bofetadas, etcétera), así como el abuso sexual en la infancia. Además, las mujeres víctimas de violencia son dependientes afectivamente y tienen dificultad para decir no, por miedo a ser agredidas, por temor a la soledad y a la desconexión afectiva; por estas razones, toleran abusos, soportan maltrato y ahogan sus penas en alcohol. En estos casos es frecuente que las hijas también consuman drogas para escapar de su realidad.

El conflicto con la pareja influye en el abuso de sustancias. Los problemas surgen ya sea por crisis económicas, familiares, por falta de entendimiento, porque los vínculos afectivos son débiles o precarios, por la presión que ejerce el hombre para que la mujer no trabaje, etcétera.

Las mujeres tienden a sostener y cuidar los vínculos afectivos con la pareja, los hijos, los familiares y los amigos; cuando algo falla, brotan grandes sentimientos de culpa, soledad, abandono y depresión que pueden conducir al consumo oculto, que las hace presa fácil del alcohol y los fármacos.

Cada vez hay más familias encabezadas por mujeres. La presión que genera el querer cumplir tanto con el rol femenino como con el masculino representa enormes exigencias. Si estas expectativas no se cumplen, la mujer siente grandes sentimientos de culpa, sobre todo cuando se enfrenta a la deserción escolar o a conductas delictivas de los hijos. Así, es usual que esta mujer consuma alcohol escondidas o tome drogas de uso médico.

Factores sociales

En el entorno social hay múltiples factores de riesgo asociados con el consumo de drogas, entre ellos se encuentra:

La disponibilidad para obtenerlas, ya que actualmente se consiguen con mayor facilidad debido a que se han abaratado y a que se encuentran a menudo a la vuelta de la esquina.

La publicidad bombardea a las mujeres con mensajes e imágenes que refuerzan los estereotipos de cuerpos ideales. Bajo la influencia de la propaganda, muchas adolescentes buscan aprobación y aceptación al intentar ceñirse a esos cánones de belleza que imponen una esbeltez exagerada y el uso de ropa a la moda. A las mujeres adultas se les pide verse jóvenes y con ello se les presiona para que oculten cualquier signo de envejecimiento. El afán por lograr los ideales femeninos impuestos por la publicidad, lleva a las mujeres a consumir drogas sin que consideren que ello puede dañar su salud, provocar tolerancia y, posteriormente, desembocar en una adicción.

Los estereotipos tienden a reforzar ciertos roles como el de amas de casa que atienden a la pareja y a los hijos, o bien el de mujeres modernas con trabajos exitosos, en los que se asocian el tabaco y el alcohol. Además, la publicidad oferta gran variedad de productos farmacéuticos dirigidos al público femenino de diversas edades y que son potencialmente adictivos.

Los estereotipos sociales femeninos, especialmente aquéllos con los que se identifican las adolescentes, ponen énfasis en el cuerpo. Los ideales de belleza corresponden a patrones de figuras muy esbeltas. Por lo tanto, para poder cumplir con ese ideal femenino, la adolescente usa y abusa de las drogas, particularmente de las anfetaminas que, entre otras cosas, suprimen el apetito sin valorar el costo que ello representa para su salud.

Las exigencias sociales obligan a la mujer a cumplir con las normas culturalmente asignadas a su género; esto es, servir a los demás y olvidarse de ella. Ante la imposibilidad de desempeñar

esta diversidad de roles y funciones, muchas mujeres sufren de baja autoestima, experimentan sentimientos de culpa, caen en depresión o son víctimas de discriminación o estigmatización, lo que las hace proclives al consumo de sustancias psicoactivas, principalmente, al alcohol, que suelen ingerir a escondidas y a tomar drogas de uso médico.

Las mujeres que viven un rol tradicional y exclusivo de amas de casa y cuyas redes de apoyo son escasas o débiles, son más sensibles a la depresión, y, por lo tanto, están más predispuestas a la adicción.

Por otra parte, muchas mujeres que trabajan, lo hacen bajo condiciones desiguales: reciben un ingreso económico inferior (y el hecho de que ellas ganen más que su pareja es a menudo motivo de conflicto), son víctimas de hostigamiento sexual, realizan funciones insatisfactorias, tienen trabajos a destajo o que exigen alto rendimiento y, como resultado, se sienten fatigadas, agobiadas, etcétera. A lo anterior hay que sumar las limitaciones económicas y la doble jornada de trabajo; este conjunto de factores es fuente de estrés, tensión, ansiedad y depresión; elementos que predisponen a la adicción como una forma de mitigar el desgaste y de aumentar su resistencia para hacer frente a las exigencias y cumplir con todos sus roles.

A las mujeres que tienen empleo se les facilita más conseguir drogas. La independencia económica, el contacto con gente que consume y las convivencias sociales, contribuyen a que el beber alcohol, fumar y probar drogas ilícitas sea más accesible.

La desesperanza ante un mundo que ofrece pocas oportunidades de empleo, educación, salud, equidad, de género, etcétera, favorece también la adicción.

En discotecas, bares y centros nocturnos se ofrece la entrada gratuita a mujeres si son acompañadas por un hombre y, además, se promueve la llamada “hora feliz”, en la que se pueden consumir dos bebidas alcohólicas por el precio de una. Es muy frecuente, también, que en estos sitios, circulen otras drogas.

La búsqueda del reconocimiento personal, la aceptación y el reconocimiento del grupo; la misma curiosidad y el deseo de ex-

perimentar nuevas sensaciones, así como la necesidad de agradar o compartir con la pareja pueden motivar el consumo de sustancias en las mujeres.

Hay también una creciente tendencia por tratar psiquiátricamente los problemas emocionales de las mujeres. La solución fácil consiste en prescribir ansiolíticos (medicamentos para combatir la ansiedad), tranquilizantes y antidepresivos que representan el riesgo de caer en el abuso, sobre todo para las mujeres adultas. Sin embargo, el médico que receta el medicamento pasa por alto el origen real del malestar o la necesidad de la paciente por ser escuchada.

Las mujeres adictas son estigmatizadas porque transgreden los mandatos sociales; por ello a menudo ocultan su adicción y difícilmente acuden a tratamiento. Cuando llegan a hacerlo, muy pocas reciben el apoyo de su familia, lo que no ocurre con los hombres, a quienes normalmente siempre los acompaña un pariente, principalmente la madre o la esposa.

Las motivaciones de las mujeres para buscar atención se limitan generalmente a la necesidad de cuidar de su familia, de velar por la salud de sus hijos y de poder seguir cumpliendo con sus obligaciones domésticas, pero rara vez, lo hacen por interés hacia su persona.

CAPÍTULO 6
VIOLENCIA FAMILIAR



Novas
99

CAPÍTULO 6

VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia es un fenómeno que ha formado parte de la cotidianidad humana. Sus efectos se ven bajo diversas formas en todas partes del mundo, pues cada año millones de personas la padecen y muchas muertes son causadas por ella.

Sin embargo, es casi imposible calcular los costos humanos y económicos de la violencia; en realidad son casi invisibles, ya que gran parte de ella se ejerce en los hogares, en los lugares de trabajo y en las instituciones médicas y sociales.

A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, las personas no tienen que aceptarla como parte inevitable de la condición humana. Es posible modificar los factores que favorecen las conductas violentas trabajando con los propios actores, es decir, con quien la ejerce y con quien la recibe, al incidir directamente en las causas relacionadas con situaciones sociales, de género, edad, económicas, políticas y culturales.

Para ello, es necesario abordar el fenómeno de la violencia de forma interdisciplinaria, es decir, con la intervención de diversas disciplinas como la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía; así como con la cooperación de los diversos sectores sociales (educación, salud, política, servicios, etcétera), pues cada una tiene un papel importante ante este fenómeno.

CONCEPTO DE VIOLENCIA

Hay diversas formas de definir a la violencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, a otra persona o a un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de ocasionar

lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

Se considera violencia al empleo de la fuerza y el poder para someter o controlar a otros que generalmente se encuentran en un estado más vulnerable que quien somete, ya sea por la edad, el sexo, el origen étnico y de raza, la orientación sexual, por tener alguna discapacidad, por la fuerza física o la relación de parentesco. Este sometimiento utiliza métodos que generalmente causan grave daño físico y emocional en la víctima. Su principal objetivo es eliminar cualquier obstáculo para el ejercicio y mantenimiento del poder; se puede llevar a cabo tanto por las instituciones en el desempeño de su función como por las personas en las relaciones de la vida cotidiana.

Cuando se habla de violencia no sólo se hace referencia a la tangible, es decir, a la que deja huella corporal; también se incluyen todos los actos que lesionan la integridad emocional de las personas, la negligencia o las omisiones que pueden tener repercusiones en la salud física y emocional del individuo.

La definición además de incluir la palabra poder y la frase “uso intencional de la fuerza”, amplía su naturaleza a las amenazas y a la intimidación, no sólo los actos que impliquen una agresión física o sexual.

Existen diversas manifestaciones de violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos, que pueden dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesiones, invalidez o muerte. Estas consecuencias pueden ser a corto, mediano o largo plazo y “salir a la luz” varios años después de iniciado el maltrato.

Cabe mencionar que la diferencia entre lesionar y la intención de “usar la violencia” depende del contexto cultural; por ejemplo, algunas personas dañar a otros, pero por sus antecedentes culturales y sus creencias no consideran que esto sea un acto violento, como aun sucede en diferentes lugares del mundo con la violencia contra las mujeres y la infancia.

Sin embargo, la OMS define a la violencia tomando en cuenta la relación que ésta tiene con la salud y el bienestar de las personas. Ciertos comportamientos como golpear al cónyuge pueden ser considerados por algunas personas como prácticas culturales que ocurren de forma cotidiana, pero son actos de violencia con efectos importantes para la salud de la persona.

VIOLENCIA EN LA FAMILIA

La violencia generada en el núcleo familiar es uno de los mayores retos al que se enfrenta la sociedad, en particular la denominada violencia de género o contra las mujeres. Ésta se reconoció como un problema de salud pública a nivel mundial a finales de la década de los años 70, por su gran impacto sobre el bienestar físico y emocional de las afectadas y por ser una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina.

Esta situación se vive sistemáticamente en todos los lugares del mundo, es de carácter histórico y puede variar en formas, dinámicas e intensidades, pero la constante es la falta de libertad y reconocimiento de igualdad en lo formal e informal, de las mujeres con relación a los hombres.

La perspectiva de género es una herramienta de análisis que posibilita comprender los procesos de discriminación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres, al marcar las diferencias entre los roles de unos y otras.

A esta valoración entre hombres y mujeres se le ha denominado violencia de género, es decir, es “el hecho de que el sexo biológico constituya un motivo para privar a un individuo del ejercicio pleno de sus derechos, esta situación manifiesta un tipo de violencia que por ser socialmente aceptada se vuelve invisible”.

La violencia en la familia se describe, de acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), como el acto abusivo de poder u omisión intencional

dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco, consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

La aplicación de esta ley hizo posible que la violencia en la familia dejara de ser visualizada como un problema privado y personal, en el que no se permitía ninguna intervención desde afuera; pues cualquier conflicto se tenía que arreglar dentro del hogar e inclusive se consideraba como una situación cotidiana y parte de la dinámica familiar. Era —y es todavía— común escuchar frases como “la ropa sucia se lava en casa”, “me lo merezco porque no le planché la ropa o porque los niños estaban haciendo mucho ruido”, “sí me quiere, aunque a veces se enoja y no se puede controlar, pero es un buen hombre”. Gran parte de la violencia que se ejerce no es evidente y tiene lugar en el ámbito privado como el hogar.

La violencia se presenta tanto en la familia nuclear como en la extensa; por ejemplo, de suegra a nuera, de tío a sobrina, de yerno a suegra. La más frecuente se ejerce hacia mujeres, niños y ancianos. Asimismo, se considera que la violencia es transgeneracional, pues es una respuesta aprendida durante las experiencias de la vida que generan enojo y frustración y se repite de generación en generación. Es frecuente que se descubra una cadena de actos violentos a través del ciclo vital de la familia que se evidencia en fracasos escolares, alcoholismo y drogadicción, entre otros problemas.

Según investigaciones realizadas para medir las prácticas de violencia al interior de la familia, ponen en evidencia que éste es el lugar más inseguro para las mujeres de todas las edades, así como para los infantes. Dichos resultados señalan a los hombres como los principales actores que ejercen prácticas de violencia en contra de las mujeres de todas las edades. Y para el caso de la infancia se señala a hombres y a mujeres, en su condición de personas adultas, con mayor poder sobre niñas y niños.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVM), realizada por la Secretaría de Salud en 2003, tiene como objetivo conocer la prevalencia de la violencia en la familia dirigida a mujeres que demandan atención en los servicios de salud pública del primero y segundo nivel en México, y determinar los principales factores personales, sociales, culturales e institucionales que actúan como obstáculos o facilitadores en la búsqueda de soluciones a este problema.

Para ello, se realizaron 26,042 entrevistas a mujeres en las 32 entidades del país y se identificó que los trastornos de la salud emocional son los de mayor peso y el principal es la depresión. Las mujeres refirieron sentirse cansadas (69.3%), nerviosas, tensas o angustiadas (64.5%), y tristes o afligidas (60.8%); estos síntomas los presentan ocasionalmente, pero 10% declaró sentirse así casi siempre. Otras refirieron síntomas como insomnio (43.7%), ansiedad (47.7%) y aplanamiento afectivo (35.6%).

- ❖ 14 de cada 100 mujeres declararon haber tomado algún medicamento para calmarse o dormir, y 27.7% consumieron algún analgésico todos, o casi todos, los días durante el mes previo a la entrevista.
- ❖ Entre las lesiones más frecuentes en los últimos 12 meses se encuentran contusiones (67.6%), dolores en el cuerpo por algunos días (43.2%) y moretones en las extremidades superiores y en la cabeza (8.3%).
- ❖ La violencia durante o posterior a una relación sexual en el último año les causó algún daño (11.4%), infecciones genitales (9.8%) y sangrado vaginal (8.4%). Requirieron hospitalización 3.8% de ellas.
- ❖ Las consecuencias económicas se reflejaron en la actividad productiva: 6.9% cambió de trabajo y 5.4% lo perdió por la violencia sufrida.
- ❖ Las mujeres refirieron que su agresor fue la pareja (74%), el padre y la madre, el novio o ex novio (4.1%), y personas fuera del círculo familiar (3.6%).

- ❖ El 10.4% de las mujeres fue víctima de maltrato cuando su pareja estaba bajo los efectos del alcohol.
- ❖ La violencia en la infancia ha sido identificada como un predictor importante para sufrir otras experiencias similares en la vida adulta. Los tipos de maltrato infantil detectados con más frecuencia es el de mujeres golpeadas con 42.2%, 21.4% fueron insultadas y 16.5% humilladas por parte de familiares o padres.
- ❖ El 7.6% mencionó haber sufrido abuso sexual antes de los 15 años. El agresor fue en 5.2% de los casos el padre, padrastro u otro hombre de la familia; 2% otros hombres que no son de la familia y 0.3% el novio.
- ❖ El 48% de las mujeres que estaban embarazadas reportó que ya eran víctimas de violencia antes de este periodo y 25% de ellas sufrió algún tipo de maltrato durante su embarazo, como humillaciones (8.4%), relaciones sexuales obligadas por su pareja (6.3%) y golpes (5.3%). En 88.9% de las ocasiones el agresor fue el padre del niño.
- ❖ El índice de las mujeres que buscaron apoyo fue de 18.6%. Un poco más de la mitad comentó su situación de maltrato a los amigos, líderes religiosos, vecinos y organizaciones no gubernamentales.
- ❖ Los principales motivos por los cuales las mujeres no buscan apoyo es por la falta de confianza (43.7%), vergüenza (32.5%) y porque consideran que es un asunto privado (18.4%).
- ❖ Las razones por las cuales aceptarían una situación de violencia es estar de acuerdo con que la autoridad la tiene su pareja, lo que se manifiesta por la obediencia y la sumisión (una de cada cinco mujeres), y estar dispuestas a aceptar relaciones sexuales con su pareja aunque no quieran (una de cada 10).
- ❖ El 10.3% cree que el esposo tendría razón de golpearla y maltratarla en caso de sospecha de infidelidad; lo anterior se incrementa a 16.1% si la sospecha se confirma.
- ❖ Las mujeres no tendrían relaciones sexuales con su pareja en caso de estar enfermas (95.9%), por maltrato (94.8%), y por estado de ebriedad (93.5%).

- ❖ Respecto a quién prefieren preguntarle acerca del maltrato, refieren que a una psicóloga (35.2%), a un médico (21.5%), o a una trabajadora social (20%).

