

## MUJER Y DROGADICCION

### "APROXIMACION AL IMPACTO DEL ABUSO DE DROGAS EN LA MUJER"

Ariel Gustavo Forselledo  
Jill Foster

#### RESUMEN

*En este artículo se presenta un análisis aproximativo sobre el impacto del abuso de alcohol y drogas en la mujer, mediante la revisión del conocimiento existente en diferentes niveles. Brinda un panorama general sobre los factores de riesgo específicos de la mujer para el consumo de alcohol y drogas; los riesgos potenciales de la mujer consumidora (en términos de consecuencias), así como los riesgos que enfrenta en el contexto familiar y social del consumo abusivo (violencia doméstica, abuso sexual, etc.)*

#### INTRODUCCIÓN

El tema de género y, en particular, los problemas de discriminación hacia la mujer no pueden desprenderse de las profundas dificultades sociales de América Latina y el Caribe, así como de los fenómenos culturales en las diversas comunidades americanas. Esto debe ser particularmente considerado a la hora de planificar estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las conductas adictivas de la mujer y los niños.

#### ABSTRACT

*This article presents an analysis of the impact of drug and alcohol abuse on women, through a review of existing knowledge on the subject. It explores a panorama of specific risk factors for substance abuse in women; potential risks for women who consume drugs and alcohol (in terms of consequences), as well as the risks associated with substance abuse that women encounter in the social context and in the home (domestic violence, sexual abuse, etc.)*

El abuso de alcohol y drogas ha generado serios problemas en muchas de nuestras sociedades occidentales, afectando la salud y el bienestar de las personas de todas las edades, más allá de sus antecedentes y condiciones sociales y económicas. Algunos estudios sobre uso de drogas en América Latina y el Caribe muestran altos niveles de consumo de alcohol y tabaco, así como significativos y crecientes niveles de consumo de marihuana, cocaína, crack y heroína.

No obstante, cabe señalar que es altamente significativa la falta de información objetiva

para la acción en la región, debido a que los instrumentos utilizados muchas veces no son comparables ni tienen niveles adecuados de validez y confiabilidad. Esta carencia se torna dramática cuando se contemplan las áreas rurales, en las que prácticamente no se dispone de estudios sobre consumo de alcohol y drogas en la población campesina.

En este sentido, en la mayoría de comunidades indígenas, las mujeres continúan la tradición del consumo ritual o ceremonial de alcohol nativo como la chicha o el pulque, mientras los hombres han empezado a consumir las bebidas alcohólicas occidentales. A pesar de que los hombres indígenas tienden a consumir alcohol con más frecuencia y en cantidad mucho mayor que las mujeres, una relajación de costumbres tradicionales ha mostrado un índice más alto de mujeres consumidoras de alcohol destilado no solamente en situaciones religiosas. Sin embargo, prácticamente no existen estudios sobre la prevalencia del abuso de alcohol en la mujer indígena, ni sobre el impacto en la mujer del hombre consumidor. (Gorman, 1994).

La gran mayoría de los consumidores de drogas ilícitas son hombres y, hasta ahora, en muchas de las culturas americanas las expectativas sociales en relación al uso de estas drogas por parte de la mujer, las mantiene en niveles bajos de consumo. A pesar de esto, cada vez más mujeres se dan al abuso de una gran variedad de medicinas por autoindicación, o al consumo de psicofármacos, como los tranquilizantes, que también pueden ser ilegalmente obtenidos.

Esta es una de las razones por las que se pasa del interés por los problemas específicos de la mujer, a la indispensable acción. No se puede dilatar más el momento de educar a las jóvenes y mujeres sobre los especiales peligros que el uso indebido de alcohol y drogas ocasionan para la salud y en particular para el embarazo. Las adicciones fetales son una de las más relevantes preocupaciones por ser una consecuencia grave del abuso de drogas durante la gestación para la que, prácticamente, no existen programas de prevención en América Latina y el Caribe.

Se dispone de información testimonial que muestra la existencia de una correlación entre el consumo habitual de alcohol y drogas

y las conductas violentas en las que, frecuentemente, las víctimas son las mujeres y los niños que conviven en el núcleo familiar con el abusador.

Por todo el continente, la preocupación es creciente en torno a la violencia doméstica, destacándose la nueva Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), que ha entrado en vigencia en once países de la región y ha sido firmada por más de 20 Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Los estudios sobre las relaciones entre abuso de drogas y comportamientos violentos contra la mujer y miembros de la familia son muy escasos, por lo que es urgente cubrir esta carencia para contar con información objetiva para la prevención.

Las mujeres consumidoras de drogas sufren particulares problemas a la hora de solicitar ayuda o tratamiento, debido a sentimientos de vergüenza, falta de servicios específicos para la mujer, así como asuntos prácticos (cuidado de hijos pequeños, dificultades de transporte, etc.), factores todos que inhiben o disminuyen la demanda de asistencia.

Por otra parte, las mujeres deben enfrentar directa o indirectamente problemas relacionados con el abuso de drogas. Un buen ejemplo de esto lo demuestra un estudio llevado a cabo en Estados Unidos (citado por Hsu, 1994), en el que se informa que el 80% de los hombres que se inyectaban drogas tenían relaciones sexuales con mujeres no consumidoras, con los riesgos que esto comporta para la transmisión de enfermedades y de virus.

También las trabajadoras sexuales son un grupo en especial riesgo para las enfermedades de transmisión sexual, incluido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); teniendo además, doble vulnerabilidad cuando se inyectan drogas. Por su parte, las mujeres reclusas que consumen drogas, generalmente no disponen de servicios específicos de asistencia.

En cuanto al papel de la mujer en el problema del abuso del alcohol y las drogas, está demostrado que la sociedad mantiene expectativas diferentes respecto de los comportamientos de éstas en relación con los hombres, de la misma manera que ofrece oportunidades

distintas a cada sexo. En la mayoría de las culturas americanas, con sus valores, normas, creencias religiosas y pautas de conducta, se tolera más el consumo del alcohol en los hombres que en las mujeres, asumiéndose una actitud de censura sobre la mujer consumidora.