En la encuesta se analizaron dos aspectos: la percepción subjetiva de las mujeres acerca de las razones de la violencia experimentada, y los obstáculos para superar la violencia. En los resultados se identificaron factores asociados, entre ellos:

- ❖ Las mujeres resaltan conflictos con la pareja vinculados con la injerencia de otros miembros de la familia.
- ❖ Ellas expresan como causas de la violencia, dificultades no resueltas en la infancia del cónyuge: “está frustrado por los problemas con la familia y se desquita conmigo”, así como el consumo de alcohol, ambas causas asociadas con el maltrato que quita la responsabilidad a la pareja, quien supuestamente las agrede por cuestiones ajenas a él.
- ❖ La “obligación marital” de tener relaciones sexuales, independientemente del deseo de la mujer, con frecuencia conlleva a la violencia sexual. La insatisfacción sexual del cónyuge se expresa con el argumento “ella ya no le sirve”, esto justifica que él tiene derecho a buscar otra pareja. La petición de ella de fidelidad provoca que se inviertan los papeles: la víctima de infidelidad se convierte en victimaria, pues él la culpa del control y la vigilancia, por lo que se hace merecedora del maltrato.
- ❖ La mujer se asume como “un ser para otros” y ve con frecuencia su propia realización en ello. De ahí que dedica su esfuerzo y su tiempo a las necesidades de otros miembros de la familia, además del cuidado de los hijos. Esto se convierte en un conflicto porque el hombre disputa la dedicación y la exclusividad de la mujer para él.
- ❖ Los roles femeninos y masculinos son un factor importante para la violencia en la mujer. Ellas hablan de fracaso al ser madres solteras o separadas. En este sentido, la solución a la violencia sería

la separación, pero como se asocia con el estigma social de “fracaso”, no resulta como una opción.

- ❖ El capital social se refiere a la participación en redes sociales de conocimiento y reconocimiento mutuo. Las víctimas de violencia muestran ausencia de estas redes, lejanía física o emocional de su entorno, aislamiento que alimenta el círculo de la violencia.
- ❖ La capacidad de las mujeres para trabajar fuera del hogar fortalece su autoestima y contribuye para que piensen en separarse de la pareja que la violenta. En el caso de las mujeres más jóvenes, los estudios, la información y la capacitación favorecen el desarrollo de redes sociales que pueden servirle de apoyo.
- ❖ Las mujeres maltratadas no acuden a los servicios de salud por las lesiones o los malestares causados por la violencia. En algunos casos acuden con sus amistades y parientas para que les den algún remedio casero y apoyo moral. Además, prefieren no ser “registradas” en alguna institución.

Estos datos dan cuenta de que la violencia en la familia hace referencia a la violencia de pareja que usualmente ejercen los hombres sobre las mujeres.

LA VIOLENCIA DE PAREJA ES UNA EXPRESIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA

En la familia se aprende y se enseña a vivir en sociedad; aquí es donde se transmiten las reglas para mujeres y hombres. Por ello, lo primero que interiorizamos mediante el aprendizaje de estos valores es lo más difícil de cuestionar y, sobre todo, de cambiar.

Cuando se habla de violencia invisible no significa que esté oculta, sino que se reproduce a través de la naturalización en las instituciones y que se manifiesta en mitos, creencias, costumbres y discursos sociales; se convierte en algo “común y normal”. Por ello las diferencias sociales entre hombre y mujer son producto de la

desigualdad social y de género que hacen invisible a la violencia, la naturalizan y la legitiman.

Lo anterior se reproduce en todas las esferas de la vida social, económica, jurídica, política, laboral, erótica, etcétera, a través de las instituciones (la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia). Ejemplos de ello son frases como: “mi pareja no me deja”; “la mujer en su casa”; “le voy a pedir permiso a mi marido”; “tú tienes la culpa por no saber educar a tus hijos, era tu única obligación”. También resulta evidente este tipo de violencia en el desempeño del trabajo doméstico, pues es una jornada invisible de trabajo en la que se atienden las necesidades de alimentación, salud, educación y descanso de los integrantes de la familia, y no se recibe reconocimiento ni remuneración económica a cambio, en tanto se consideran labores propias del rol de género.

Una de las máximas expresiones de la violencia de género en la que el hombre ejerce una dominación sobre la mujer, es la conyugal (entre esposos) o de pareja. La violencia en la pareja se produce en todos los lugares del mundo, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas (hombres) y las agresiones también se presenten en las parejas del mismo sexo, la violencia es soportada en mayor proporción por las mujeres e impuesta por los hombres.

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de una relación íntima. Algunas de sus características son:

- ❖ *Intencional o voluntaria*: El agresor decide en qué momento y bajo qué condiciones se ejecuta el maltrato (generalmente en privado). Persigue dos objetivos: descargar la tensión acumulada que no se pudo expresar y consolidar la posición de superioridad del agresor.
- ❖ *Selectiva o focalizada*: Es dirigida hacia las personas más vulnerables o en quienes se ejerce mayor poder.

- ❖ *Aumento de la intensidad y fuerza:* El uso de la violencia es cada vez más fuerte y los periodos de aparición entre un acto violento y otro son cada vez más cortos.
- ❖ *Abuso de poder:* La violencia es una forma de ejercicio del poder, en tanto éste sea utilizado para ocasionar daño a otra persona.
- ❖ *Recurrente:* La violencia se da en situaciones cíclicas, en intervalos (meses, semanas, días) y se repite de forma constante.

En las prácticas diarias de la vida cotidiana hay algunas maniobras interpersonales de dominación masculina que, al no ser visibles, se denominan “micromaniobras” y pretenden:

- ❖ Mantener el dominio y la supuesta superioridad sobre la mujer objeto de la maniobra.
- ❖ Reafirmar o recuperar dicho dominio ante una mujer que “se rebela”.
- ❖ Resistirse al aumento de poder personal o interpersonal de una mujer con la que se vincula o para aprovecharse de dichos poderes.

A estos microabusos y microviolencias también se les conoce como “micromachismos” y se clasifican en tres categorías: coercitivos, encubiertos y de crisis.

Coercitivos o directos: El hombre utiliza la fuerza moral, psíquica, económica o de la propia personalidad para intentar doblegar y hacer sentir a la mujer que no tiene la razón, por lo que ella duda de sus decisiones. Esto fortalece la inhibición, la desconfianza en sí misma y la disminución de la autoestima, lo que ocasiona una mayor pérdida de poder.

En este tipo de “micromachismos” las maniobras que se emplean son de intimidación, de toma repentina del mando, de apelación al argumento lógico, de insistencia abusiva, de control del dinero y de uso expansivo del espacio físico.

Encubiertos: En este tipo de microviolencia el varón oculta su objetivo de dominio, ya que las maniobras que emplea son tan sutiles que suelen pasar inadvertidas. Aquí se impide el pensamiento

objetivo y racional de la mujer, llevándola a hacer lo que no quiere y conduciéndola en la dirección elegida por él.

El hombre aprovecha la dependencia afectiva y el pensamiento “confiado” de ella. Además, ocasiona en ella sentimientos de poca valía, emociones acompañadas de confusión, zozobra, culpa, dudas e impotencia que favorecen la baja autoestima y la falta de credibilidad en sí misma.

Las maniobras que se emplean en este tipo de micromachismo son las que promueven la desigualdad de poder y la no autonomía femenina, ejemplo de esto son la “maternización” de la mujer, las maniobras de explotación emocional, la desaprobación, el paternalismo, los engaños y el “perdonar” conductas violentas, por citar algunos.

De crisis: Este tipo de microabuso se emplea en situaciones de desequilibrio en la “estable desigualdad de poder” de la relación de pareja; por ejemplo, en el caso de la pérdida del poder por parte del hombre debido a razones físicas o laborales que lo lleva a emplear ciertas maniobras con el fin de restablecer el lugar que ocupa socialmente. En esta situación se emplean el pseudoapoyo, el distanciamiento, el hacer méritos y el dar lástima con tal de seguir manteniendo el lugar del “hombre de la casa” en la estructura familiar.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), en su versión del 2011, muestra los siguientes resultados con respecto a la violencia de pareja ejercida en mujeres mayores a los 15 años.

- ❖ El 46.1% de las mujeres sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal.
- ❖ El 42.4% declaró haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su actual o última relación que afectan su salud mental y psicológica; 24.5% recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta.

- ❖ El 13.5% confesó haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocó daños permanentes o temporales.
- ❖ Las mujeres víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas, representan el 7.3%; ellas declararon haber sufrido diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento.

La encuesta indagó sobre el acuerdo o desacuerdo de las mujeres frente a ciertos “roles socialmente esperados” y se encontró que entre las mujeres de 15 años y más, el último año han sufrido violencia por parte de su pareja:

- ❖ 29.0% dijo estar de acuerdo en que “si hay golpes o maltrato en casa es un asunto de familia y ahí debe quedar”.
- ❖ 16.8% estuvo de acuerdo en que “una esposa debe obedecer a su esposo o pareja en todo lo que él ordene”.
- ❖ 14.7% igualmente expresó acuerdo con “es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo o pareja”.

LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA EMPIEZA EN EL NOVIAZGO

En la última década se ha puesto especial atención en la violencia en las relaciones de noviazgo, la cual también se explica como una expresión de la violencia de género. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV), 51.8% de las personas entre 15 y 24 años tuvo al menos una relación de noviazgo durante 2007.

Antecedentes de la violencia

- ❖ En 21.3% de los hogares de jóvenes había insultos teniendo mayor incidencia en los hogares urbanos (55%) con respecto a los rurales (45%).

- ❖ En 9% de los hogares donde vivieron jóvenes hasta los doce años había golpes (55% hombres y 44% mujeres).

Violencia física en el noviazgo

- ❖ 15% de jóvenes han experimentado al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo que tenían al momento de la encuesta.
- ❖ 16.4% en zonas urbanas en comparación con las zonas rurales 13.2%. Diferenciados por sexo, 61.4% de las mujeres y 46% de los hombres.

Violencia psicológica en el noviazgo

- ❖ 76% de los jóvenes son víctimas de violencia psicológica.
- ❖ 76.3% se da en áreas urbanas a diferencia de la zona rural 74.7%.

Violencia sexual en el noviazgo

- ❖ Dos terceras partes de las personas a las que han tratado de forzar o que han forzado a tener relaciones sexuales son mujeres, y en ambas situaciones, la agresión ha sido en su propia casa.
- ❖ 16.5% de las jóvenes entrevistadas señaló haber sufrido un evento de violencia sexual por parte de su pareja.

Consumo de sustancias psicoactivas relacionado con la violencia en el noviazgo

Consumo de tabaco y/o alcohol*	Prevalencia de violencia física	Prevalencia de violencia psicológica	Prevalencia de violencia sexual
Si consume	17.2	78.9	78.9
No consume	8.9	64.0	6.5

Tipos de violencia

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define los tipos o modalidades de la violencia contra las mujeres:

1. Violencia psicológica: Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. Algunos ejemplos son:

- ❖ Prohibiciones para trabajar o mantener el empleo, solicitar dinero, salir de la casa, visitar a la familia o amistades, hablar con familiares y amigos, arreglarse y vestirse como se desee y tomar decisiones.
- ❖ Imposiciones para vender o empeñar algún objeto propio o ajeno y quedarse con el dinero; rentar o hipotecar casa o departamento sin el consentimiento y también quedarse con el dinero; solicitar u obtener actas de divorcio falsas; no dar dinero para la manutención del hogar y la familia; interceptar la correspondencia o escuchar las llamadas telefónicas; incitar a las mujeres a abortar; negarse a ir al Registro Civil para reconocer al hijo o hija, aunque no estén casados; entrar en el domicilio sin permiso, con violencia o engaño cuando hay divorcio u orden judicial que lo prohíba, obligar a otros a que paguen las deudas y robar las pertenencias de la familia.
- ❖ Intimidar o provocar el miedo a través de miradas, acciones o gestos, destrozando objetos, romper las cosas personales de otro, maltratar a los animales, chantajear, mostrar objetos capaces de hacer daños o armas, negar que hubo violencia, responsabilizar a otras personas por la conducta violenta, y apoderarse o destruir intencionalmente algún objeto.

- ❖ Amenazar o provocar algún daño a otros miembros de la familia, abandonar, quitar a los hijos, hacer denuncias ante las autoridades, no dar dinero para la manutención y suicidarse.
- ❖ Actitudes devaluatorias como hablar mal de la pareja e insultarla, generar sentimientos de inferioridad, culpabilidad y torpeza; burlarse, humillar, gritar o desacreditar a la pareja o algún miembro de la familia. En conclusión, este tipo de violencia abarca todas aquellas situaciones dirigidas a dañar la estabilidad emocional de quien las recibe o a alterar su escala de valores.
Desgraciadamente, ésta es la clase de maltrato más difícil de distinguir, ya que depende de la subjetividad de cada persona; sin embargo, es una constante el que antes de la aparición de cualquiera de las otras formas de maltrato siempre haya una larga historia de maltrato psicológico o emocional.
- ❖ Otros ejemplos de abuso emocional son ignorar la presencia del otro, no responderle ni dirigirle la palabra, exigir “cuentas” de lo que hace, mentirle constantemente, no atenderlo en caso de que lo solicite, etcétera.

2. Violencia física: Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas.

Este tipo de maltrato es el más fácil de identificar, pues provoca daños físicos que causan lesiones leves, moderadas y severas, como pellizcos, rasguños, poner tatuajes, agujerar las orejas o cualquier parte del cuerpo, cortar las uñas a raíz, jalar o cortar el cabello, aventar objetos, dar empujones, bofetadas, puntapiés, golpes, sujetar con fuerza o intentar estrangular, pegar en el vientre durante el embarazo, provocar moretones, huesos rotos, enrojecimiento de la piel, laceraciones, causar hemorragias por los golpes, hasta el grado máximo, que es el homicidio.

3. Violencia patrimonial: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación,

sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

4. Violencia económica: Es toda acción u omisión de quien violenta que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo dentro de un mismo centro laboral.

5. Violencia sexual: Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y la sexualidad de la víctima y, que por lo tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer al denigrarla y concebirla como objeto.

El maltrato sexual engloba lo no castigado legalmente como la burla y la ridiculización de la sexualidad del otro, negar los sentimientos y necesidades de la pareja y ocasionar dolor no consentido por la pareja durante las relaciones sexuales; hasta el delictivo, que incluye ilícitos sancionados por la ley, como los abusos deshonestos, el estupro, el exhibicionismo, la agresión, la explotación, el acoso o el hostigamiento, la incitación a la prostitución, el abuso y la violación, entre otros.

En muchas ocasiones es difícil identificar la violencia sexual, ya que muchas mujeres creen que deben tener relaciones sexuales con su pareja aunque no lo desean, pues es una obligación del contrato matrimonial. Algunos tipos de violencia sexual son:

❖ *Abuso sexual:* Cualquier forma de sometimiento sexual en el que puede haber contacto físico o no, ser o no realizado con violencia física o con intimidación y sin el consentimiento de la víctima. Incluye excitación, consumación del acto sexual, caricias y proposiciones verbales.

- ❖ *Violación*: Se refiere a realizar un acto sexual con una persona en contra de su voluntad a través de la violencia física, incluso con un objeto que se introduzca en los genitales de la víctima.
- ❖ *Estupro*: Comprende tanto el intento como el acto sexual de una persona mayor con alguien menor de 18 años a través de la seducción y el engaño.
- ❖ *Exhibicionismo*: Es un abuso sexual sin contacto físico que consiste en enseñar genitales o actos sexuales.
- ❖ *Explotación sexual*: Es cuando el abusador busca u obtiene beneficio a través de la sexualidad de otra persona. Se incluye la pornografía y la prostitución infantil.
- ❖ *Hostigamiento sexual*: Es una expresión de la violencia de género que se manifiesta como el ejercicio abusivo del poder mediante una coacción con contenido sexual y que proviene de una persona con cargo superior dirigida a alguien de menor rango.
- ❖ *Acoso sexual*: Es un comportamiento de carácter sexual que no es deseado y que la víctima lo identifica como un condicionamiento hostil para su trabajo percibiéndolo como algo humillante; puede presentarse entre personas con la misma jerarquía o quien acosa puede tener una jerarquía menor.
- ❖ *Incesto*: Comprende las relaciones sexuales entre parientes dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio (padres, hijos, hermanos, abuelos).

6. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Las diferentes expresiones de violencia que históricamente han padecido las mujeres en diferentes ámbitos de la sociedad tienen en común las siguientes características:

- ❖ *Recurrente*: No se basa en un solo acto, sino que son constantes.
- ❖ *Intencional*: Quien agrede tiene claridad respecto a su conducta, de ahí que sea responsable de la misma.