El caso del tabaco es una excepción que alerta sobre la utilización de otras sustancias por parte de la mujer, ya que, el hábito de fumar se integró a sus costumbres sociales generando riesgos prácticamente similares entre los dos sexos para las enfermedades que ocasiona.

El consumo de drogas ilícitas mantiene aún una serie de tabúes que protegen a los sectores sociales más ligados a las costumbres y tradiciones, aunque las edades de experimentación han disminuido notoriamente, así como el índice de sobremasculinidad.

En este sentido, el uso de drogas ilícitas (fundamentalmente marihuana y cocaína) confirma la sobremasculinidad en el orden aproximado de 4 a 1 para la prevalencia de vida.

Siguiendo estas primeras consideraciones, el presente análisis aproximativo al problema, pretende revisar parte del conocimiento existente en diferentes niveles, dando un acercamiento sobre los factores de riesgo específicos de la mujer para el consumo de drogas y los riesgos potenciales de la mujer consumidora (en términos de sus consecuencias).

Se concede especial atención a la salud mental de la mujer respecto de las conductas abusivas en el contexto de su vida familiar y social.

#### I. FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA MUJER

En las sociedades urbanas, se observa el fenómeno de la utilización diferenciada del alcohol y los psicofármacos ansiolíticos en los adultos. Los hombres consumen alcohol para calmar tensiones, mientras que las mujeres consumen ansiolíticos con el mismo fin.

La mujer que se automedica el ansiolítico, generalmente responde a una primera prescripción médica, mientras que el hombre que consume ansiolíticos, tiende a obtener el fármaco en forma irregular y sin indicación.

Es importante profundizar sobre algunos factores contextuales específicos que podrían jugar un papel decisivo en el abuso de alcohol y drogas, como la doble jornada laboral, el stress producto de las fuertes demandas sociales, la competencia, el consumismo y, por otro lado, el acceso a formas sociales de recreación, diversión e interacción que involucran el abuso del alcohol y el tabaco. Según Shore y Batt (1991), citados por Bejarano y Carvajal (1994), conviene considerar el papel del consumo excesivo de la pareja, las consecuencias negativas en la mujer de ese consumo, la ingesta etílica de las amistades más cercanas y el papel de la oferta por vía de la publicidad.

Hay casuística que refiere a mujeres que se han iniciado en el consumo de drogas ilícitas por y para ayudar a su pareja farmacodependiente, quedando ellas mismas, en su pretendida actitud de apoyo, involucradas en el problema.

La frecuente actitud dependiente de las mujeres en las sociedades con patrones "machistas", disminuye el número de consumidoras adictas. La dependencia global de la mujer hacia los padres, el marido, o los hijos, aminora el riesgo del ingreso a las drogas.

Cuando, una mujer llega a la adicción, su estado es más grave que para los varones, tanto en lo que se refiere a la salud física y mental como a las relaciones sociales.

Sus problemas se complican cuando tiene hijos bajo su responsabilidad, ya que, frecuentemente esto se traduce en conductas de abandono que vienen acompañadas de fuertes sentimientos de culpa.

Estudios efectuados sobre mujeres consumidoras bajo asistencia especializada (Forselledo *et al.* 1994), evidencian que la presión social negativa ejercida sobre ellas, así como la pérdida de normas y valores familiares y sociales influyen más que otros factores en el comportamiento de consumo de drogas. Esta "transgresión" inicial, posteriormente pesa en el mantenimiento de la conducta adictiva.

En cuanto al alcohol, diversos informes relacionados con los efectos neurofisiológicos señalan que existen factores de riesgo metabólicos específicos para la mujer, debido a las marcadas diferencias en la tolerancia al alco-

## ENFOQUE DE RIESGO

## ENFOQUE DE RIESGO EN LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

## CONCEPTO DE RIESGO

Riesgo es la probabilidad de que determinado fenómeno indeseable o dañino le ocurra a un individuo en el futuro. Se lo mide como un gradiente que va de Riesgo "alto" a Riesgo "bajo".

## ENFOQUE DE RIESGO

Es un instrumento metodológico idóneo para realizar un análisis ordenado del sistema de salud de una población determinada. Ello permite medir la necesidad de atención y prevención por parte de grupos específicos y establecer prioridades para los más necesitados. Estos son los grupos más vulnerables como consecuencia de estar expuestos a un mayor número de factores de riesgo para un problema determinado.

## FACTORES DE RIESGO

Son eventos de cualquier naturaleza, cuya presencia incrementa la probabilidad de la presencia de un fenómeno indeseable.

Los Factores de Riesgo para la Salud pueden clasificarse en: biológicos, médicos, psicológicos, familiares, sociales y ambientales, así como de accesibilidad a los servicios de salud.

La interacción de distintos factores de riesgo produce efectos mayores que la suma de los mismos.

Dentro del sector salud, provee una justificación epidemiológica para aumentar la cobertura de los servicios de prevención, promoción y atención de salud, mejorar las pautas de referencia, controlar los factores de riesgo y optimizar los Factores de Protección.

## FACTORES DE PROTECCIÓN

Es la circunstancia, hecho o evento de cualquier naturaleza, sea biológica, psicológica o social cuya presencia tiene una relación estrecha con la disminución y/o ausencia del problema.

hol en comparación a los hombres, así como en la capacidad para asimilarlo y desintoxicarse.

"Debido a que las mujeres tienen mayor cantidad de grasa corporal y, por lo tanto, menor cantidad de agua se intoxican con aproximadamente la mitad de dosis de alcohol correspondiente a los hombres (aunque podría existir una tolerancia reducida por factores enzimáticos puramente). Al mismo tiempo se observan marcadas diferencias por sexo en el desarrollo de la dependencia del alcohol, las cuales obedecen a una mayor posibilidad de la adicción en la mujer en un período mucho menor que en el hombre y a la mayor vulnerabilidad tisular (cirro-

sis hepática y miocardiopatías) de la mujer." (Madrigal, 1993).

Cabe consignar que han habido muchas dificultades para hacer estudios científicos de género en relación a las drogas. Las mujeres han estado excluidas de la mayoría de las investigaciones sobre los efectos de las drogas, entre otras razones porque se tenía el temor de que se embarazaran durante el curso de las mismas. (Hsu, 1994).