- ❖ *Implica un acto de poder y sometimiento:* Su intención es controlar a quien recibe la violencia.
- ❖ *Tendencia a incrementarse:* El maltrato se presenta de forma reiterada y, al paso del tiempo, cuando no se pueden solucionar los conflictos de otra forma, cada acto ocurre con mayor intensidad respecto al anterior y causa más daño.
- ❖ *Resolución a partir de apoyo profesional:* La violencia en la familia involucra a quienes viven en un círculo que les impide reconocerse como agresores o agredidos, de ahí la necesidad de la intervención de un tercero que conozca la problemática para recibir apoyo eficiente.

Es de relevancia especificar que, al estar tipificadas las conductas violentas, trasciende el orden de lo personal y se entra al terreno de lo jurídico, por lo tanto, el apoyo profesional es una de las obligaciones que el estado tiene para hacer cumplir los derechos de las mujeres.

FACTORES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

Ningún factor por sí solo explica por qué las personas ejercen comportamientos violentos hacia otras o por qué la violencia es más frecuente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, ambientales, comunitarios, sociales y culturales. Comprender la forma en que éstos están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenirla.

Los factores culturales y sociales se refieren al proceso de socialización en el que se transmiten las normas y los valores de una sociedad para su reproducción; esto se logra por medio de la educación que se recibe principalmente en la familia y en la escuela, además de las instituciones, la iglesia y los medios masivos de comunicación, los cuales han influido para que la violencia sea considerada como “normal”, una cuestión privada y justificable.

Los patrones culturales de género socialmente aceptados se han transmitido por generaciones y colocan al hombre en una posición de dominio y a la mujer en posiciones desventajosas de sumisión; se contraponen a prácticas actuales innovadoras y poco tradicionales en las familias. Las normas culturales que refuerzan el dominio del hombre sobre las mujeres y la infancia, así como la masculinidad asociada con la agresión y la autoridad, son factores que propician la violencia en muchas familias y en las relaciones de pareja, como medio para restablecer el poder.

Estas normas apoyan la violencia como una forma aceptable de resolver conflictos; por ejemplo, la permisividad social para el ejercicio de la violencia “en pro de la educación” de la infancia. Las normas que respaldan el empleo de la fuerza policial excesiva en contra de los ciudadanos.

CONSECUENCIAS EMOCIONALES EN LAS MUJERES QUE SUFREN MALTRATO

La valoración de casos de mujeres maltratadas ha permitido obtener datos sobre las consecuencias psicoemocionales que presentan aquellas que han vivido violencia:

- ❖ *Baja autoestima*: La valoración de las mujeres violentadas en sus hogares disminuye; sufren la pérdida de su valía personal, del amor hacia sí mismas y del respeto que merecen; no se sienten capaces de manejarse en todos los ámbitos de su vida.
- ❖ *Aislamiento*: La persona agredida tiene la sensación de ser la única a la que le ocurre el maltrato y, además, tiende a no comunicarse con los otros. Finalmente, termina por romper con todas sus redes sociales y eso la hace que se sienta sola.
- ❖ *Miedo al agresor*: Producto de las constantes amenazas o manipulaciones, además de las mismas experiencias de violencia que han vivido, por lo que consideran que su pareja es capaz de cumplir sus amenazas.

- ❖ *Inseguridad*: La persona que sufre el maltrato se siente imposibilitada para tomar decisiones y carece de seguridad en lo que hace, pues la convivencia con el agresor y la transmisión de la idea de que el mundo es amenazante para ella le hace suponer que le resultará difícil enfrentarse a tal situación.
- ❖ *Depresión*: En términos generales, se refiere a la pérdida del sentido de la vida y se manifiesta con la tristeza por no haber podido mantener una relación, la armonía de su hogar y la estabilidad con sus hijos, por no haber cubierto las expectativas que se esperaban de ella o por haber roto la estructura familiar. En algunos casos, se encuentra el uso o abuso de drogas, alcohol o medicamentos por parte de las mujeres violentadas como forma de desahogo o mecanismo para sobrellevar la dinámica de violencia.
- ❖ *Vergüenza*: Las mujeres maltratadas presentan dificultades para verbalizar su experiencia, ya que se culpan por lo que les ocurre y tienden a guardar silencio sobre su situación. Incluso se ha detectado que mujeres con alta preparación académica o activistas por los derechos de las mujeres que viven situaciones de maltrato guardan silencio por vergüenza o por sentirse incongruentes con el tema que trabajan. Requieren un proceso de trabajo reflexivo para entender que nadie, incluso desde posiciones de poder, está exenta de vivir violencia.
- ❖ *Culpa*: Asumir que lo que les pasa es sólo responsabilidad de ellas, y como no están haciendo las cosas “bien” merecen ser tratadas de esa forma.
- ❖ *Dependencia*: En algunas ocasiones, las mujeres maltratadas dependen de la aprobación del otro para decidir, sentir, pensar y actuar.

Desde el ámbito clínico se dan explicaciones sobre las afectaciones que padecen las personas violentadas como:

- ❖ Síndrome de indefensión aprendida o desesperanza aprendida: La persona violentada se adapta a las circunstancias y al maltrato empleando mecanismos como la minimización, la autovictimización

y la negación de los hechos; prefieren hacer cualquier cosa para minimizar su dolor y aumentar las probabilidades de supervivencia, en lugar de arriesgarse a que la lastimen aún más o maten tratando de escapar.

- ❖ La mujer es cada vez más sumisa e introvertida por miedo a despertar la cólera del agresor; su imagen y su autoestima se devalúan al grado de percibirse en la indefensión aprendida, esto es, en el desamparo condicionado que nulifica la posibilidad de reacción provocada por la desesperanza y el continuo fracaso en detener la violencia del hombre.
- ❖ Síndrome de Estocolmo: Se refiere a la relación de suma dependencia que la víctima establece con el agresor como mecanismo de supervivencia.
- ❖ Síndrome de fatiga crónica: Tiene su origen en un desequilibrio emocional que produce agotamiento e insatisfacción. Se presentan ansiedad, olvidos, disminución de la concentración y la memoria, falta de voluntad, etcétera.
- ❖ Desorientación: Se refiere a la desubicación espacio temporal.
- ❖ Letargia: Disminución de la actividad motora y somnolencia.
- ❖ Rumia mental: La mujer no deja de pensar en los episodios violentos, busca sus fallas o defectos acompañados de ideas de destrucción y sometimiento. Tiene deseos de matar o morir y esta condición la sigue agotando cada vez más.

Además, las mujeres agredidas se asumen como propiciadoras de actos violentos, causantes de la infelicidad de sus hijos, incapaces de proporcionar felicidad o satisfacción a su pareja. El enojo generado por la violencia recibida es canalizado, en primera instancia, hacia los hijos y hacia ellas mismas, lo que puede manifestarse en padecimientos somáticos; se apegan a lo que tradicionalmente les demanda su papel de género, sienten que no tienen el poder para cambiar su estilo de vida y más bien colocan el poder fuera de ellas.

Otras consecuencias que se pueden presentar son trastornos en el sueño y en la alimentación, enfermedades dermatológicas, cefaleas,

alta o baja presión arterial, úlceras, colitis, gastritis, diarreas, colon irritable, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual como VIH y sida, estrés postraumático y suicidio.

Aunque estas circunstancias se trabajan desde el ámbito clínico, se resalta que es indispensable que en el caso de violencia contra las mujeres estos padecimientos se deben revisar en el marco de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, para evitar una doble victimización. Ya que la intervención de las instituciones de salud y ministerios públicos influyen de manera determinante al atender los casos.

Se ha detectado que el hecho de no contar con el personal capacitado para atender estas consecuencias de la violencia genera un mayor daño en las mujeres, quienes a la larga optan por el silencio, desistir de la denuncia o tardar más tiempo en salir de la relación de violencia, con un alto costo en su salud mental.

CICLO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

Para comprender el proceso de la violencia conyugal o de pareja es necesario revisar los aspectos generales del ciclo de la violencia doméstica. Se ha identificado un ciclo de violencia que se compone de tres fases:

Acumulación de tensión: Con el correr del tiempo se va desgastando la convivencia en la pareja, aunada a las dificultades económicas, laborales, familiares, etcétera, así como a una acumulación de tensión en la relación. Durante esta fase se efectúan agresiones sutiles, golpes menores que son minimizados y justificados por ambas partes. La tensión aumenta y cada vez resulta más difícil manejarla. La repetición frecuente de los ataques da pauta a la segunda fase del ciclo.

Fase de golpes agudos/descarga aguda de la violencia: Esta etapa se caracteriza por la descarga descontrolada de las tensiones que se acumularon durante la fase anterior y el grado de daño es diferente.

La violencia física es incontrolable y destructiva, y el agresor manifiesta una gran fuerza.

Esta fase es la más corta de las tres, ocurre por lo general en la intimidad del hogar y sólo el hombre golpeador le pone fin. La mujer que recibe violencia está consciente de todo lo que está ocurriendo; pero advierte que “no podrá detener una conducta fuera de control y opta por no ofrecer resistencia”.

Es frecuente la negación del hecho; ambas partes intentan justificar y minimizar la seriedad de lo sucedido y la mayoría de las mujeres no busca ayuda durante el periodo posterior al ataque, a menos que estén mal heridas y que la atención médica sea imprescindible.

Luna de miel reconciliatoria: Esta etapa se caracteriza por el arrepentimiento y el sentimiento de culpa del golpeador. Pide perdón y asegura que su violencia no volverá a ocurrir. Además, cree que no volverá a lastimar a la mujer que quiere y confía en su capacidad de control. Es más, intuye que le ha enseñado una lección con la cual ella dejará de hacer lo que le molestaba y él no necesitará pegarle otra vez.

Para tratar de demostrar su sinceridad, dejará de tomar, de ver a otras mujeres, de visitar a su madre o de hacer cualquier otra cosa que altere su estado de ansiedad interna. En el inicio de esta fase la mujer se siente más capaz de huir y pedir ayuda; el hombre golpeador reparte gentilezas, alardeando de la reconquista de su mujer y declarando que ella es la única esperanza para él; sin ella, él quedará destrozado. La mujer empieza a responsabilizarse por lo ocurrido y siente que debe ayudarlo. Cada uno le hace creer al otro que este suceso no volverá a ocurrir.

“El ciclo se repite una y otra vez y, en algunos casos, la fase de luna de miel desaparece, sucediéndole las amenazas de daño mayor o muerte a la mujer y los hijos.”

VIOLENCIA CONTRA NIÑAS Y NIÑOS

De acuerdo a las leyes que rigen en México y que se basan en la Convención de los Derechos del Niño se entiende por niño (y niña) como toda persona menor de dieciocho años de edad.

El primer espacio de socialización para la infancia es en la familia, donde también desafortunadamente se presentan la mayoría de casos de violencia en su contra. La violencia contra la infancia es un problema de salud pública a nivel mundial, como lo muestra el estudio de la ONU en los cinco continentes que confirma que esta violencia existe en todos los países del mundo, independientemente de las culturas, clases sociales, niveles educativos, ingresos y origen étnico. Se produce en gran variedad de formas y está profundamente arraigado en las prácticas culturales, económicas y sociales.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002, define a la violencia contra niñas y niños como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra un niño, por parte de una persona o un grupo que cause o tenga probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad. Asimismo, la violencia contra la infancia es toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

La violencia contra la infancia abarca todas las formas de maltratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originan un daño real o potencial para la salud de niñas y niños, su supervivencia, su desarrollo o su dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Incluye cualquier conducta u omisión realizada por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, así como los estados derivados de estas conductas o de su ausencia que privan a la niñez de su libertad, de sus derechos y que dificultan y comprometen su óptimo desarrollo.

Incluye actos de carácter deliberado disciplinario, sádico o descontrolado por parte de padres o personas que tienen la tutoría o les cuidan y que pueden provocar daños físicos o enfermedades a la infancia como golpes, palizas, quemaduras, arrancamiento de cabello, fracturas, hematomas (moretones) y consecuencias que puedan derivarse de un exceso de disciplina o de un castigo inapropiado para la edad o las características del niño o la niña.

El maltrato emocional se produce cuando la persona que les cuida no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo de la niñez. Estas acciones incluyen la restricción de los movimientos de niñas y niños, la denigración de sus movimientos, la ridiculización, las amenazas y la intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas de trato hostil. Aquí se encuentran los progenitores con reglas muy rígidas, que hablan de la infancia en forma negativa o devaluatoria y no le ven nada positivo. Se incluyen cinco tipos de malos tratos:

La forma pasiva de los maltratos incluye la negligencia, no atender periódicamente o de manera regular a la infancia, no jugar, platicarle o demostrarle afecto. Lo que genera apatía, indiferencia, estados de ausencia y docilidad. Este padecimiento puede tardar años en ser reconocido médicamente y es conocido como “síndrome de privación” o “enanismo de privación”. Entre 10 y 30% de la niñez maltratada presenta síntomas de mala nutrición, bajo peso, talla inferior a la media, enfermedades físicas y cicatrices o huellas de maltrato.

El descuido o la negligencia se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo de la niña y el niño, aunque esté en condiciones de hacerlo en una o varias de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo y en condiciones de vida seguras. Por ende, el descuido se distingue de la situación de pobreza porque puede ocurrir en los casos en que la familia u otras personas a cargo del cuidado disponen de recursos razonables.

El abuso sexual a menores se define como el acto que una persona realiza con otra menor de 18 años de edad con fines de gratificación sexual. Quien ejecuta tal abuso pueden ser familiares, adultos o menores que ocupen una posición de poder o autoridad frente a la niña o niño. Se entiende como abuso de poder la superioridad física y económica de la persona adulta.

El maltrato socioeconómico se subdivide en explotación laboral y mendicidad. En la primera se encuentran la recolección de basura y de cosecha, la prostitución, el tráfico de drogas, el servicio doméstico y la venta ambulante. La segunda puede ser consecuencia de vivir en un entorno mísero, la ausencia de recursos; y se puede utilizar la desestabilización de la vida emocional de niñas y niños, la manipulación de la opinión pública y la justificación del comportamiento.

El contexto social donde se generan prácticas de violencia contra la infancia se explica a través del adultocentrismo, que es una visión del mundo que plantea que sólo las personas adultas están preparadas para tomar decisiones y dirigir la sociedad; ésta se basa en una posición de poder desde la cual se actúa creyendo que pueden implementar el futuro de la infancia, su preparación, su desarrollo y su protección, sin considerar en momento alguno la opinión de la infancia sobre sí misma.

Las principales características del adultocentrismo son:

- ❖ Exclusión y discriminación por razones de edad: Desacreditación de lo que hacen las personas de menor edad y su experiencia.
- ❖ Las personas adultas pueden abusar de su poder sobre la infancia.
- ❖ Niñas y niños se conciben como propiedad privada de la familia.
- ❖ La idea que las personas adultas son el parámetro para el desarrollo de niñas y niños.
- ❖ La falta de respeto del niño y la niña como persona, o sujeto que tiene necesidades, de derechos, de sentimientos.
- ❖ Negación de niñas y niños que puede hacerles sufrir y distorsionar su crecimiento.

- ❖ Se valora a niñas y niños como lo que llegarán a ser, no por lo que son.
- ❖ Relación desigual y de tensión de poder entre adultos e infantes. Imposición de la visión adulta.
- ❖ Rigidez adulta ante la imposibilidad de relacionarse con la infancia.

Todo enfoque integral para abordar la violencia contra niñas y niños debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de madres y padres en las distintas culturas del mundo. La cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. Entre estas ideas están las que definen qué actos omitidos o cometidos constituyen maltrato o descuido; es decir, la cultura ayuda a definir los principios que, por lo general, se aceptan en relación con la crianza y el cuidado de la infancia.

Ninguna violencia contra la infancia es justificable, aun cuando la intención sea para su “bien”. Toda sociedad, sea cual sea su trasfondo cultural, económico o social, puede y debe poner fin a esta práctica. Por lo que no significa que haya que limitarse a castigar a quienes violentan, sino que es necesario transformar la mentalidad de las sociedades y las condiciones económicas y sociales subyacentes ligadas a la violencia.

CAPÍTULO 7

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES O RESPONSABLES DE LOS HIJOS



Amor
99

CAPÍTULO 7

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES O RESPONSABLES DE LOS HIJOS

HACIA UNA NUEVA CONSTRUCCIÓN DE FEMINIDAD Y MASCULINIDAD

Es necesario el reconocimiento y la aceptación de las diferentes formas de ser hombre y de ser mujer. Los patrones estereotipados de feminidad y masculinidad ya no son útiles en las familias de la sociedad actual. Es impostergable la transformación de las normas y los valores culturales para que se construyan concepciones de género nuevas, que se basen en prácticas familiares que permitan una convivencia cotidiana con diferentes estilos de vida y de relaciones.

Acceder a la construcción de relaciones democráticas, de respeto y de tolerancia en los diversos tipos de familia actual, dará oportunidad al ejercicio de negociaciones entre hombres y mujeres en términos de equidad.

Muchas mujeres participan en labores remuneradas y han adaptado sus estilos de vida, combinando el trabajo doméstico y el extradoméstico. Ahora el reto es llevar a la práctica la aceptación de la responsabilidad colectiva de tareas y funciones domésticas para que no sean exclusivas de la mujer, sino compartidas por todos los integrantes de la familia, de acuerdo a su edad. Los hombres tendrán que mostrar flexibilidad ante los roles asignados y asumir también la crianza y el cuidado de los hijos, contribuyendo al fortalecimiento de los vínculos afectivos.

Ante esta propuesta de cambio, muchos hombres podrán sentir pérdida de poder y autoridad; sin embargo, esa aparente pérdida se puede convertir en un cambio que traerá consigo más oportunidades de desarrollo, de expresión de sus sentimientos y de ejercicio de prácticas cotidianas sin temor a las críticas.

Lo anterior demanda una construcción diferente de la masculinidad y de la feminidad, más flexible y libre. La nueva construcción

requiere la modificación de los contratos que ahogan las relaciones entre la pareja, entre padres e hijos, entre hermanos mayores y menores y entre todos los que conforman la familia.

En la familia se puede forjar una negociación para las tareas necesarias en el hogar: la resolución de los conflictos sin violencia; la distribución equitativa de los espacios de poder y de toma de decisiones de manera colectiva y no individual.

Es necesario trasladar esta práctica más justa a todos los escenarios de la vida social para que haya igualdad de oportunidades para hombres y para mujeres. Referirse a equidad de género es acceder, con justicia e igualdad, al uso de control y a los beneficios de los bienes y servicios de la sociedad.

Desmitificar los estereotipos

Los estereotipos comprenden una serie de características comúnmente aceptadas acerca de cómo deben ser los hombres y las mujeres; constituyen un modelo de cualidades y valores que socialmente se atribuyen a cada sexo. El estereotipo es, pues, esa representación compartida por la sociedad que define de forma simple a las personas, a partir de convencionalismos que no considera las posibilidades de que sean diferentes.

Así, se encasilla a la mujer como sensible, intuitiva, incapaz de ser objetiva y con escaso o nulo control emocional, siempre buena, pasiva, obediente, servil, tierna, maternal, ama de casa eficiente y satisfecha, amable, comprensiva, discreta, delicada, dependiente y sin iniciativa, administradora de parte del dinero del hombre en el ámbito del hogar, temerosa, atractiva físicamente y siempre joven; además, debe ser un apoyo incondicional para el hombre y los hijos.

En cambio, el hombre debe ser fuerte, valiente, adinerado, independiente, cabeza de familia, agresivo, rebelde, con iniciativa, activo, trabajador, emprendedor, expresivo, no sentimental,

protector, sexualmente potente, siempre maduro, inteligente y objetivo y con una habilidad natural para relacionarse con los demás.

Cuando una mujer adopta rasgos del estereotipo tradicional masculino, como es el caso del valor, la fuerza o la expresividad, se le cataloga como una mujer “masculina” o “marimacha”. Sucede lo mismo con el hombre que presenta características tipificadas como femeninas, como la ternura o el gusto por las labores del hogar, en este caso se le considera “mandilón” o “mariquita”.

Es importante que como padres de familia reflexionemos en que vivimos en una cultura de estereotipos sexistas en la que aparentemente se privilegia al hombre; en realidad, los estereotipos afectan de forma negativa a ambos, pues se constituyen patrones o ideas que dividen y no permiten el descubrimiento, el desarrollo y la expresión de cualidades y valores propios del ser humano, sin distinción de sexo.

Como padres de familia es importante que la educación de los hijos e hijas sea igualitaria, respetando las habilidades, los gustos y las debilidades de cada uno. Por ejemplo, al varón no se le debe regañar por expresar sus emociones, como llorar o jugar con muñecas, diciendo que eso es de “mujeres”; a las niñas no se les deben comprar juegos de té, estufitas, cocinitas o juguetes que sólo se relacionan con labores domésticas, ya que las limita en sus capacidades o expectativas.

Libre elección de identidad

Es importante que se respeten las decisiones, los gustos y las preferencias tanto de hombres como de mujeres respecto a su elección de estilo de vida, otorgando un trato igualitario a sus derechos y responsabilidades.

La identidad implica que cada persona elija las actividades que le gusta realizar, los pensamientos y las creencias que prefiera y las adapte a su imagen, a las concepciones que le expliquen su realidad, a sus intereses, ideales, expectativas, habilidades, capacidades y a la expresión de sus emociones.

En la familia y en la sociedad, la existencia de prejuicios que limiten las posibilidades de los otros, que no respeten las diversas maneras de pensar, ser y actuar, reproduce las desigualdades y la opresión de género conduce a la violencia, a confrontaciones que dificultan la convivencia y limitan el pleno desarrollo de hombres y mujeres.

Facilitar y otorgar libertad a los hijos para elegir qué estudiar y qué actividades, juegos, deportes o artes realizar, aunque sean prácticas que comúnmente no se identifiquen con su sexo, les permitirá ensayar diferentes roles y elegir aquéllos con los que se sientan más seguros. Les ayudará también a afrontar cualquier responsabilidad sin tener conflicto con los estereotipos. Por ejemplo, si los padres permiten que un niño juegue con la hermana a las muñecas o a la comidita, si así lo quiere, además de que se promueve un vínculo afectivo más estrecho entre hermanos, se puede propiciar el desarrollo de un sentido de participación en las tareas del hogar. Si una niña juega con cochecitos con el hermanito, puede propiciarse apoyo y seguridad entre ambos. Ni el niño ni la niña perderán su identidad masculina o femenina por estos juegos.

Ejercer plenamente el derecho a decidir cómo practicar la sexualidad es elegir libremente sobre el cuerpo, evitando la violencia física y psicológica a través de maltratos, insultos, desprecio, indiferencia, burla, exhibición o negación.

El papel de los padres debe consistir en orientar a los hijos y a las hijas para que las conductas que elijan no les traigan consecuencias a su salud física y emocional, además de fortalecer los valores de igualdad entre ambos sexos desde la primera infancia. Se debe informar y orientar a los hijos acerca de la sexualidad, sean hombres o mujeres, de forma igualitaria y equitativa, abierta, sencilla, sin prejuicios y siempre en un ambiente de respeto.

Es necesario que durante todo el proceso de desarrollo de los hijos, los padres establezcan una comunicación adecuada con ellos, interesándose en sus gustos, preferencias y necesidades en general, para que cuando tengan dudas, curiosidad o necesidad de información, tengan la seguridad y la confianza de acercarse a dialogar con

la madre, el padre o con ambos. Por ejemplo, si la moda es tatuarse, es conveniente que se platique de los pros y los contras, es decir, informarles que existen algunos riesgos a la salud, como contraer alguna infección, hepatitis, sida, o simplemente, que después de un tiempo la imagen puede ya no sea de su agrado y aunque se puede quitar con rayo láser, es un proceso caro y doloroso y se corre el riesgo de que quede cicatriz.

Equidad

Históricamente, el rol de la mujer en la sociedad ha sido de cuidadora y proveedora de afecto a los integrantes de la familia, se espera que siempre esté presente cuando alguno de ellos la necesite; en caso de no hacerlo, de no cumplir con algunas de estas funciones, entonces se le juzga como mala madre, mala esposa o mala hija.

Su participación económica y en la vida pública es cada vez mayor, pues la mujer tiene flexibilidad para adaptarse a varias funciones; sin embargo, esto provoca otra serie de conflictos con la pareja y en las relaciones con la familia. Muchos hombres se resisten a un cambio en el estilo de vida femenino que le signifique espacios de poder y autonomía.

Es necesario transformar las relaciones familiares y promover una nueva cultura de género, basada en la equidad y la justicia en las relaciones de familia.

Cuando se habla de equidad se refiere a dar y tener derecho a un trato digno e igualdad de oportunidades, obligaciones y responsabilidades entre hombres y mujeres.

Ahora el reto es que los hombres puedan enfrentar las transformaciones de la mujer y de las relaciones familiares, y así encontrar formas de organización más equitativas que permitan la distribución de espacios de poder, la toma de decisiones y responsabilidades entre los padres y los hijos, de acuerdo con la etapa de desarrollo por la que atraviesan.

Es importante sensibilizar a los hombres para que se cuestione la rigidez de los estereotipos masculinos y les sea posible involucrarse en la crianza de los hijos y en las actividades del hogar de manera compartida, sin que sientan que dejarán por ello de ser hombres. Transformar los roles tradicionales hacia la responsabilidad colectiva beneficia a todos los integrantes de la familia, pues esto significa gozar de los mismos derechos en la vida cotidiana. Las necesidades de todos los miembros de una familia deben satisfacerse sin menoscabo de los derechos de ninguno de ellos.

Algunos padres no manifiestan abiertamente a los hijos varones su cariño con caricias, besos y apapachos, por temor a convertirlos en “amanerados o desviados sexualmente” o porque simplemente “entre hombres, se ve mal”. En el caso de las hijas no se lo demuestran “porque se puede pensar que el padre tiene malas intenciones con ella”.

Dado que la ausencia del padre constituye un factor de riesgo para el inicio de los adolescentes en el consumo de drogas, el compromiso de los padres en su educación es muy importante para que puedan demostrar su afecto en una relación más cercana, ser guía en la toma de decisiones y supervisar sus actividades y amistades sin invadir su libertad.

Por supuesto que esto no quiere decir que en hogares monoparentales con jefatura femenina no pueda impulsarse el desarrollo sano; cualquier tipo de negociación que evite la violencia puede ser eficaz. Lo que se plantea es modificar las relaciones de pareja con autoritarismo masculino tradicional por relaciones consensuales de autoridad y funciones compartidas. Asimismo, se propone corresponsabilidad, negociación, consenso y equidad en las obligaciones y en la toma de decisiones dentro de la familia.

Es común que los padres den mayores libertades a los hijos varones que a las hijas, por ejemplo, permisos para salir a fiestas sin restricción de hora de llegada, porque “tienen derecho a divertirse”; también se les permite que inicien su vida sexual desde edades tempranas, así como tener varias novias “para que conozcan

el mundo”, por el hecho de ser hombres. Cuando es la hija quien va a una fiesta se le impone una hora de llegada, “porque hay muchos peligros en la calle”, “no es bien visto que las mujeres lleguen a altas horas de la noche” o que tengan varios novios, pues se les cataloga como “locas” o “fáciles”.

Lo importante es que se establezcan normas de diversión y supervisión iguales para el hijo y la hija, que se hable de los valores personales y de cómo deben respetar y valorar a las amistades o a la pareja que tengan.

El otro lado de la moneda es cuando los padres no saben poner límites ni al hombre ni a la mujer, autorizándolos para que hagan lo que quieran y como quieran, sin claridad en las normas y los valores que rigen para cada uno. Por ejemplo, el padre o la madre no dice nada cuando los hijos o las hijas adolescentes llegan a casa alcoholizados; los padres están durmiendo o no se percatan de la hora a la que llegan, o si se dan cuenta, simplemente les dicen que no van a salir nuevamente y para la fiesta siguiente pasa lo mismo.

Otro ejemplo es cuando el padre de familia defiende al hijo para que no colabore en las actividades domésticas, exigiendo que la hija cumpla con estas labores y, además, atienda al hermano y a él porque ellos son los hombres de la casa.

La tarea como padres de familia es asignar responsabilidades por igual a cada uno; tal vez al hijo se le responsabilice del lavado de los trastes dos o tres veces por semana, igual número de veces que a la hija y, para ambos, el lavado de su ropa. Si son pequeños, pueden empezar con mantener sus cosas en un lugar ordenado. Este tipo de tareas, además de responsabilizar a los hijos, permitirá que a la madre no se le adjudique toda la carga doméstica, por lo que el padre tendrá que colaborar con tareas semejantes a las de la esposa.

En ocasiones, la mujer no permite que el esposo colabore en los quehaceres domésticos o en el cuidado de los hijos, aludiendo que no sabe cómo hacerlo o no lo hace bien; estas son acciones que “justifican” al hombre para que no participe en la educación y la atención de los hijos o en las tareas de la casa. También es neces-

rio que la mujer facilite y estimule este tipo de responsabilidades en el padre.

En algunas familias se privilegia a los hombres con la posibilidad de estudiar, justificando que son ellos “los que deben prepararse para la vida, porque van a mantener a una familia el día de mañana”. Las mujeres, por el contrario, deben estudiar lo indispensable porque “ellas deben quedarse en el hogar y tener a un hombre que las mantenga”.

Si observamos la dinámica de nuestra sociedad, la constitución de la familia ya no es nuclear como antes; ahora hay distintas posibilidades en las cuales la mujer puede ser la única proveedora económica, ya sea porque es madre soltera, divorciada, etcétera. Con esto se demuestra que puede desarrollarse en los mismos ámbitos que el hombre y que tiene igual capacidad para ser mecánica, chofer, astronauta o científica.

Como padre y como madre es importante que el trato, las normas y los valores sean iguales para la hija y para el hijo, y que en la familia se establezca el ejercicio de los mismos derechos y responsabilidades de manera equitativa y acorde con su edad.

Tolerancia y respeto

Cada ser humano posee características propias, personales; por ejemplo, estatura, color de piel, nacionalidad; también son rasgos distintivos la forma de hablar, de caminar y de vestir; se tienen gustos, ideas y preferencias propias. Si alguien no respeta la forma de ser o las cosas personales del otro, es probable que se genere un conflicto.

En una familia, cada integrante tiene características que lo hacen diferente de los otros, lo que le da la posibilidad de ser plural. La unión de los padres es una mezcla de educación, cultura, ideas y valores que pueden tener cierta semejanza; sin embargo, se adaptan en pareja y cada hijo aprende y se desarrolla diferente.

Esta combinación de costumbres, creencias y educación transmitida por los padres, dará a cada hijo un sentido diferente de acuerdo con sus propias vivencias y la influencia social de su época, lo que tendrán que reconocer los padres para ser respetuosos y tolerantes.

El respeto es un valor muy importante; consiste en considerar los derechos y la dignidad humana de los demás sin importar sus características físicas o su forma de pensar. En muchos casos, las diferencias entre los seres humanos son motivo de admiración y alegría; sin embargo, la falta de respeto origina, a veces, intolerancia y ésta provoca violencia, destrucción y muerte. Por el contrario, el intercambio y la aceptación de las diferencias, posibilitan el progreso y el bienestar familiar y social.

La tolerancia y el respeto son valores deseables para la convivencia armónica y el bienestar colectivo. Existen normas de comportamiento individual, familiar y social; sin ellas, se genera desorden, porque cada quien actúa de acuerdo con sus propios deseos, aspiraciones e intereses, sin que importen los derechos de los demás. Sin embargo, cada individuo, familia y sociedad adapta estas normas a una forma particular de pensar y de convivencia.

A lo largo de la historia, algunos individuos han manifestado intolerancia hacia quienes son diferentes por su color de piel, religión, preferencias políticas y sexuales, costumbres, nacionalidad o forma de pensar. Tolerar es aceptar estas diferencias y respetar opiniones, hábitos o costumbres; la tolerancia es un valor importante que favorece la buena convivencia.

Actualmente coexisten muchos tipos de familias, algunas más tradicionales, otras que están en transición, adaptando estas concepciones a estilos de vida diferentes y otras más con arreglos innovadores.

En las más tradicionales se cumplen los roles asignados a los géneros de acuerdo con normas sociales que son aceptadas desde tiempo remoto. Otras mantienen una estructura tradicional aunque adaptan los roles de pareja de acuerdo con las funciones que

son necesarias en la familia, por ejemplo, cuando ambos padres trabajan. En otras familias se han logrado negociaciones entre la pareja y los hijos que les permiten intercambiar roles según lo que se requiera para vivir. Otras han encontrado formas innovadoras, como parejas que viven por separado, pero mantienen responsabilidades en común.

La tolerancia y el respeto a las diversas formas familiares y estilos de vivir, son valores que requieren ejercerse para lograr un verdadero cambio social; siempre y cuando las particularidades de la convivencia no violenten los derechos de ninguno de los integrantes de la familia.