Los patrones sociales han ido evolucionando hacia una mayor permisividad en el consumo recreacional del alcohol en la mujer, posiblemente por la búsqueda de la igualdad económica y social respecto del hombre. En la década del 80 esto se pudo constatar en varios países de la región, con significativos aumen-

tos en los niveles de consumo en la mujer. (Forselledo, 1995).

Varias hipótesis apoyan esta tendencia, entre ellas, la crisis socioeconómica de la década de los 80, llevó a la mujer a buscar sustento fuera del hogar en condiciones de subempleo y mala remuneración, generando contactos sociales más intensos pero no por ello satisfactorios y generando variadas frustraciones respecto de su rol familiar. En el mismo sentido los fenómenos de transculturación y migración rural-urbana, expusieron a la mujer a situaciones favorecedoras del consumo estimulante y embrutecedor-compulsivo. (Forselledo, 1995; Madrigal, 1993).

Recientemente, en las poblaciones urbanas de Latinoamérica, ha comenzado a presentarse un fenómeno diferente en el sector juvenil respecto del consumo del alcohol. Con predominancia masculina (índice de sobremasculinidad que varía entre 6 a 1 y 10 a 1), los adolescentes y jóvenes consumen alcohol

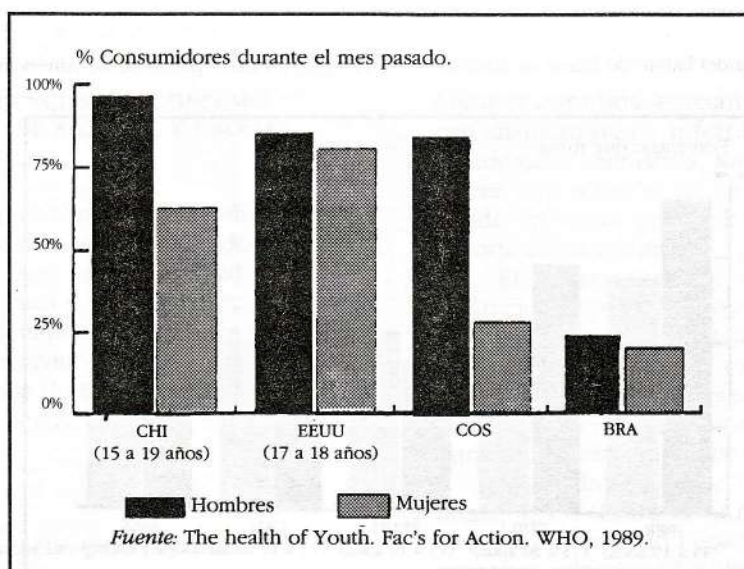
en las calles, bebiendo en rondas de tragos, sin otra finalidad que la embriaguez como efecto psicoactivo. A veces, este consumo se asocia al de drogas ilícitas o a los propios psicofármacos. (Forselledo, 1995).

Los atributos sociales del alcohol en relación a la disminución de tensiones, como ritual de pasaje del adolescente al mundo adulto (patrones machistas), como símbolo de status al incorporarse a la vida productiva, etc. estaban restringidos en su aceptación al hombre. Algunos estudios realizados recientemente en Colombia (Torres y Murrelle, citado por Madrigal, 1994) destacan una significativa relación entre ingesta de alcohol y depresión clínica en la mujer.

Algunos de estos patrones se asocian a otros factores de riesgo para el consumo de otras drogas como: presión de grupo, ingreso a estratos sociales de alto consumo, alivio del stress, conductas contrafóbicas, ansiedad y/o depresión.

Gráfico 1

Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, por sexo en 4 países de las Américas



En el mismo orden, otros estudios muestran algunos factores de riesgo comunes, al menos al inicio del consumo, como son: presión de grupo de pares, trastornos de comportamiento, integración a grupos con alta disponibilidad de drogas, inadecuada utilización del tiempo libre, problemas psiquiátricos como los síndromes fóbico, ansioso-angustioso y depresivo (resultados del DUSI citados por Forselledo, 1994c).

Los estudios de Winokur, citados por Martrigal (1994), sugieren la presencia de factores de riesgo de índole afectivo en el uso indebido de drogas. Como se dijo anteriormente, aunque las tendencias se han emparejado, el hombre busca aliviar sus tensiones preferentemente en el alcohol (bajo la protección de los patrones socioculturales "machistas"), mientras que la mujer lo hace preferentemente en los ansiolíticos (por disponer de menos prejuicios que el hombre para recibir prescripción médica y por sufrir una mayor censura social hacia el consumo de alcohol).

A esto se agregan otros riesgos notables para la mujer —relacionados esta vez con el abuso de alcohol y drogas por parte de los hombres— como son: las agresiones y los actos violentos, el acoso y el abuso sexual, las viola-

ciones. Consecuentemente estos mismos riesgos se asocian a los niños que conviven con los abusadores de alcohol y drogas.

Un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (1989), señaló que el hábito de fumar tabaco es la causa de muerte prevenible más importante en los países subdesarrollados. El gráfico (OMS, 1989, citado por Forselledo, 1994a) muestra la prevalencia del hábito de fumar por sexo en tres países de América Latina, comparados con Estados Unidos y Canadá. Se observa la tendencia a la sobremasculinidad en los países latinoamericanos.