Así como existen normas sociales, dentro de cada familia hay diferentes reglas para organizarse; las más importantes se refieren a la economía familiar, las labores del hogar y la educación de los hijos, por ejemplo, quién o quiénes sostienen a la familia; a quiénes se les responsabiliza del arreglo de la casa, de hacer la comida; cuál es el horario permitido para llegar a casa; el aseo personal; lavarse las manos antes de comer; no gritarse o golpearse, entre otras cosas. Estas normas, son diferentes en cada familia y semejantes en muchas; hacen posible la convivencia y la satisfacción de sus necesidades.

El diálogo permite conocer, comprender y ponerse de acuerdo sin necesidad de renunciar a las diferencias personales. Con la comunicación se crea la posibilidad de establecer acuerdos, por ejemplo: decidir en familia a dónde ir de vacaciones; organizarse para las labores de la casa; establecer un horario para hacer tareas, estudiar, salir a jugar; no permitir que los hijos adolescentes (hombres y mujeres) consuman alcohol al asistir a reuniones con amigos o con primos, tíos, etcétera.

Así, un sistema de organización que especifique las normas que guíen a la familia, con tolerancia y respeto a los diferentes estilos de vida, es un elemento social imprescindible para convivir de manera armoniosa. Recordemos que la mayoría de los pequeños y grandes conflictos de la humanidad ha empezado por no respetar

las ideas de los otros, por condenar a quienes son diferentes y por no aceptar que las diferencias son necesarias para el desarrollo individual y pleno.

Las situaciones de difícil convivencia relacionadas con el género constituyen riesgos especialmente para el estrés, la ansiedad y la depresión en el caso de mujeres usuarias de drogas. Los trastornos afectivos y del estado de ánimo son un factor de riesgo para el uso y abuso de sustancias adictivas.

Generalmente, en las familias de usuarios de drogas hay reglas confusas y también hay conflictos de pareja derivados de creencias y expectativas de género; por ejemplo, que necesariamente el hombre sea el sostén familiar o que la mujer no debe descuidar sus funciones del hogar. De ahí la importancia de respetar arreglos familiares, que aunque sean diferentes, son necesarios en la sociedad actual.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS A TRAVÉS DE LA NEGOCIACIÓN Y NO DE LA VIOLENCIA

Los conflictos son naturales, no se puede estar de acuerdo en todo y con todos; siempre tenemos formas diferentes de ver las cosas, de sentir y de expresarnos; esas diferencias hacen que cualquier realidad cambie, pues los involucrados se mueven, se desarrollan y se transforman. Un conflicto es una oportunidad de crecer.

El conflicto puede transformarse en negociación, en la oportunidad para una experiencia de aprendizaje y comunicación. Para resolver las diferencias es necesaria la negociación, es decir, buscar acuerdos y concertar acciones, al contrario de la violencia, que se plantea como una forma de someter, dominar y controlar al otro.

Dialogar y escuchar son parte fundamental de toda negociación; esto no siempre significa coincidencia de puntos de vista; el diálogo implica que todos los involucrados en el conflicto expresen su manera de pensar y sus sentimientos. El diálogo permite escuchar y ponerse en el lugar del otro para tener una visión amplia e integral de la situación

conflictiva. Es posible encontrar juntos la solución, responsabilizarse de manera individual y colectiva.

En la denominada “violencia familiar”, uno domina al otro, ya sea por género o por generación. Comúnmente, es el hombre quien se posiciona como superior y las mujeres y los niños se subordinan. Los padres imponen su decisión y no consideran la importancia de la expresión de los hijos pequeños y adolescentes, situación que genera otros conflictos. La negociación mediante el diálogo posibilita, sin discriminación, el que adultos, niños y adolescentes, entre hombres y mujeres se escuchen.

Para facilitar el diálogo se sugiere:

- ❖ No minimizar o discriminar a ningún miembro ni por su edad ni por su condición de género; todos deben ser tomados en cuenta.
- ❖ Escuchar al otro.
- ❖ Comunicarse defendiendo los propios puntos de vista y evitando las descalificaciones, las ofensas y las burlas.
- ❖ Mantener una actitud crítica ante las propias ideas.
- ❖ Establecer acuerdos que satisfagan a todos los involucrados, sin que se afecten los derechos de ninguno.

La negociación incluye el respeto, es decir, reconocer las diferencias de los integrantes de la familia. El respeto evita violentar y violar los derechos. El hecho de que sean diferentes, no significa que deben ser discriminados, no representa desigualdad social. El respeto favorece un clima de participación y de relaciones democráticas.

Recomendaciones para practicar en la familia:

- ❖ Evitar la imposición de poder y de dominio de unos sobre otros.
- ❖ Buscar la negociación y no la violencia como una forma de toma de decisiones.

- ❖ Respetar y tolerar las diferencias de los demás.
- ❖ Permitir la libre decisión del ejercicio de la masculinidad o la feminidad.
- ❖ Tomar decisiones en conjunto.
- ❖ Equidad en las relaciones y en la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia.
- ❖ Distribuir las tareas del hogar entre la pareja y los hijos, con responsabilidades de acuerdo a su edad.

MANEJO DEL ESTRÉS

En la actualidad uno de los principales problemas de salud física y mental es el estrés. La gravedad de este padecimiento se manifiesta de manera diferente entre las personas en cualquier etapa de la vida. El estrés las hace susceptibles a enfermedades como resfriados, males respiratorios, aumenta el riesgo de los problemas cardiacos, presión arterial alta, diabetes, asma, úlceras, colitis y cáncer, entre otras.

Los niveles muy altos de estrés pueden ocasionar agresividad, depresión, intolerancia a otras personas, violencia con la pareja y con los hijos, y deterioro de la comunicación con los demás.

El estrés se origina por cualquier cambio, no importa si es “bueno” o “malo”, en ambos casos el resultado es el mismo y afecta la dinámica personal; por ejemplo, los cambios positivos en los adultos pueden ser el nacimiento de un hijo, el matrimonio, terminar una carrera y el cambio de horario; cambios negativos son perder el trabajo, no tener dinero para pagar las deudas, la enfermedad de un familiar, la insatisfacción sexual con la pareja y la poca motivación para hacer las cosas.

Un generador de estrés es exigir demasiado de uno mismo; por ejemplo, si se trabaja en exceso o se divierte desvelándose continuamente, habrá reducido su tiempo disponible para descansar y, tarde o temprano, la pérdida de energía causará que el cuerpo retrase su capacidad de recuperarse.

En los adolescentes, los cambios hormonales son causa de estrés; su cuerpo cambia de forma, los órganos sexuales comienzan a funcionar y se generan nuevas hormonas. La reacción estresante que se tiene ante los cambios no puede evitarse, porque éstos siempre están presentes en la vida y son positivos si se saben manejar.

Para disminuir y controlar las reacciones estresantes se debe procurar una dieta equilibrada, practicar de manera constante algún deporte y aprender técnicas de concentración y relajación, como escuchar música suave, lo que favorecerá a la liberación de tensiones internas.

Es importante aprender a respirar. Cuando se recibe una impresión (positiva o negativa) y no se sabe respirar, se suspende momentáneamente la entrada de oxígeno en el organismo; es recomendable que la respiración se practique de la siguiente forma:

Inhale por la nariz expandiendo el abdomen lo más profundo que pueda, retenga un instante y exhale lentamente por la boca hasta que su abdomen quede sin aire. Repita este ejercicio de tres a cinco veces seguidas y, por lo menos, cinco veces al día.

También procure reemplazar el temor y la ansiedad por sentimientos positivos. Busque lo agradable de cada situación. Intente regular la actividad del hogar, la recreativa y la laboral. Destine un horario para descansar. Estas propuestas son fáciles de realizar y de fomentar en sus hijos e hijas.

AUTOESTIMA

La autoestima se refiere a la aceptación, al sentimiento de valía y al afecto que cada individuo tiene de sí mismo. En el desarrollo de la propia estima intervienen muchos factores, entre los más importantes destacan el afecto recibido de los padres; la aceptación de familiares y amigos; la imagen corporal y el reconocimiento de logros personales por parte de los padres, de otras personas significativas y de uno mismo.

En el caso de muchas mujeres, el desarrollo de la autoestima se basa prioritariamente en que los otros la acepten, y en su imagen corporal. Esto se debe a que durante años se ha educado a las niñas para agradar a otros, para depender afectiva y económicamente de los hombres. Se aprende a través de las actividades que cotidianamente se realizan en el juego, en la escuela y en la familia, con la expectativa de ser aceptada y reconocida por otras personas. Posteriormente, en la adolescencia se le exige que sea “bonita”, decente y bien portada para que pueda “casarse con un buen hombre”. Y cuando es madre, debe dedicarse a atender a los hijos, al esposo, a sus padres y a todos aquellos que soliciten su apoyo, es decir, vivir para los demás.

Por este tipo de educación, en muchos casos, la autoestima de la mujer está condicionada a la aceptación y al reconocimiento que tengan de ella quienes están a su alrededor.

Tradicionalmente, la mujer depende de su padre, posteriormente de su marido, de sus hijos y hasta de los suegros. Además, debe ser una “buena mujer”; esto quiere decir, tener su casa limpia, mantener contentos y bien atendidos a los hijos y al marido, lo que la coloca en una posición inferior a la del hombre.

Sin embargo, existen múltiples capacidades, cualidades y fortalezas que cada mujer debe aprender a reconocer y a valorar de sí misma. Quererse es tener el valor de hacer las cosas de acuerdo con sus propias ideas y pensamientos y sin necesitar el beneplácito del hombre. La mujer debe amarse a sí misma, aceptándose tal como es, sin resignarse ante determinada situación; por ejemplo, si hay maltrato o indiferencia por parte de la pareja, no decir “esta es mi cruz”, “es mi marido y debo soportarlo porque estoy vieja”, o en un caso escolar, “si mi maestro no me reconoce es porque soy tonta”.

Cuando la mujer pierde el interés por sí misma es muy probable que se deprima y no encuentre la fuerza para diseñar un proyecto de vida. Cualquier meta que desee alcanzar debe apoyarse en una decisión propia y no ser cuestionada por los otros. Lo importante es que quiera trabajar para realizarlo.

Mientras la autoestima de la mujer sea baja, no estará satisfecha con su vida y con su imagen, por lo que debe cuestionarse los estereotipos de las mujeres mostrados en los medios; de lo contrario, siempre se verá muy gorda, muy flaca, muy morena o muy blanca, se verá cada día con más arrugas o más canas. Es importante que las mujeres que más resaltan sus defectos reconozcan sus cualidades y los aspectos positivos en su vida.

Quererse a sí mismas implica renunciar a culpas, a críticas, a indiferencias, a seguir modelos ideales y a buscar siempre la aceptación de terceros. Cuando se ha construido una vida con estas experiencias, puede ser difícil imaginar una forma diferente de verse, sentirse y escucharse a sí mismas.

Si la mujer reconoce las virtudes, las capacidades y los anhelos propios, fortalece la forma de valorarse y amarse como es. La autoestima crecerá en la medida en que reconozca, valore y acepte su vida; en que aproveche la posibilidad de utilizar sus múltiples cualidades para diseñar ese proyecto de vida que le permita vivir para sí misma.

La mujer debe vivir pensando en ella, librándose de los estereotipos que se han establecido en la sociedad durante mucho tiempo. Se puede vivir no sólo a partir de los hijos, el marido, el jefe, el amigo, los padres o los hermanos, sino a partir de la propia vida. Dependere de otros implica tener miedo de estar sola y de no ser aceptada por no cumplir con las normas establecidas, perdiendo la capacidad de vivir plenamente.

Por supuesto que, si una mujer decide dedicarse exclusivamente a cumplir con su papel tradicional de madre y esposa, puede lograr una buena autoestima, siempre y cuando haya asumido por decisión propia este papel y no por falta de oportunidades o por imposición de otros.

Hay que aprender a no culparse y a no conformarse con lo que se tiene, si se quieren alcanzar otros objetivos o metas que durante años han estado guardados.

DETECCIÓN TEMPRANA Y CANALIZACIÓN OPORTUNA

La detección temprana del uso indebido de drogas, así como de los trastornos asociados, es importante para frenar a tiempo los problemas; es primordial canalizar al adicto a instituciones especializadas que otorguen la atención oportunamente. Mientras más pronto se detecte un problema, habrá más posibilidades de recuperación.

1. Consumo de drogas

Es fundamental identificar cuando los jóvenes están consumiendo algún tipo de droga, para brindarles apoyo y tratamiento de manera oportuna.

Es común que los jóvenes convivan con alguna persona que beba alcohol en las fiestas familiares o en las reuniones escolares; hay que tener presente que existe la posibilidad de que los niños y los adolescentes vean este consumo como algo normal y crean que el alcohol no les va a ocasionar ningún daño, porque su amigo o familiar está aparentemente bien. Por ello se debe explicar a los hijos que el consumo de cualquier droga tiene consecuencias para la salud.

Es necesario identificar las situaciones de riesgo del consumo de drogas que estén presentes en la familia y que los padres no hayan detectado; por ejemplo, la ingesta continua de alcohol sin motivos aparentes (fiestas o celebraciones), el uso inmoderado de tabaco o de otras sustancias.

Cuando un hijo o una hija están consumiendo drogas, se debe aceptar la realidad; puede sentirse dolor, vergüenza y culpa como mecanismos de defensa para negar u ocultar el problema, sobre todo si es la hija la que se está drogando, pues no es una conducta esperada ni aceptada en una mujer.

Es común que los signos y los síntomas del uso y abuso de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, se confundan con otras ma-

nifestaciones de la conducta de los adolescentes. Es importante no exagerar la reacción al descubrir el problema de los hijos; como padre, usted debe permanecer alerta y observar:

- ❖ Está más solitario o solitaria que de costumbre.
- ❖ Su manera de ser y su estado de ánimo han cambiado notablemente.
- ❖ Tiene importantes altas y bajas de humor y su conducta es imprevisible.
- ❖ Es más agresivo.
- ❖ Es indiferente, desubicado o difícilmente asume sus responsabilidades.
- ❖ Tiene un bajo rendimiento escolar o en las actividades deportivas.
- ❖ Se ha vuelto mentiroso o evita contestar cuando se le pregunta dónde ha estado.
- ❖ Le es difícil explicar en qué gasta el dinero.
- ❖ Defiende el derecho a beber, argumentando que todos lo hacen, que es la “onda” ir a antros o a fiestas donde hay alcohol.
- ❖ Hay señales obvias de drogas o alcohol en la recámara, en la cochera, por ejemplo: colillas raras, papelitos enrollados o doblados, bolsitas con restos de polvo blanco, pastillas o cápsulas, cucharitas, clips doblados, gotas para los ojos, repuestos de pluma vacíos, etcétera.
- ❖ Ha perdido el interés en su apariencia física y aseo personal.

El consumo de drogas por parte de los hijos e hijas no es el “fin del mundo”, es un problema que puede afectar a cualquiera, pero tiene solución; es necesario pedir ayuda especializada y que la familia participe en el proceso de rehabilitación.

2. Depresión

Como se ha mencionado en los capítulos precedentes, la depresión es un trastorno afectivo y del estado de ánimo, que pueden

sufrir las personas de todas las edades; en la mujer se manifiesta más frecuentemente que en el hombre y puede ser provocada por múltiples razones.

La depresión se presenta tanto de forma súbita como paulatina; en este último caso es posible detectarla antes de que evolucione a estados más graves, lo que permite acudir a tiempo con un profesional de la salud mental para atenderla oportunamente:

Los elementos que se presentan en la depresión son:

- ❖ Sentimientos de tristeza, desánimo, culpabilidad y decepción de sí mismo.
- ❖ Ideas negativas ante el fracaso y el aspecto personal, buscar castigo y percibirse peor que los demás.
- ❖ Variación en el llanto, pasando de poco a mucho.
- ❖ Imposibilidad para tomar decisiones, trabajar y dormir.
- ❖ Estados de insatisfacción, irritabilidad y cansancio.
- ❖ Pérdida de interés por las personas, el alimento y el sexo.
- ❖ Preocupación exagerada por la salud física.
- ❖ Pérdida injustificada de peso.
- ❖ Ideación suicida o de muerte.

3. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Es un desorden de la infancia que persiste en la adolescencia y, en algunos casos, hasta la edad adulta. Los niños que padecen esta enfermedad se caracterizan por falta de atención, conductas de excesiva actividad física y escaso control de impulsos. Es más frecuente en niños que en niñas.

Cuando este trastorno no se identifica tempranamente, quienes lo sufren tienen mayor riesgo de iniciarse en el consumo de drogas o de presentar problemas de salud mental.

Si en los últimos seis meses su hijo tiene más de tres de las siguientes conductas, lo más recomendable es que lo valore un

médico, un psiquiatra o un psicólogo para descartar o confirmar el diagnóstico. Se debe recordar que es un padecimiento controlable.

Falta de atención

- ❖ El niño no termina las cosas que empieza.
- ❖ Se distrae con facilidad.
- ❖ Tiene dificultad para concentrarse en el trabajo escolar, en tareas que exigen concentración o en sus juegos.

Impulsividad

- ❖ El niño actúa sin pensar.
- ❖ Necesita supervisión constante.
- ❖ Se le dificulta esperar su turno en juegos o actividades grupales.

Hiperactividad

- ❖ El niño corre de un lado a otro. Sube y baja las escaleras. Brinca en los muebles con frecuencia.
- ❖ No puede estarse quieto en un sólo sitio más de cinco minutos y se mueve excesivamente.
- ❖ Está siempre “en marcha” o actúa “como si lo moviera un motor”.

¿Cómo puede apoyar un padre su hijo si tiene TDAH?

- ❖ Establecer normas y límites claros para el niño y vigilar que éstos se cumplan.
- ❖ Asignarle actividades sencillas que pueda cumplir con éxito.
- ❖ Supervisar y ayudar al hijo o hija, apagando la televisión y el radio o alejándolo de la ventana cuando lleve a cabo sus tareas.
- ❖ No agredirlo física ni verbalmente aunque no logre concluir alguna tarea o cumplir con alguna norma de conducta.
- ❖ Reconocer sus logros y esfuerzos por pequeños que éstos sean.

- ❖ Evitar la sobreestimulación del niño; por ejemplo, que no alterne juguetes diferentes al mismo tiempo.

4. Trastornos de la alimentación

Los trastornos alimenticios, como se ha comentado, son padecimientos de moda y afectan mayormente a los adolescentes y a los jóvenes en su gran mayoría, mujeres. Es importante reflexionar acerca de la influencia de los medios de comunicación para mantener estereotipos que afectan la salud de las mujeres; por ejemplo, identificar los mensajes de los medios y la presión del grupo de amigos o amigas para “lucir” una figura esbelta y estilizada, sin considerar que la apariencia física en gran medida está definida genéticamente; esto es, no se puede ser alta si los padres, los abuelos y otros familiares no lo son; de igual forma, si se es propensa a tener un peso regular por las características familiares, por más dietas que se hagan no se llegará al “ideal” establecido socialmente. Deben reconocerse las cualidades y fortalecerlas para contrarrestar la presión de la sociedad de encajar en estereotipos que pueden ocasionar daños a la salud.

En la anorexia nerviosa se pueden identificar los siguientes síntomas:

- ❖ Pérdida de peso exagerada.
- ❖ Aparente disminución del apetito.
- ❖ Dietas constantes.
- ❖ Desnutrición, palidez, disminución de la masa corporal (delgadez extrema), caída del cabello, manchas blanquecinas en brazos, cara y piernas (jijotes).
- ❖ Trastornos en la menstruación.
- ❖ Repudio por comer alimentos “chatarra” y aquéllos que contengan grasa.
- ❖ Practicar algún deporte o tipo de ejercicio compulsivamente.

En la bulimia, los síntomas más comunes son:

- ❖ Preocupación por la comida.
- ❖ Abuso de laxantes, pastillas para dieta, eméticos (drogas que inducen vómitos) o diuréticos (medicamentos que reducen los líquidos).
- ❖ Compulsión por el ejercicio físico.
- ❖ Ruptura de los vasos sanguíneos de los ojos (derrames oculares).
- ❖ Inflamación en las esquinas de la boca.
- ❖ Propensión a las caries y erosión del esmalte de los dientes.
- ❖ Encías infectadas.
- ❖ Salpullidos y acné.

Si se detecta este tipo de anormalidades, se requiere intervención profesional tanto psicológica como médica para diagnosticar y tratar el estado de salud de manera integral.

5. Violencia en la familia

Se ha explicado anteriormente cómo afecta el maltrato a los integrantes de una familia, por lo que cualquier alteración en la dinámica de la misma se debe atender.

Cabe recordar que no hay ningún motivo o justificación suficiente para maltratar verbal o físicamente a la pareja o a los hijos; se recomienda tranquilizarse y cuando no exista enojo, hablar de forma clara y abierta sobre la falta o el problema en el que se incurrió, siempre en un clima de confianza y respeto. Por ejemplo, si el niño rompe un vidrio jugando con la pelota, hable con él y dígame que está molesto por lo sucedido, pero evite decirle que es un tonto, grosero o torpe; explique las consecuencias, “ahora tenemos que poner un plástico y se meterá el polvo, tendrás que ahorrar para comprar el vidrio”.

Hay que actuar inmediatamente ante la sospecha de abuso sexual perpetrado en contra de un hijo o hija. Es muy importante

denunciar el hecho ante las autoridades pertinentes; cualquier silencio es complicidad, encubrimiento; es un delito grave que afecta de forma negativa el presente y el futuro de quien lo sufre. Se debe creer a los hijos cuando refieran algún tipo de abuso o acoso sexual.

Señales de alarma en adultos:

- ❖ *Físicas:* Hematomas (moretones) en cara, labios, boca, torso, espalda, muslos y cuello; fracturas en cráneo, nariz y mandíbula; quemaduras de cigarrillos, puros u objetos definidos en manos o pies; mordeduras humanas; lesión de órganos internos; heridas; escoriaciones; problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar, infectadas); perforación del oído; problemas dentales como lesiones en tejidos blandos del área de la boca; huellas de sujeción.
- ❖ *Psicológicas:* (Se presentan en dos formas)
Sintomatología ansiosa: Falta de aliento (disnea); mareo, sensación de inestabilidad y de pérdida de conciencia; palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia); temblor o sacudidas; sudoración; sofocación; náuseas o molestias abdominales; pérdida de personalidad y de la realidad; adormecimiento o sensación de cosquilleo en diversas partes del cuerpo; escalofríos; dolor o molestias precordiales (dolores leves en el corazón) miedo a morir, a volverse loco o a perder el control; hipervigilancia (sensación aguda de que alguien lo vigila).
Sintomatología depresiva: Poco apetito o voracidad; insomnio o hipersomnia (exceso de sueño); pérdida de energía o fatiga; disminución de la autoestima; falta de concentración o dificultad para tomar decisiones; sentimiento de desesperanza; escasas relaciones sociales (con familia o amigos); verbalizaciones negativas, engañosas o incoherentes; poca comunicación; sentimientos de culpa, manifestaciones somáticas; intentos de suicidio; dificultad para resolver problemas; escasas habilidades sociales.

- ❖ *Sexuales*: Hematomas o heridas en el interior del muslo; sangrado anal o genital; fisuras anales; dolor en genitales; contusiones en el monte de venus, la vulva y las mamas; traumatismo en la vulva.

Señales de alarma en los menores:

Maltrato físico:

- ❖ *Indicadores físicos*: Magulladuras o moretones; quemaduras por cigarro o puros; quemaduras que cubren toda la superficie de la mano y las indicativas de inmersión en líquidos calientes; lesiones provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas o por objetos que dejan señales definidas (planchas, parrillas); fracturas en forma espiral de los huesos largos en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples, y cualquiera en un niño o niña menor de dos años; heridas o excoriaciones; lesiones abdominales.
- ❖ *Indicadores en el comportamiento*: Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos; se muestra aprehensivo cuando otros menores lloran; muestra conductas extremas (agresividad o rechazo).
- ❖ *Conducta del cuidador*: Ha sido objeto de maltrato en su infancia; utiliza una disciplina severa inapropiada para la edad, la falta cometida o la condición del menor; no da ninguna explicación con respecto a la lesión del menor o éstas son contradictorias o no convincentes; percibe al menor de manera significativamente negativa (lo ve como malo, perverso, un monstruo, etcétera). Es psicótico o padece un trastorno antisocial de la personalidad; abusa del alcohol o de otras drogas; intenta ocultar la lesión del menor o proteger la identidad del responsable de ésta.

Maltrato sexual:

- ❖ *Indicadores físicos:* Dificultad para caminar y sentarse; se queja de dolor o comezón en la zona genital; tiene una enfermedad de transmisión sexual; presenta contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal; embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- ❖ *Indicadores en el comportamiento:* Parece reservado, rechazante, con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado; tiene escasa relación con sus compañeros; comete acciones delictivas o se fuga; mantiene conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales; dice que ha sido atacado por su padre, madre o cuidador.
- ❖ *Conducta del cuidador:* Extremadamente protector o celoso con el menor; lo alienta a implicarse en actos sexuales o de prostitución en su presencia; sufrió abuso sexual en su infancia; experimenta dificultades en su matrimonio; abusa de drogas o alcohol; está frecuentemente ausente del hogar.

Maltrato y abandono emocional:

- ❖ *Indicadores físicos:* El maltrato emocional es menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del menor o del cuidador.
- ❖ *Indicadores en el comportamiento:* Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente; es extremadamente agresivo, exigente o rabioso; muestra conductas en exceso adaptativas que son demasiado “de adulto” (hacer el papel de padre o madre de otros menores, por ejemplo) o demasiado infantiles (mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis ‘mojar la cama’); retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual; intentos de suicidio; trastornos psicósomáticos; finge síntomas y agravamiento de enfermedades.
- ❖ *Conducta del cuidador:* Culpa o desprecia al menor o a sí mismo; le niega su amor; trata de manera desigual a los hermanos;

parece despreocupado por los problemas del niño; le exige al menor actos que están por encima de sus capacidades físicas; tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

Negligencia:

- ❖ *Indicadores físicos:* La víctima está constantemente sucia, hambrienta o se advierte constante falta de supervisión, especialmente cuando está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo; cansancio o apatía permanente; problemas físicos, necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos de rutina necesarios; explotado, se le obliga a trabajar en exceso o no va a la escuela; ha sido abandonado.
- ❖ *Indicadores en el comportamiento:* Participa en acciones delictivas (vandalismo, prostitución, drogas y alcohol); pide o roba comida; ausentismo escolar; dice que no hay nadie que lo cuide.
- ❖ *Conducta del cuidador:* Abuso de drogas o alcohol; la vida en el hogar es caótica; muestra evidencia de apatía o inutilidad; está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual; tiene una enfermedad crónica; fue objeto de negligencia en su infancia.

Es importante resaltar que un solo síntoma de los descritos, no necesariamente indica violencia. En la medida en que se presente mayor número de síntomas, es más probable que sí exista el maltrato. Padres, maestros y personal de salud deben estar atentos a cualquier señal de violencia. Hay instituciones y organismos especializados en la atención a víctimas de este delito y a familiares que brindan asesoría legal, médica y psicológica.

LA IMPORTANCIA DE FAVORECER LAS REDES SOCIALES

La convivencia en redes familiares, de amigos, vecinos e instituciones, contribuye a tener una vida más saludable. Las redes sociales que favorecen estilos de vida positivos apoyan el desarrollo individual y grupal de sus miembros, benefician la salud mental, ayudan a reducir el estrés y, en general, apoyan a lo largo de los cambios que se presentan en la vida.

Particularmente durante la adolescencia, mientras más sólidos y afectivos sean los lazos con la familia y mayor contacto se tenga con grupos extrafamiliares, instituciones, organismos o clubes que promuevan estilos positivos, se protegerá más la salud. Mediante los lazos que se establecen en las redes se obtiene apoyo emocional, guía para el aprendizaje y la disciplina, consejos, recursos, intereses, seguridad y, en general, lo necesario para vivir.

Las redes favorecen la socialización y los planes de vida, lo que permite construir un ambiente de gratificación, confianza, tranquilidad, apego o acompañamiento, protección y estabilidad.

Los y las adolescentes deben contar con el apoyo y la motivación de los padres para establecer e integrarse a redes de su entorno social. Entre éstas se encuentran:

Las establecidas cara a cara y sostenidas con base en la confianza, como relaciones de amistad, con los vecinos, compañeros de la escuela o del trabajo, de equipos deportivos o de talleres de artes u oficios.

Las que se integran con los grupos organizados de la comunidad, en las cuales se establecen vínculos de solidaridad y responsabilidad compartida, las instituciones públicas y privadas que brindan servicios, organismos de la sociedad civil y clubes culturales o deportivos.

Toda persona puede encontrar apoyo en familiares, amigos y amigas, vecinos y compañeros de escuela, trabajo o de otra actividad. Al participar en actividades que favorezcan su desarrollo físico y su salud mental encontrará más elementos para ampliar su red.

Hay grupos sociales de la comunidad, clubes e instituciones que otorgan servicios de salud, educativos, religiosos y jurídicos, que apoyan, entre otros aspectos, en la obtención de pensiones alimenticias, orientación en asuntos de divorcio, de violencia en la familia y de adicciones, albergues para niños de escasos recursos y mujeres en situación de violencia.

También hay centros sociales en donde se imparten clases o talleres de regularización escolar, inglés u otros idiomas; cocina, carpintería, electricidad y muchos oficios más; deportes como fútbol, basquetbol, natación y gimnasia; disciplinas como karate y *tae kwon do*, y artes como ballet, guitarra, piano y pintura. Estas actividades son gratuitas o de bajo costo.

Las redes débiles con pocos contactos extrafamiliares o de extremo aislamiento, se asocian con la violencia en la familia, el abuso sexual, las adicciones, etcétera. En cambio, las redes sociales estables, activas y confiables tienden a ser saludables, en tanto que protegen de las enfermedades, aceleran los procesos de curación y apoyan los cambios de vida, entre otros beneficios. Para que tengan esas características es necesario considerar que la red es un sistema abierto capaz de mantener su estructura pese a los cambios ocasionados por desacuerdos y conflictos que enfrenta toda persona, grupo o comunidad.

Es importante que individuos, grupos o colectivos se vean a sí mismos como un sistema abierto que permita la entrada y la salida de integrantes, reciba nueva información y experimente diferentes vivencias. Hay que tener presente que las redes flexibles son aquéllas capaces de negociar acuerdos, que integran y propician la identidad, la pertenencia y la seguridad.

Si deseas identificar tus redes, puedes realizar un ejercicio con tus hijos y hacer una lista con otros familiares a los que frecuenten, amigos, vecinos, compañeros de escuela o trabajo, personas de instituciones, clubes o de cualquier otra organización que sea significativa en tu vida diaria. También toma en cuenta a quienes quieras integrar a tu red. Programa las actividades para mantenerla y aquéllas que tienes que realizar para extenderla.