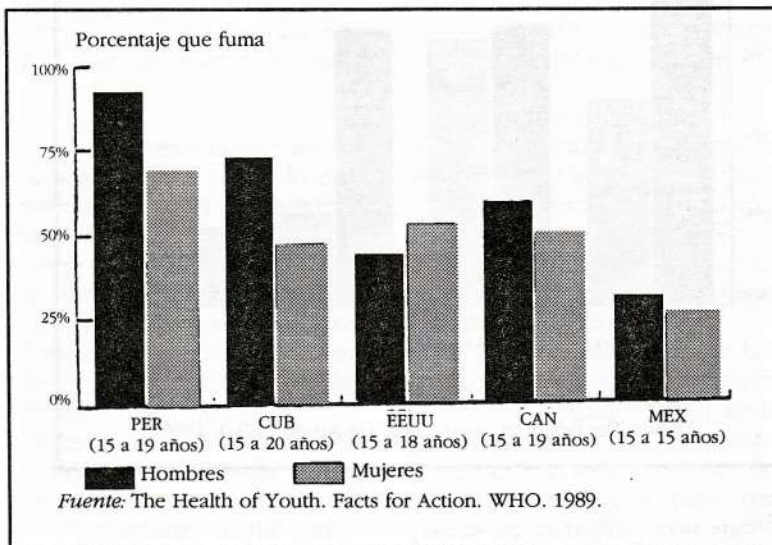
Existen investigaciones que evidencian la asociación entre el consumo de cigarrillos a edades más precoces, el consumo de otras drogas (especialmente en las mujeres) y la deserción escolar.

Para concluir esta primera parte, se pueden resumir algunos factores de riesgo específicos según el siguiente cuadro:

Aspectos que no dejan dudas sobre la necesidad de estudiar particularmente el tema, para determinar con más precisión el riesgo relativo de la mujer frente a las drogas y las medidas de protección, prevención y tratamiento específicos.

Gráfico 2

Prevalencia del hábito de fumar en adolescentes, por sexo, en cinco países de las Américas



### FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS

- Mayor vulnerabilidad física y mental al alcohol y las drogas
- Tensiones psicológicas, angustia y depresión
- Stress por presiones sociales negativas
- Sobrecarga de horarios por trabajo y tareas domésticas
- Competencia
- Consumismo
- Acceso a interacciones sociales asociadas al consumo de alcohol y tabaco
- Codependencia y consumo de alcohol y drogas en la pareja
- Presión negativa de grupos de pares
- Iniciación al consumo a edades más tempranas
- Pérdida de valores y normas familiares protectoras para el consumo
- Mayor permisividad social para el consumo

### OTROS FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS, LIGADAS A SITUACIONES ESPECIALMENTE AGRAVADAS

- Acoso y abuso sexual
- Ejercer la prostitución
- Desempleo y necesidad imperiosa de sustento
- Violencia doméstica

Asimismo se deben considerar:

- Las graves consecuencias que tiene para la salud física, mental y para las relaciones sociales, el consumo abusivo de alcohol y drogas.

## II. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA MUJER

El consumo abusivo de alcohol y drogas en la mujer puede ser considerado como factor de riesgo para una diversidad de problemas de salud física y mental, así como para algunas disfuncionalidades familiares y sociales.

En el presente capítulo serán presentados en términos de consecuencias para la salud, la salud mental, el feto y el neonato y la familia.

### a. Consecuencias para la salud

El consumo de alcohol y drogas tiene relación con ciertos trastornos ginecológicos.

Algunos estudios asocian el beber excesivo con dismenorreas, infertilidad, esterilidad y menopausia prematura, aunque es difícil establecer una relación de causa-efecto pues depende en sumo grado del tipo, frecuencia e historia del consumo.

El beber excesivo, se asocia además a disfunciones sexuales como frigidez, desinterés y dispaurenia, pero también es difícil establecer una relación de causa-efecto ya que, muchas mujeres manifiestan que el beber moderado aumenta el deseo sexual y el placer durante las relaciones. (Forselledo, 1995).

El cuadro 1 (OMS, 1989 citado por Madridal, 1993) ilustra la situación de la mortalidad por enfermedad hepática crónica y cirrosis en países seleccionados de la región. El mismo parte de los supuestos de proporcionalidad entre la prevalencia de problemas derivados

del alcohol y el nivel de consumo. En este sentido, el mayor consumo de alcohol en el hombre se reflejaría en la mayor morbilidad y mortalidad hacia enfermedades como la cirrosis hepática.

Otro dato complementario se relaciona con el nivel de consumo en mujeres alcohólicas. Varios estudios confirman que la cirrosis causada por el alcohol afecta dos veces más

a las mujeres que a los hombres entre bebedores excesivos de ambos sexos. Por otra parte, el período de evolución de la cirrosis hepática es significativamente más corto en las mujeres que en los hombres, lo que apoya la hipótesis de una mayor vulnerabilidad en la mujer asociada a factores constitucionales metabólicos o con diferentes respuestas inmunológicas.

Cuadro 1

Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad hepática crónica y cirrosis en países seleccionados de las Américas último año disponible, tasas por 100 000

País	Año	Hombres	Mujeres	Total
Argentina	1985	15,6	4,3	9,6
Bahamas	1985	25,8	10,0	17,3
Canadá	1987	6,8	9,7	8,2
Costa Rica	1988	16,6	7,4	12,0
Chile	1987	36,5	12,4	23,4
USA	1987	12,5	5,4	8,7
México	1986	54,7	15,2	34,0
Puerto Rico	1986	41,5	8,7	24,0
Trinidad y Tobago	1983	21,2	5,7	13,5
Uruguay	1986	11,1	2,3	6,4
Venezuela	1983	18,4	5,4	11,7

Fuente: OMS. *World Health Statistics*, 1989, citado por Madrigal, Enrique. OPS/OMS, *Patrones de Consumo y Dependencia a Drogas en la Mujer*. USA, 1993.

En cuanto al cáncer de mama, Willet *et al.* citados por Madrigal (1993), informan que existe una probabilidad 50% mayor de presentarse entre las consumidoras moderadas de alcohol (cerveza y destilados) que entre las abstemias.

Otro riesgo al que se enfrentan las mujeres abusadoras de alcohol y drogas es al de los accidentes domésticos, laborales y de tránsito, así como a la probabilidad de abuso sexual, violaciones o relaciones incestuosas.

En cuanto al tabaquismo, como factor de riesgo para un grupo de enfermedades, se configura a partir del entorno económico y social, la dinámica de la población y las relaciones de poder en el sistema sexo-género. Las estimaciones de la prevalencia de tabaquismo en los países se obtienen, por lo general, a través de encuestas que, como en el caso del consumo de alcohol y otras drogas, difieren metodológicamente y limitan la comparabilidad de los resultados.