Centros de Integración Juvenil se suma a tu red de apoyo; en todas las unidades del país contamos con especialistas que te entenderán y apoyarán para evitar que tú, tu pareja y tus hijos o hijas hagan uso de las drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Acker, C. J. “Stigma or Legitimation? A historical examination of the social potentials of addiction disease models”, *Journal of Psychoactive Drugs*, 1993, vol. 25, núm. 3, pp. 193-205.
- ❖ Ackermans, A.; Andolfi, M. y Agoff, I. *La creación del sistema terapéutico*, Paidós, México, 1994, p. 246.
- ❖ Alpízar Ramírez, Graciela F. (2011). *Algunas reflexiones sobre la evolución de los grupos familiares y el familismo*. En CIJ Informa 17 (54) 49-54.
- ❖ Andolfi, M. y Zwerling. *Dimensiones de la Terapia Familiar*, Paidós, México, 1985, p. 237.
- ❖ Andolfi, Maurizio. *Manual de psicología relacional*, Corporación Andolfi-González, 2003, pp. 79-123.
- ❖ Asociación de Lucha contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre. “Redes Sociales de Apoyo”, disponible en: hosting.bornet.es/alcles/redessocialeshtm
- ❖ Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. “Algunas herramientas teóricas y prácticas para trabajar con violencia en la pareja: cómo romper el silencio”, Maribel Nájera, *Ética y Estética en la Terapia Familiar en México*, Rosemary Eustace Jenkins, México, 2003, pp. 198-214.
- ❖ Ayesta, J. y De la Rosa, L. “Por qué fuman más hoy en día las mujeres”, *Prevención del Tabaquismo*, vol. 3, núm. 3, septiembre 2001, pp. 155-160.
- ❖ Azamar-Martínez J. *Adicción al tabaco en menores en la Ciudad de Xalapa, Veracruz*.
- ❖ Banco Interamericano de Desarrollo, BID. *Cifras sobre la violencia en América Latina*.
- ❖ Banda, Norma. *Nosotras en la violencia familiar*, Fundación para la equidad, A.C., México, 2002.
- ❖ Barreda Pedro. “Hijos adoptivos: cómo hablarles de su origen”, disponible en: <http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion>

/Home_Infancia.asp?dir=Temas_de_Analisis_IF&id=1787

- ❖ Batres Viétnika. “Otras Familias”, *Suplemento Semanal del Universal*, México, 26 abril, 2004, pp. 19-29.
- ❖ Beauvoir, Simone. *El segundo sexo. Los hechos y los mitos*, Siglo XXI, Barcelona, España, 1995.
- ❖ Breinbesm, W. y Gordon, L. “The new scholarship on family violence”, *Signs*, 1983, vol. 8, pp. 490-531.
- ❖ Bobbio, Norberto. *El tiempo de los derechos*, Era, México, 1990.
- ❖ Bottinelli, Cristina. “La pertenencia a dos culturas: un aprendizaje para la vida”, *Fronteras Fragmentadas*, El Colegio de Michoacán/CIDEM, México, 1999.
- ❖ Burin, Mabel. *Género y Familia*, Paidós, México, 1998.
- ❖ Burin, Mabel. *El malestar de las mujeres*, Paidós, México, 2000.
- ❖ Burin, Mabel. *Varones. Género y subjetividad masculina*, Paidós, México, 2002.
- ❖ Burin, Mabel. “Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos”, *Foros temáticos. Psicoanálisis, estudios feministas y género*, disponible en: <http://psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm>, consultado el 27 de marzo de 2004.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante 1998*, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, CIJ, México, 1999.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante 1999*, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, CIJ, México, 2000.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante el 2000*, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, CIJ, México, 2001.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante el 2001*, Dirección de Investigación y Enseñanza, Sub-

- dirección de Investigación, CIJ, México, 2002.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante el 2002*, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *El consumo de drogas entre hombres y mujeres que ingresaron a tratamiento en 2002*. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 03-05, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Estadísticas sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ en 2002*, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación, 03-01b, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Manual de apoyo para cursos de capacitación en el tratamiento de adicciones*, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Mariguana*, Investigación Epidemiológica, Psicosocial, Clínica y Farmacológica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 03-12, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Movilización Social: La Prevención de Adicciones en términos de Red Social*, Dirección de Prevención, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Uso de drogas en adolescentes y su relación con la ansiedad, depresión, consumo de alcohol y relación con sus padres*, Subdirección de Investigación, por publicarse, CIJ, México, 2003.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Estudio cualitativo del consumo de drogas en mujeres*, Serie de Investigación, por publicarse, CIJ, México.
 - ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Desarrollo y evaluación de un programa de terapia familiar con enfoque de género para adolescentes jóvenes adictos*, Serie de Investigación, por publicarse, CIJ, México.

- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Encuesta sobre relaciones familiares en familias consumidores de sustancias*, Serie de Investigación, por publicarse, CIJ, México.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Estudio retrospectivo de estrategias de terapia familiar sistémica eficaces en el tratamiento de usuarios de drogas*, Serie de Investigación, por publicarse, CIJ, México.
- ❖ Centros de Integración Juvenil, A.C. *Estudio cualitativo de la integración familiar determinada por género y su relación con el uso de drogas*, Serie de Investigación, por publicarse, CIJ, México.
- ❖ Clare, A. *Hombres. La masculinidad en crisis*, Taurus-Santillana, España, 2002, cap. 3.
- ❖ Clark, C. D., *et al.* “Assessment of Drug Involvement: Applications to a Sample of Psychicians in Training”, *British Journal of Addiction*, 1992, vol. 87, pp. 1649-1662.
- ❖ Club Natación Jaén. “Informe del cirujano general de Estados Unidos sobre los efectos del tabaco en la mujer”, *Programa Salud CNJ*, disponible en: <http://www.cnjaen.es/tabaco/mujer/tabymuj.htm>
- ❖ Colin Colin, Alma Rosa y Alpízar Ramírez, Graciela F. (2011) *Claves básicas de género para la intervención en contextos de consumo de sustancias y violencia*. Departamento Equidad y Género. Centros de Integración Juvenil, A.C. inédito. México.
- ❖ Colin Colin, Alma Rosa y Alpízar Ramírez, Graciela F. (2012). *Guía Lenguaje Incluyente en Centros de Integración Juvenil, A.C.* Departamento de Equidad y Género. Centros de Integración Juvenil, A.C. En prensa. México.
- ❖ Conadic Informa. *Ubícate*, México, junio 2002.
- ❖ Conadic *IX Semana Nacional de Información*, 18 al 24 de enero, México, 2004. p. 1-4.
- ❖ Consultoría Cruz Ábrego, S.C. “Abuso sexual, hostigamiento y violación”, disponible en: <http://www.cruz-abrego.com.mx/f3.html>
- ❖ Corsi, Jorge. *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*, Paidós, Barcelona, España, 1995.
- ❖ Corsi, Jorge. *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Paidós, Barcelona, España, 1999.

- ❖ Crandall, S. C. “Prejudice against fat people: Ideology and self-interest”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, vol. 66, núm. 5, pp. 882-894.
- ❖ Crocker, J y Major, B. “Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma”, *Psychological Review*, 1989, vol. 96, núm. 4, pp. 608-630.
- ❖ Cruz, Ma. José, *et al. Adicciones Ocultas, aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*, Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, Comisión de Drogodependencias y Adicciones, Islas Canarias.
- ❖ De la Cruz, G. y Herrera, G. *Mujer y adicciones*. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, Comisión de Drogodependencias y Adicciones, Islas Canarias, 2002.
- ❖ Devine, G.O. “Stereotypes and Prejuice: Their automatic and controlled components”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 56, núm. 1, pp. 5-18.
- ❖ DíazBarriga Salgado, Lino. “Estigma social y psicológico en las adicciones”, disponible en: <http://mx.geocities.com/linodi48/estigma.html>, consultado el 26 de marzo de 2004.
- ❖ DíazBarriga Salgado, Lino. “X: La tacha, XTC o éxtasis”, disponible en <http://mx.geocities.com/linodi48/extasis.html>, consultado el 26 de marzo de 2004.
- ❖ Dio Bleichmar, Emile. *El feminismo espontáneo de la histeria*, Fontamara, México, 1989.
- ❖ Dio Bleichmar, Emile. *La depresión en la mujer*, Temas de Hoy, Madrid, España, 1991.
- ❖ Eguiluz R. “La vida emocional de las mujeres dentro del matrimonio”, *Psicoterapia y Familia*, 2003, vol. 16, núm. 1, pp. 71-82.
- ❖ Elkaïm M., *et al. Las prácticas de la Terapia de Red*, Barcelona, Gedisa, España, 1995.
- ❖ *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007* Resumen ejecutivo. SEP, IMJ. México.
- ❖ ENDIREH 2011. Datos preliminares presentados en Comunicado de Prensa No. 41 presentados el 16 de julio de 2012.

- ❖ Fernández, Carmen. “Condición actual y perspectivas del programa: género, familia y adicciones”, *Testimonios Relevantes de la Reunión Nacional*, Centros de Integración Juvenil, México, 2003.
- ❖ Fernández Cáceres, Carmen (compiladora y coordinadora técnica), (2012) *Inbalables, un problema emergente de salud pública*. Centros de Integración Juvenil, A.C. México.
- ❖ Fernández, M. *La mujer de la ilusión, Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, Argentina, Paidós, 1993.
- ❖ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York-UNICEF.
- ❖ Freud, Sigmund. *Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal (1913)*, Obras completas, vol. XVII, Amorrortu Editores, Argentina, 1991.
- ❖ Freud, Sigmund. *El sepultamiento del complejo de Edipo (1924)*, Obras completas, vol. XIX, Amorrortu Editores, Argentina, 1991.
- ❖ Freud, Sigmund. *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos (1925)*, Obras completas, vol. XIX, Amorrortu Editores, Argentina, 1991.
- ❖ Freud, Sigmund. *Tres ensayos para una teoría sexual*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Teorías sexuales infantiles*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Novela familiar del neurótico*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Recuerdo, repetición y elaboración*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Sobre la degradación más generalizada de la vida erótica*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Tótem y tabú*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Introducción al narcisismo*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Los instintos y sus destinos*.
- ❖ Freud, Sigmund. *El tabú de la virginidad*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Psicología de las masas y análisis del Yo*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Organización genital infantil*.
- ❖ Freud, Sigmund. *Inhibición, síntoma y angustia*.
- ❖ Freud, Sigmund. *El malestar en la cultura*.
- ❖ Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC. *La mujer en*

la cultura del consumo de bebidas con alcohol, riesgos y beneficios, 1999, Año I, vol. I, núm. 3.

- ❖ García, Diana. “Las mujeres y las drogas”, disponible en: <http://www.google.com/search?hl=es&ie=150-8591&=nida%0Briesgos+consumo+mujer&btng=B%0Fasqueda+en+google&1r=>
- ❖ García, V. *Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, julio-diciembre 2011*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de investigación 12-02a, México.
- ❖ Gelder, M.; López, J. y Andreasen, N. *Tratado de Psiquiatría*, tomo 2 Ars. Médica, 2003.
- ❖ Gilligan, Carol. *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
- ❖ Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1995.
- ❖ Gomaríz, Enrique. “Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas”, *Ediciones de las mujeres*, 1992, núm. 17.
- ❖ González, Román. “Alcohol, tabaco, tranquilizantes y anfetaminas, las más usadas. Abuso sexual y depresión detonan adicciones en la mujer”, disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03feb/03021204.html>
- ❖ Gradolí, Vicente. “II Symposium Nacional Tratamiento de Adicción en la Mujer”, disponible en: <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/Vicente%20Tomas.htm>
- ❖ Gritz, Ellen. *Género y adolescentes fumadoras*, traducción de Elsy Quijano B., del original “Gendar and the teenage smoker”, NIDA, *Research monograph series women and drugs. A new era for research*, 1986, núm. 65, pp. 70-79.
- ❖ Gutiérrez R., et al. “El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo”, *Salud Mental*, vol. 24, núm 6, editado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, diciembre, 2001, pp. 55-61.

- ❖ Gutmann, Matthew. *Ser hombre de verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón*, El Colegio de México, México, 2000.
- ❖ Hamui-Halaba. *Efectos sociales de la globalización*, Colección Reflexión y Análisis, Noriega Editores, 2000.
- ❖ Hernández Avila, C. “Mujeres y adicciones. Vulnerabilidad física ante sustancias nocivas”, 2000, disponible en: <http://www.jornada.unan.mx/2000/dic00/01204/cien-avila.html>
- ❖ Hernández, Ricardo. “Abuso sexual”, Colegio de Pediatras del Estado de Sonora, A. C., disponible en <http://www.copeson.org.mx/medicos/abusosex.htm>
- ❖ Hierro, Graciela. “Feminismo y estudios de Género” disponible en: <http://www.laterea.com.mx/articu/articu8/hernandez8.htm>
- ❖ Hofbauer, H., et al. *Presupuestos Sensibles al Género. Conceptos y elementos básicos*, Secretaría de Salud, México.
- ❖ Howard, Warren. *Diccionario de Psicología*, Fondo de Cultura Económica, México, 1998.
- ❖ IMJUVE. (2011). *Encuesta Nacional de la Juventud 2010*, IMJUVE, SEP. Resultados Generales. México.
- ❖ Inmujeres D.F. “Algunas nociones sobre lo que es género”, *Revista Genérica*, núm. 1.
- ❖ Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. *Boletín Trimestral*, núm. 5, 2002.
- ❖ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER. “Entre Colillas”, Exposición Gráfica Conmemorativa del Día Mundial sin Fumar, México, 1997.
- ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Mujeres y Hombres en México 2012*. INEGI. México.
- ❖ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México, 2003.
- ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), 2006. Recupera-

do de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2006/default.aspx?&_s=est&_c=11220

- ❖ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México, 2003.
- ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)* 2011.
- ❖ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- ❖ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- ❖ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Tellez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutierrez-Reyes

- JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM, 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), 2006. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endreh/endreh2006/default.aspx?&_s=est&_c=11220
 - ❖ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México, 2003.
 - ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011*.
 - ❖ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
 - ❖ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM;

2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

- ❖ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Tellez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutierrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernandez-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM, 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- ❖ Jiménez, María (coordinadora). *Violencia Familiar en el Distrito Federal*, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México, 2003, p. 619.
- ❖ Krug, E., et al. (editores). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.U.A., 2003, cap. 1-3,5-6.
- ❖ La Jornada. “Se dispara la migración de mexicanas a Estados Unidos”, México, 16 de abril, 2002.
- ❖ Lacan, Jacques. *Dios y el goce de la mujer (1972-1973)*, Seminario Aun 20, Paidós, Argentina, 1995.
- ❖ Lacan, Jacques. *Una carta de amor (1972-1973)*, Seminario Aun 20, Paidós, Argentina, 1995.
- ❖ Lacan, Jacques. *El Yo en la teoría de Freud*, Seminario 2.
- ❖ Lacan, Jacques. *Relaciones de objeto*, Seminario 4.
- ❖ Lacan, Jacques. *Los 4 objetos fundamentales del psicoanálisis*.
- ❖ Lagarde Marcela. *Memorias: género y desarrollo desde la teoría feminista*, Centro de Formación y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), México, 1995.
- ❖ Lagarde Marcela. *La Perspectiva de Género. Una herramienta para construir la equidad en la familia y el trabajo*, Cuadernillos de sensibilización para todos los servidores públicos y las personas interesadas en la equidad entre hombres y mujeres, Secretaría de

Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México, 1999.

- ❖ Lagarde Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: madre-esposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, Colección de posgrado, Facultad de Filosofía y Letras, México, 1993.
- ❖ Lamas, Martha. “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”, XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México, 1995.
- ❖ Lamas, Martha. *Cuerpo: Diferencia sexual y género*, Taurus, México, 2002.
- ❖ Lamas, Martha. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG-UNAM, México, 2003.
- ❖ Lenz-Ramírez A. “La bulimia nerviosa”, *Información Clínica*, vol. 12, núm. 12, editado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, diciembre 2001, p. 70, Redacción de Claudia Jaimes.
- ❖ *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007.
- ❖ Linares, Juan Luis. *Del abuso y otros desmanes*. Paidós, México, 2002, pp. 23-31.
- ❖ Lyotard. *La posmodernidad*, Planeta, México, 1984.
- ❖ Marjorie, Carevic, J. *Seminario sobre el stress*, Universidad de Chile, Chile, 2000.
- ❖ Martínez, Josué Arturo. “Tabaquismo y dejar de fumar-Bupropion”, *Tu otro médico PulsoMed*, disponible en: http://www.tuotromedico.com/temas/dejar_de_fumar.htm, consultado en junio de 2001.
- ❖ Medina-Mora, Ma. Elena, et al. *Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998*, Salud Pública de México, vol. 45, suplemento 1 de 2003.
- ❖ Medina-Mora, M. E. y Fleiz, B.C. ”Esquemas de Promoción de la Salud: Retos, Barreras y Perspectivas”, *Cuadernos de Nutrición*, vol. 26, núm. 2, marzo-abril, 2003.
- ❖ Meler, Irene. “Estados depresivos en pacientes mujeres. La perspectiva de los estudios de género”, *Foros temáticos. Psicoanálisis*,

estudios feministas y género, disponible en: <http://psicomundo.com/foros/genero/depresivo.htm>, consultado en marzo de 2004.

- ❖ Meneses Falcón C. *Mujer y abuso de drogas*, Universidad Pontificia Comillas.
- ❖ Mercado, Guadalupe. *Violencia familiar. Una cuestión de género*, Gobierno del Distrito Federal, México, 1999.
- ❖ Meyer, H.I. “Minority Stress and Mental Health in Gay Men”, *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, vol. 36, pp. 38-56.
- ❖ Milanese E., Merlo R. y Machín, J. *Redes que previenen*, Instituto Mexicano de la Juventud, México, 2001.
- ❖ Milliger, C; Young, M. “Perceived Acceptance and Social Isolation Among Recovering Homosexual Alcoholics”, *The International Journal of the Addictión*, 1990 vol. 25, núm. 8, pp. 947-955.
- ❖ Minuchin, S. y Fishman, Ch. *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós, México, 1990, pp. 25-41, 286.
- ❖ Montoya, Tellería O. *Nadando contra corriente: Buscando pistas para prevenir la violencia masculina en las relaciones de pareja*, Puntos de Encuentro, Nicaragua, 1998.
- ❖ Moore, John. *...Y qué pasa con los hombres?*, Cuatro vientos, Santiago Chile, 1994.
- ❖ Mouffe, Chantal. “Por una política de la identidad nómada”, *Debate feminista*, núm. 14, año 7, México, 1996.
- ❖ “Mujer, Drogas y Familia”. Ponencia, Bibliografía Nacional, Colombia, 1997.
- ❖ Natera-Rey, et al. “La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres”, *Salud Pública de México*, 2001, vol. 43, núm. 1, enero-febrero.
- ❖ NIDA. *Science Based Facts on Drug Abuse and Adiction*, The National Institute on Drug Abuse, 2000.
- ❖ Nieto, González J. *El niño víctima de los malos tratos*, Estudios Clínica Policial. México, 1995, julio-octubre.
- ❖ OMS. *Asamblea Mundial de la Salud*, 1996.