No obstante ello, se puede afirmar, siguiendo a Sylvia Robles (1993), que en Estados Unidos y Canadá la epidemia de tabaquismo alcanzó su pico máximo en la década de los sesenta, situación que actualmente se presenta en descenso. Sin embargo en los hombres esa baja es más acelerada que en las mujeres. De 1965 a 1982, en los Estados Unidos, la prevalencia de tabaquismo bajó de 51 a 34% mientras que en las mujeres de 33 a 29%. En Canadá se observan tendencias similares. En cambio en los países de América Latina la prevalencia de tabaquismo ha

aumentado en ambos sexos y mas rápidamente en las mujeres. (Ver cuadro 2)

"La urbanización en América Latina en los últimos 40 años trajo cambios en los estilos de vida, mayor acceso a los servicios colectivos, un alto grado de diferenciación social y división del trabajo, así como también cambios en los patrones de consumo de la población, entre los que se incluye el consumo de tabaco" (Robles, 1993).

Cuadro 2

Prevalencia de tabaquismo, esperanza de vida al nacer y producto interno bruto *per capita* en países seleccionados de las Américas

PAIS	PIB <i>per capita</i> 1988	Esperanza de vida al nacer	Prevalencia Año	de Hombres	Tabaquismo Mujeres	Razón H/M
Canadá	16 760	77.00	1986	30.8	25.8	1.19
Estados Unidos	19 700	75.00	1987	31.7	26.8	1.18
Argentina	2640	70.58	1988	43.0	27.0	1.59
Chile	1510	71.48	1985	43.9	39.2	1.12
Uruguay	2470	72.00	1985	44.0	23.0	1.91
Cuba		75.20	1988	47.8	25.5	1.87
Costa Rica	1760	74.67	1986	34.7	14.4	2.41
Panamá	2240	72.08	1983	56.1	20.0	2.81
Venezuela	3170	69.67	1986	32.6	23.3	1.40
Brasil	2280	64.89	1989	45.0	33.0	1.36
México	1820	68.91	1988	38.3	14.4	2.66
Colombia	1240	68.24	1988	37.0	18.0	2.06
Ecuador	1080	65.44	1988	34.0	16.0	2.13
Paraguay	1180	66.87		n/d	n/d	
Perú	1440	61.40	1988	28.0	17.0	1.65
R. Dominicana	680	65.91	1989	66.3	13.6	4.88
Bolivia	570	53.07		n/d	n/d	
El Salvador	950	62.15	1988	38.0	12.0	3.17
Guatemala	880	61.99	1989	37.8	17.7	2.14
Haití	360	54.71		n/d	n/d	
Honduras	850	63.95	1988	36.0	11.0	3.27

n/d: no hay datos disponibles a nivel nacional.

Fuente: Banco Mundial, 1989, CELADE 1990.

Como consecuencia, las prevalencias de tabaquismo son mayores en las urbes que en las zonas rurales tanto en hombres como en mujeres.

Las diferencias demográficas y económicas entre los países de las Américas influyen en los niveles de tabaquismo de la población. El cuadro 2 (Banco Mundial, 1989) muestra los países agrupados de acuerdo a criterios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC): "economía desarrollada" y "modernización avanzada (MA)", según los siguientes subgrupos: "MA temprana", "MA reciente", "MA desequilibrada" y "MA incipiente". Es evidente que la relación entre el grado de modernización de un país y la prevalencia de tabaquismo no se correlaciona con la magnitud de ésta, sino con el índice de sobremasculinidad. Cuanto mayor el nivel de modernización, menor es el índice de sobremasculinidad. Esto indica que las mujeres se han incorporado más al mercado de trabajo, en particular las de un nivel de instrucción más alto. En general, en América Latina, la prevalencia de tabaquismo aumenta conforme aumenta la escolaridad. Por el contrario, en los hombres disminuye en cuanto aumenta la escolaridad. (Forselledo, 1995).

Sobre la base de estos someros datos, las mujeres representan un grupo de por sí con características propias que, además, se diferencia por sus orígenes culturales, niveles socioeconómicos, actividades y realidades personales. Parecería que existe una relación entre el hábito de fumar, las condiciones de vida y el manejo del poder ligado al sistema sexo-género. En este sentido, las mujeres que fuman en urbes de países de MA temprana y reciente podrían hacerlo como símbolo de igualdad o de acceso a determinados bienes de consumo, que tradicionalmente dominaban los hombres.

Por otro lado, la reducción de las diferencias con el hombre le puede demandar a la mujer una carga física y emocional mayor que la empuje a adquirir hábitos que afecten negativamente su salud.

En este sentido, según Torko (1995) hay un 40% más de mujeres estériles entre las fumadoras compulsivas que entre las no fumadoras. También sostiene que el tabaco afecta

la función reproductora de la mujer y aumenta el riesgo de menopausia prematura y aborto.

Tal vez el efecto más importante resida en que las mujeres fumadoras que mueren antes de los 65 años, tienen al tabaco como responsable del 40% de las muertes por enfermedades cardíacas, del 50% de los ataques hemipléjicos mortales, del 80% de las muertes por cáncer de pulmón y del 30% de las muertes por otros tipos de cáncer como el de laringe.

También se destaca que las fumadoras son más propensas a la osteoporosis, que es la principal causa de fracturas en las mujeres de edad, principalmente después de la menopausia.

En cuanto a las enfermedades secundarias, se considera particularmente el problema de la infección por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por su especial trascendencia para la mujer.

La epidemia por infección a VIH comenzó en el mundo con una sobremasculinidad marcada. A comienzos de la década del 90, los casos de contagio se situaban en el orden de siete hombres por cada mujer (Reid, 1990). Hoy se estima que no existen diferencias tan significativas entre los sexos y que por lo menos la mitad de todas las personas contagiadas tienen menos de 25 años. (Reid, 1990).

La utilización del preservativo como factor de protección se establece lentamente, mientras que las prácticas sexuales son muy frecuentes en las mujeres jóvenes y la edad de iniciación sexual muy temprana.

La menor sobremasculinidad y el sector etéreo mencionado, hacen referencia a la mayor cantidad de madres potenciales portadoras del virus y al importante sector juvenil contagiado y nos sitúa ante un futuro cargado de problemas:

- \* Aumento en los recién nacidos portadores del virus.
- \* Graves consecuencias domésticas para la familia: Sufrimientos prolongados, fallecimientos, problemas de comunicación, desviación de recursos para el tratamiento de la enfermedad, etc.

El tema es que cada año es mayor el número de mujeres que se infectan, enferman y mueren de SIDA.

En materia de factores de riesgo para la infección por VIH en la mujer, Estebanez *et al.* (1993) y Kimball *et al.* (1993) indican que son relativamente fáciles de determinar, aunque muy difíciles de controlar.

En este sentido, la infección inicial por el VIH puede ser asintomática o ir acompañada de una enfermedad parecida a la influenza. La infección se produce por tres vías:

1. Transmisión sexual.
2. Transmisión parenteral por infusión de sangre o hemoderivados contaminados.
3. Transmisión vertical de la madre infectada al feto.

Una vez infectada la persona, hay un período silente de 12 semanas, durante las cuales no se puede detectar serológicamente la infección.

Estos acontecimientos iniciales no son diferentes en el hombre y en la mujer.

Se desconoce aún la historia natural de la enfermedad o el avance clínico de la misma en la mujer desde el momento de la infección hasta la manifestación clínica del SIDA, pero se supone que se asemeja a lo observado en el hombre. Tampoco hay información suficiente que sugiera que el embarazo acelere las manifestaciones del SIDA ni que este aumente las complicaciones obstétricas más que cualquiera otra enfermedad sistémica. Si es posible que el SIDA ponga en peligro la salud general de la madre y afecte su embarazo y parto.

También se ha comprobado que es mayor en las mujeres el número de contagios por transfusión sanguínea, al estar expuestas a complicaciones durante el embarazo y parto.

En cuanto a la transmisión heterosexual, no se han determinado los factores de riesgo (en términos de conductas o atributos) que exponen a la mujer a la infección. Por ejemplo, se sabe que las trabajadoras sexuales están más expuestas y que en Brasil se ha determinado una relación entre mujer seropositiva y pareja bisexual. También se ha encontrado que las enfermedades de transmisión sexual que causan ulceración de los órganos genitales, son un factor de riesgo para la infección por VIH. Asimismo, están más expuestas las mujeres que tienen una pareja farmacodepen-

diente a drogas por inyección endovenosa, o que tienen una pareja portadora de VIH.

Por lo tanto, pueden considerarse grupos de alto riesgo, las prostitutas, las farmacodependientes y las pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Son mujeres expuestas a riesgo, aquellas que tienen una pareja farmacodependiente, bisexual o portadora de VIH. (Jennings, 1990; Estebanez, 1993).

En muchas sociedades la prostitución, la venta y el abuso de drogas están muy vinculados. Por ejemplo, las drogas pueden ser usadas como una forma de adecuarse al estilo de vida asociado al trabajo sexual y en otros casos, algunas mujeres se convierten en farmacodependientes y luego pasan a ser trabajadoras sexuales, así generan ingresos para comprar drogas o directamente intercambiar sexo por droga.

Howard Gough (citado por Carovano, 1995), director de un centro de tratamiento en Jamaica, declara que

"Al generarse la dependencia y como resultado del aumento de la necesidad de consumir la sustancia (muchas veces acompañada por la pérdida de ingreso y apoyo financiero), muchas mujeres tienden a entrar en intercambios de sexo por droga para sostener su hábito".

Según Carovano (1995), informes de la región demuestran que un número significativo de mujeres consumidoras están a la vez involucradas en la prostitución. Mientras algunos de los reportes no tienen información suficiente para demostrar una relación de causalidad, otros indican que estas mujeres pasan a la prostitución como forma de sostener sus hábitos de abuso de drogas.

Una investigación sobre mujeres que usan crack en Jamaica (Dreher y Hudgins, citados por Carovano, 1995) muestra que de los 33 casos estudiados, 20 dijeron que, o trabajaban como prostitutas, o lo hacían cuando estaban usando crack. En todos los casos menos tres, el uso de crack precipitó la entrada a la prostitución.

Las niñas y adolescentes de la calle constituyen un grupo importante de riesgo, producto de las condiciones de extrema pobreza que soportan las sociedades latinoamericanas.

La prostitución infantil es cada vez más frecuente y está asociada a la necesidad de alimentación y para disponer de algún alojamiento. En Nueva York, Estados Unidos, un estudio de 1988, citado por Reid (1990), indica que en un grupo de hombres y mujeres de 16 a 21 años que vivían en las calles, el 7% era portador del VIH.

Las opciones que la sociedad les ofrece a las adolescentes que viven en condiciones de pobreza extrema son tan escasas que ninguna puede competir con la prostitución como medio de supervivencia económica.

Por otra parte, la amplitud y frecuencia de los casos de hostigamiento sexual contra mujeres jóvenes que, por lo general, se ocultan o desmienten conjuntamente con la violación y el incesto, son factores de riesgo para el contagio de VIH cuando ocurren en zonas con alta incidencia del virus.

Otra consecuencia igualmente notable para la mujer es que la infección significa aislamiento social, soledad y discriminación. También le origina miedo: miedo a perder el trabajo, la atención médica, la consideración familiar, los amigos, la pareja, etc. Miedo por el futuro de los hijos. Asimismo el contagio para una mujer joven significa renunciar a la maternidad o enfrentar el dilema de engendrar un hijo portador del virus. Elementos todos que repercuten severamente sobre la salud mental.

## **b. Consecuencias para la salud mental**

El enfoque tradicional de salud considera al consumo de alcohol y drogas, por una parte, como una conducta de riesgo para la salud física y mental y, por otra, como un problema de salud mental. De esta manera explica que la salud de las personas consumidoras está —como se vio anteriormente— estrechamente relacionada con el ambiente en que viven y los estilos de vida. Por ello, la naturaleza y severidad de los riesgos para la salud a los que están expuestos es muy variable.

En el anexo se presentan algunas definiciones básicas que son referencia del presente capítulo.

## *Trastornos psicopatológicos y de la identidad*

El abuso de alcohol y drogas lejos de mejorar las condiciones psicológicas de la mujer, repercute severamente sobre las bases de su identidad.