- ❖ Opción Perú. “Mujer y drogas”, 2002, disponible en: <http://www.opcionperu.org.pe/WebOpcionPeru//principalbiblioteca.htm>
- ❖ Papalia, E. Diane, Wendkos Olds, Sally. *Psicología del desarrollo*, McGraw Hill, México, 1994.
- ❖ Paris, P. *Crisis e identidades colectivas en América Latina*, Plaza y Valdés, México, 1992.
- ❖ Parra, Ma. Eugenia. “Las desigualdades según el género con los ámbitos público y privado”, *Cinta de Moebio*, núm. 1, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Chile, 1997.
- ❖ Pinheiro, Serghio (2006). *1er. Informe Mundial de Violencia contra la Infancia*. Unicef.
- ❖ Planchuelo, A. “Mujer y Tabaco”, *Prevención del tabaquismo*, vol. 3, núm. 3, septiembre 2001, pp. 117-118.
- ❖ Population Reports. *Temas sobre salud mundial*, serie L, núm. 11, p. 19.
- ❖ Quintero Velázquez Anela María, “La Perspectiva de Género y las Nuevas Organizaciones Familiares”, *Revista de Trabajo Social*, Universidad Nacional entre Ríos, Cuaderno temático, núm. 21, pp. 1-9, disponible en: <http://www.margen.org./desdeelfondo/nun21/quintero.htm>
- ❖ Ramos Lira, Luciana. “Violencia de Género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas”, *Liberaddicturs*, núm. 50, junio, México, 2001.
- ❖ Raush Hervscovici, Cecile. *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*, Serie Terapia Familiar, Paidós, México, 2000.
- ❖ Rico, B, *et al.* “El sida y los derechos humanos”, *Salud Pública de México*, vol. 37, 1995, pp. 661-668.
- ❖ Rivera, Silva E. “Después de la sexualidad”, *Grupo de trabajo sobre derechos sexuales y reproductivos*, México, 2002.
- ❖ Romero, M.; Gómez, C. y Medina-Mora, E. “Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social”, Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto de abuso de drogas en la Mujer y la Familia, del 18 al 20 de noviembre, Montevideo, Uruguay, 1996.
- ❖ Romo Avilés, N. *Género y percepción de riesgos en los nuevos usos*, Escuela Andaluza de Salud Pública, España, 2000.

- ❖ Rivero, Octavio. *Neurología*, UNAM-Trillas, México, 1998, cap. Clínica y diagnóstico del tabaquismo.
- ❖ Rosado R. José. *Orientaciones sobre drogodependencias*, Centro de Ediciones de la Diputación Provincial de Málaga, España, 2002 caps. 26, 38 y 41.
- ❖ Salin-Pascual y Rafael, J. “Nicotina, Estudio sobre farmacología, adicción y tratamiento”, *Psiquis*, 1996, México, vol. 5, num. 6.
- ❖ Sánchez, Hervás E. *Adicciones en la Mujer*, Unidad de Conductas Adictivas de Catarrosa, Chancillería de Sanitat, Valencia, España, 2001.
- ❖ Sánchez Pardo, Lorenzo (2009). *Género y Salud, drogas y perspectiva de género*. Documento marco. Xunta de Galicia-Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencias, del Servicio Gallego de Salud.
- ❖ Sansores, Raúl y Ramírez, A. “Alternativas de Tratamiento”, *Conadic Informa, UBÍCATE*, México, mayo, 2001.
- ❖ Satir Virginia. *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, Pax, México, 1991.
- ❖ Sayette, A., *et al.* “The Effect of Alcohol on Emotional Response to a Social Stressor”, *Journal of Studies on Alcohol*, 1992, vol. 53, pp. 541-545.
- ❖ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*, Conadic, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 1993.
- ❖ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 1998.
- ❖ Secretaría de Educación Pública. *Encuesta Nacional de Estudiantes*, Sector Salud, México, 2000.
- ❖ Secretaría de Salud. *Programa de acción: Adicciones Tabaquismo*, México, 2001.
- ❖ Secretaría de Salud. *Curso-taller: Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Detección y Diagnóstico de Violencia Familiar*, Manual de Apoyo Didáctico, núm. 3, México, 2001.
- ❖ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*, Conadic, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 2002.

- ❖ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones Tabaco, alcohol y otras drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 2002.
- ❖ Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. *Encuesta Nacional de Adicciones, 2002. Tabaco, alcohol, y otras drogas*, Resumen Ejecutivo, México, 2003, pp. 19-25.
- ❖ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003.
- ❖ Subsecretaría de Servicios Educativos para el D.F e Instituto Nacional de Psiquiatría. *Encuesta sobre el consumo de drogas en estudiantes del Distrito Federal*, México, 2003.
- ❖ Subsecretaría de Servicios Educativos para el D.F e Instituto Nacional de Psiquiatría. *Encuesta sobre el consumo de drogas en estudiantes del Distrito Federal*, México, 2009.
- ❖ Secretaría de Salud. *Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar*, México.
- ❖ Sigall, H. y Page, R. “Current Stereotypes: A Little Fading, a Little Faking”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1971, vol. 18, núm. 2, pp. 247-255.
- ❖ Simon Fritz B., et al. *Vocabulario de terapia familiar*, Gedisa, México, 1988.
- ❖ Stith, S., Williams y Rosen. *Psicosociología de la violencia en el hogar*, Descleé de Broker, Bilbao, España, 1992.
- ❖ Tapia, Conyer, R. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*, Manual Moderno, México, 2001.
- ❖ Trujano, Patricia. “Violencia y Mujer”, *El Cotidiano*, julio-agosto 1994, núm. 63, pp. 42-50.
- ❖ Trujano, Patricia. “Violencia en la familia”, *Psicológica y Ciencia Social*, 1996, vol. 1, núm. 2.
- ❖ Vanya Quiñones-Jenab (compilación). “The Biological Basis of Cocaine Addiction”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 937, The New York Academy of Sciences, New York, 2001.

- ❖ Vega, A., *et al.* “Mujeres y psicofármacos: las voces y los ecos”, *Liberaddictus*, núm. 78, marzo-abril, México, 2004, pp.7-11.
- ❖ Velásquez, Elvia. “Mujeres y Adicciones”, disponible en: <http://www.eradicaciones.org/Revista/numero4/myadic.html>
- ❖ Villarea Julian E y Cruz Silvia L. *Fisiología del daño orgánico producido por el tabaco*, Cinvestav, Departamento de Farmacología, IPN, México, 1998.
- Villatoro, J. Gaytan, F., Moreno, M., Gutiérrez, M.L, Oliva, N., Bretón, N., López, M.A., Bustos, M., Medina-Mora, M., Blanco, C. *Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta Estudiantes del 2009*. Salud Mental, 34, 81-94.
- ❖ Walters, Mariane, *et al.* *La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*, Paidós, Barcelona, España, 1996.
- ❖ Washton, Arnold. *La adicción a la cocaína*, Paidós, España, 1995.
- ❖ Weisz, C. “Social Identities and Response to Treatment for Alcohol and Cocaine Abuse”, *Addictive Behaviors*, 1996, vol. 21, núm. 4, pp. 445-458.
- ❖ Páginas Web:
 - “Guía para la mujer sobre las drogas”, disponible en: <http://www.ripred.org/dpna/resources/spanish/guiamujer.htm>
 - “La familia tiene gran parte de culpa en el consumo de drogas”, disponible en: <http://www.ondasalud.com>
 - “Métodos de tratamiento para la mujer”, disponible en: <http://www.nida.nih.gov/Infobox/Cocaine-Sp.html>
 - “Métodos de tratamiento para la mujer”, disponible en: <http://www.nida.nih.gov/Infobox/Marijuana-Sp.html>
 - <http://www.alcoholinformate.org.mx>
 - http://www.cicad.aos.org/Reduccion_Demanda/esp/Mujer/Mujeres.htm
 - <http://www.cij.gob.mx/tratamientofiles/tratadicdeteccion.htm>
 - <http://www.conae.gov.ar/telemedicina/divulgacion/anorexia.htm>
 - <http://www.dif.gob.mx/grupos/familia/preguntas/preguntas-adopcion.html>
 - <http://www.ripred.org/dpna/resources/spanish/guiamujer.htm>
 - <http://www.directomed.com/articulo/art/alcoholismo/mujerDroga.asp>

<http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=128>
<http://iteso.mx/~dn48304/abuso4.htm>
http://www.laantidroga.com/drogas_informacion/index.html
http://www.nacersano.org/centro/9388_9935.asp
<http://www.sexoconsulta.com/le.html>

FECHAS DE EDICIONES Y REIMPRESIONES DE LA OBRA

1ª edición,	4,800 ejemplares,	Junio de 2004.
1ª reimpresión,	2,000 ejemplares,	Diciembre de 2005.
2ª reimpresión,	1,000 ejemplares,	Octubre de 2006.
3ª reimpresión,	1,000 ejemplares,	Mayo de 2008.
4ª reimpresión,	1,000 ejemplares,	Septiembre de 2008.
2ª edición,	1,000 ejemplares,	Junio de 2014.
1ª reimpresión,	900 ejemplares,	Mayo de 2015.

1ª coedición, Delegación SEDESOL en Baja California Sur,	2,500 ejemplares,	Septiembre, 2004.
2ª coedición, DIF Estado de México,	1,000 ejemplares,	Septiembre, 2004.
3ª coedición, SEDESOL y el Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León,	1,000 ejemplares,	Octubre, 2004.
4ª coedición, Gobierno del Estado de Jalisco,	5,000 ejemplares,	Octubre, 2004.
5ª coedición, Gobierno del Estado de Coahuila, SEDESOL y Voluntariado de Coahuila,	1,000 ejemplares,	Diciembre, 2004.
6ª coedición, ideapuebla, a.c. e intolerancia,	1,000 ejemplares,	Diciembre, 2004.
7ª coedición, Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista,	400 ejemplares,	Diciembre, 2004.
8ª coedición, Grupo Ideal,	500 ejemplares,	Febrero, 2005.
9ª coedición, Gobierno del Estado de Sonora y Universidad del Estado de Sonora,	1,000 ejemplares,	Abril, 2005.
10ª coedición, Comité Técnico del Fideicomiso para el Apoyo al Programa contra el Alcoholismo y otras Adicciones del Gobierno de Sinaloa y Colegio de Bachilleres del Estado,	7,000 ejemplares,	Abril, 2005.
11ª coedición, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Durango,	1,500 ejemplares,	Mayo, 2005.
12ª coedición, H. Congreso del Estado de San Luis Potosí y H. Ayuntamiento de San Luis Potosí,	1,000 ejemplares,	Junio, 2005.
13ª coedición, Alumnos del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México,	200 ejemplares,	Julio, 2005.
14ª coedición, Gobierno del Estado de Zacatecas,	1,000 ejemplares,	Julio, 2005.
15ª coedición, Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California,	500 ejemplares,	Julio, 2005.
16ª coedición, Secretaría de Desarrollo Social, Presidencia Municipal de Celaya y Hábitat,	3,000 ejemplares,	Noviembre, 2005.
17ª coedición, Delegación Tlalpan,	2,000 ejemplares,	Noviembre, 2005.
18ª coedición, CONALEP, Dirección de Servicios Educativos,	450 ejemplares,	Noviembre, 2005.
19ª coedición, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Salamanca,	1,000 ejemplares,	Marzo, 2006.
20ª coedición, Industrias Peñoles,	1,000 ejemplares,	Marzo, 2006.
21ª coedición, Dirección General de Educación Tecnológica e Industrial (DGETI),	25,000 ejemplares,	Mayo, 2006.
22ª coedición, Secretaría y Consejo Estatal de Seguridad Pública del Estado de Durango,	1,000 ejemplares,	Mayo, 2006.
23ª coedición, Instituto Politécnico Nacional y Patronato del CIJ Cuernavaca,	3,000 ejemplares,	Mayo, 2006.
24ª coedición, Gobiernos Estatal y Municipal de Durango, SEDESOL y Hábitat,	2,500 ejemplares,	Julio, 2006.
25ª coedición, Patronato del CIJ Tehuacán, A.C.,	500 ejemplares,	Septiembre, 2006.
26ª coedición, Gobierno del Estado de Sonora y Centro de Estudios Superiores del Estado de Sonora,	1,000 ejemplares,	Septiembre, 2006.
27ª coedición, Monte de Baja California y C.P. Rosalba López Regalado, Regidora Presidente de la Comisión de Equidad y Género del XVIII Ayuntamiento de Tijuana,	300 ejemplares,	Noviembre, 2006.

28ª coedición, Ayuntamiento de Gómez Palacio, Durango,	1,000 ejemplares,	Febrero, 2007.
29ª coedición, Gobierno del Estado de Chihuahua y la Secretaría de Fomento Social a través del Instituto Chihuahuense de la Mujer,	1,000 ejemplares,	Mayo, 2007.
30ª coedición, Gobierno del Estado de Jalisco y Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco,	5,000 ejemplares,	Agosto, 2007.
31ª coedición, Gobiernos Estatal y Municipal de Durango, SEDESOL y Habitat,	500 ejemplares,	Agosto, 2007.
32ª coedición, Gobierno del Estado de Jalisco y Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco,	5,000 ejemplares,	Octubre, 2007.
33ª coedición, Secretaría de Seguridad Pública y Tránsito Municipal de Ahome y SEDESOL,	1,000 ejemplares,	Noviembre, 2007.
34ª coedición, Gobierno del Estado de México,	6,500 ejemplares,	Noviembre, 2007.
35ª coedición, Club Rotario de Toluca, A.C. 2007-2008,	1,000 ejemplares,	Marzo, 2008.
36ª coedición, Ayuntamiento Cozumel 2008-2011,	1,480 ejemplares,	Julio, 2008.
37ª coedición, Ayuntamiento de Ahome, Dirección de Seguridad Pública Municipal, SEDESOL y Dirección de Desarrollo Social,	1,000 ejemplares,	Octubre, 2008.
38ª coedición, Secretaría de Salud y CECAJ, Jalisco,	5,000 ejemplares,	Febrero, 2010.
39ª coedición, H. Ayuntamiento de Celaya, Gto.,	1,000 ejemplares,	Diciembre, 2010.
40ª coedición, Patronato del CIJ Puebla, Puebla,	500 ejemplares,	Diciembre, 2010.
41ª coedición, Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo, LXXII Legislatura de Michoacán, Instituto de Investigaciones y Estudios Legislativos,	1,000 ejemplares,	Julio, 2013.
42ª coedición, Secretaría de Seguridad Pública de Baja California Sur y PRONAPRED,	500 ejemplares,	Octubre, 2016.

El fenómeno del consumo de drogas en México es un problema de salud pública que crece día con día y que obliga a la sociedad en su conjunto a buscar estrategias que contribuyan a combatirlo eficazmente en todos los ámbitos de la vida.

Este es un trabajo que requiere de creatividad y, al mismo tiempo, de precisión, porque el problema es complejo. Entre las particularidades en torno al consumo de drogas tenemos que, últimamente, en las mujeres ha aumentado de manera alarmante. De ahí, que Centros de Integración Juvenil se haya dado a la tarea de estudiar con un enfoque multidisciplinario la problemática específica del uso y abuso de sustancias entre las mujeres. La adicción en las mujeres es diferente a la de los hombres, tanto en los motivos que la originan, como en las drogas de elección.

El contexto en el que se desarrolla el uso de sustancias entre mujeres tiene que ver, entre otros factores, con aspectos de género que están en constante transformación. Tomarlos en cuenta es indispensable no solamente para comprender las razones que las llevan a abusar de las sustancias, sino para diseñar programas de atención realmente efectivos que respondan a las necesidades específicas de las mujeres.

La finalidad de este libro es brindar información veraz y actual acerca de lo que pasa con las mujeres y las drogas, especialmente dirigida a padres y madres de familia, maestros y orientadores para que conozcan el problema más a fondo y cuenten con herramientas que los ayuden a prevenirlo y, en su caso, a buscar ayuda profesional para tratarlos. Entre más sepamos acerca de las adicciones, estaremos mejor preparados para actuar.

www.gob.mx/salud/cij