En primer término, cualquiera que sea la motivación para el consumo, la mujer verá resentida su autoestima. Una vez establecida la relación de dependencia con la o las sustancias, aumentarán los sentimientos de impotencia y descontrol, se deteriorará su autoimagen y, si existe "terreno" psicopatológico, dará aparición a la sintomatología psicoafectiva y conductual neurótica o psicótica. Lugar aparte se establece para las estructuras de personalidad psicopáticas y sociopáticas, las que no evidenciarán síntomas de ansiedad y angustia, ni culpas por sus trastornos de conducta.

Las mujeres y, en particular, las adolescentes que viven en contextos familiares y sociales de alto riesgo, caracterizados por la violencia, la delincuencia, la marginalidad, la promiscuidad sexual, etc., tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de salud (como los mencionados en el ítem anterior del presente capítulo) y problemas de salud mental como depresiones, trastornos psicopatológicos, intentos de autoeliminación y suicidios.

A su vez se considera que las condiciones negativas del contexto familiar y social aumentan la probabilidad del mantenimiento y la potenciación del circuito: uso indebido de alcohol y drogas - problemas de salud/salud mental.

### *b.1. Estigmas sociales*

Como se mencionó anteriormente, la mujer alcohólica o abusadora de drogas verá notoriamente disminuida su autoestima, resentirá significativamente su capacidad de autoafirmación social y, lejos de mejorar los problemas psicológicos que inicialmente pretendía, los agravará o los mutará por otros. Pero es la valoración social de la mujer abusadora de drogas, madre, esposa, trabajadora, profesional, etc., la que, por intermedio de diversos estigmas, aumentará el aislamiento social, la pérdida de oportunidades, la dependencia y los

sentimientos de impotencia para revertir la propia situación.

Algunas sociedades toleran el uso de alcohol y drogas si se trata de mujeres profesionales de medios urbanos o de mujeres adultas mayores que presentan problemas de salud (un estudio realizado en Estados Unidos –citado por Hsu (1994)– revela que los médicos prescriben drogas psicoactivas a mujeres mayores de 60 años 2,5 veces más que a los hombres de su misma edad). No se observa la misma tolerancia para con las mujeres jóvenes y solteras. Inclusive algunas comunidades niegan la existencia del abuso de drogas en las mujeres, las que frecuentemente esconden su propio consumo.

Muchas mujeres con problemas relacionados con el abuso de drogas enfrentan dificultades para acceder a los programas de tratamiento. Es frecuente que los centros de tratamiento residenciales no admitan mujeres, a veces como reglamento, a veces como práctica. Entre los servicios que sí las admiten, se constatan limitaciones en el número de ingresos por problemas financieros o por no estar adaptados a las necesidades de las mujeres consumidoras que buscan asistencia. Por ejemplo, algunos centros de tratamiento no disponen de guarderías para custodiar a los hijos de las mujeres asistidas o no admiten mujeres embarazadas o portadoras de VIH y enfermas de SIDA, bajo pretexto de no contar con la infraestructura apropiada para ello. (Hsu, 1994).

Distintos estudios han mostrado que muchas mujeres que usan drogas son solteras, separadas o divorciadas pero con hijos. Algunas de ellas tardan en pedir tratamiento o no lo hacen por el estigma social sobre su condición de abusadora de drogas. También influye en esta decisión, la necesidad real de cuidar de sus hijos, así como de apoyar económica-

mente a la familia. Otras veces, es el miedo a que las autoridades judiciales puedan quitarles la custodia de los niños. (Hsu, 1994).

Dichas dificultades para acceder o mantener un programa de tratamiento contribuyen a que no existan reportes fidedignos y, por lo tanto, se mantenga la mencionada subinformación sobre los niveles de abuso de drogas en la mujer. (Hsu, 1994).

### b.2. Reacciones familiares adversas y otras complicaciones psicológicas

A nivel familiar se han identificado varios factores de riesgo para el uso indebido de alcohol y drogas. Algunos específicos y muy ligados a la aparición de este problema. Otros, menos específicos, que comportan riesgos para otros trastornos psicosociales, pero incrementan notoriamente la probabilidad de que algunos de los miembros consuma drogas. Se enumerarán algunos de ellos, para posteriormente considerar el riesgo del rechazo familiar, las rupturas y el agravamiento de la incomunicación a partir del propio consumo.

Los factores de riesgo que se registran en los cuadros siguientes son prácticamente todos accidentales, en el sentido de que no responden a procesos naturales o a momentos críticos del proceso evolutivo ontogenético familiar.

Obviamente una familia que presente varios de estos factores de riesgo, portará un nivel de disfuncionalidad significativo en sus procesos internos.

Si la familia es disfuncional, una mujer abusadora de drogas encontrará diversas respuestas, entre las que se han identificado tres (Forselledo *et al.* 1995):

#### FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Factores más específicos para el consumo de drogas

1. Ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto.
2. Padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos.
3. Ausencia de la figura paterna.
4. Presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas.
5. Carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social.
6. Conflictos en la pareja parental.
7. Relaciones familiares que estimulan la dependencia.
8. Consumo familiar de sustancias (MODELO ADICTIVO FAMILIAR).

## FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Factores menos específicos para el consumo de drogas

1. Padres permisivos o desinteresados.
2. Carencias económicas.
3. Carencias en los modelos sexuales de identificación.
4. Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.
5. Expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos.
6. Desintegración familiar.

1. *Dramatización del problema.* La familia se escandaliza, condena, estigmatiza, acusa, reprende, pero no resuelve el problema y genera un aumento de los sentimientos de culpabilidad y depresión.

2. *Utilización del problema.* La familia con serios problemas de comunicación, "utiliza" el abuso de alcohol o drogas de la madre o hija para aglutinarse e intercambiar información. Tampoco resuelve el problema.

3. *Minimización del problema.* La familia con antecedentes de alcoholismo o adicción a drogas, portadora de un Modelo Adictivo Familiar, tiende a minimizar el abuso de la madre o hija y no considerarlo como una disfuncionalidad del propio grupo. Con esto el problema se mantiene hasta un límite marcado por una intoxicación aguda o complicación de salud física o mental.

Aún en los casos de familias con una historia de funcionalidad satisfactoria, la aparición del abuso de alcohol o drogas en la mujer, puede despertar el rechazo, la incomunicación, la ruptura de lazos afectivos, la aparición de complicaciones psíquicas transitorias o permanentes y el agravamiento de los síndromes depresivos. También se incrementa el riesgo de la autoeliminación.

### b.3. *Violencia doméstica*

La experiencia de la agresión o del abuso constituye una seria amenaza para la salud

mental de la mujer en todas las edades y culturas.

La violencia doméstica no es un hecho nuevo. En la calle, en el trabajo, pero también y principalmente en el hogar ha venido ejerciéndose. No siempre se habla de ella y mucho menos públicamente. El mérito de haber colocado el tema en el debate corresponde a grupos de mujeres.

Cuando hablamos de violencia doméstica, nos referimos a las modalidades persistentes de comportamientos agresivos que recaen sobre todo en los más débiles del grupo familiar.

La violencia doméstica se manifiesta de varias maneras y no ocurre con igual frecuencia ni grado de gravedad. En este marco, la violencia contra la mujer en el hogar es, estadísticamente, la más frecuente en todas partes del mundo y va desde formas abiertas y brutales a encubiertas y sutiles.

Hay modalidades de violencia física, psicológica y sexual. Desde patadas y puñetazos, pasando por descalificaciones, insultos y aislamiento, hasta llegar a las violaciones sexuales en el seno de la pareja. Estos son parte de los sufrimientos que muchas veces se ocultan por miedo al desamparo, las culpas, el remordimiento, la venganza, el abandono, etc.

Esto se refleja claramente en las escasas denuncias policiales, si se comparan éstas con la incidencia y frecuencia de la violencia. Otras veces la mujer tiene una fuerte adhesión a los modelos dominantes del género y a formas de comunicación en el que la violencia es un significativo "natural" en la familia ("me pe-

ga porque me quiere y le importo"), tolerando y legitimando el problema. Ello se basa en sistemas familiares autoritarios de culturas que "naturalizan o normalizan el comportamiento violento".

La violencia doméstica además, tiende a enmascararse desde distintos enfoques, aún el de los profesionales de la salud, y a considerar su reconocimiento como un atentado contra la familia.

Sin embargo, debe reconocerse que la violencia doméstica contra la mujer afecta su vida, limita sus posibilidades y bloquea sus aspiraciones intencionalmente.

Diversos informes citados por Paltiel (1993) señalan que el abuso sexual en las niñas, es un factor de riesgo para la psicosis y la violencia doméstica para las farmacodependencias y el suicidio en la mujer adulta.

Ocurre que las mujeres agredidas vuelven a ser víctimas, en general, cuando carecen de formas de revelar su situación, cuando nadie más asume la responsabilidad de la notificación, cuando se duda de la credibilidad, cuando no se atienden las necesidades de seguridad personal en la debida forma y cuando no existe un sistema de reparación del daño en los servicios de salud, sociales o jurídicos o dicho sistema es inaccesible, complejo o lento.

Algunos estudios, como el realizado en un antiguo barrio popular de Montevideo, Uruguay (Choviat *et al.* 1994), sobre 167 denuncias de violencia doméstica (febrero-diciembre de 1993), demuestran que la mayor cantidad de casos de mujeres que consultan se sitúan alrededor de los 30-35 años. Las formas de expresión de la violencia se da a través de la violencia física: golpes, golpes con secuelas, (47,4% de los casos); sexual (19,3%); psicológica: amenazas, descalificaciones, etc. (33,3%), las que además suelen presentarse combinadas.

Los principales elementos precipitantes de la actitud violenta del agresor se relaciona con la ingesta de alcohol y/o drogas, aunque también puede responder a antecedentes familiares de maltrato o a otras múltiples causalidades psicológicas y sociales. Se constata que las situaciones laborales actúan como factores condicionantes, pero no precipitantes. En el estudio que citamos, más del 50% de los casos respondía al abuso de alcohol o drogas (47,7% alcohol, 4,6% drogas).

Un estudio realizado en Centroamérica mostró que el 97% de los casos reportados de violencia doméstica, se asociaban a hombres abusadores de alcohol. (Hsu, 1994).

Algunas mujeres que son objeto de violencia física y sexual por parte de sus parejas o padres, pueden llegar a tolerarla por largo tiempo, debido a que se sienten responsables del cuidado de sus familias o no tienen alternativas para sobrevivir debido a factores económicos, sociales o culturales.

La clínica y los estudios ventana realizados en comisarías y urgencias de hospitales demuestran que los comportamientos violentos están fuertemente asociados a la ingesta previa abusiva de alcohol y/o drogas por parte del hombre, aunque desde un punto de vista epidemiológico no se haya podido establecer una relación causal directa entre abuso previo de alcohol y violencia contra la mujer. Por su parte, la violencia contra la mujer es, también, un factor de riesgo para el consumo de drogas, ya que éste opera como una conducta "evasora" o "anestesiante" frente a las agresiones.

La promoción de la salud mental en la mujer exige que las sociedades reconozcan la obligación moral de encontrar medios para que las mujeres y las niñas de todas las edades no se vean rodeadas de amenazas, temor y recelo y puedan disfrutar de sus derechos de seguridad personal, dignidad y libertad en cualquier sitio.

La mujer es la persona tradicionalmente encargada de cuidar la familia y aportar una matriz afectiva a los hijos en la Región de las Américas. Aunque, como se mencionó su rol ha debido modificarse por ingresar las mujeres latinoamericanas al mercado de trabajo, la carga de tareas correspondientes al hogar sigue estando dentro de su rol familiar. Por lo tanto, los problemas vinculados al uso de drogas, violencia, SIDA, etc., no hacen otra cosa que aumentar la pesada carga del cuidado de la familia y exponerla aún más a los riesgos para su salud física y mental. (Paltiel, 1993).

### **c. La criminalización como consecuencia social**

Existen muchas circunstancias en las que la mujer, para sobrevivir, se ve enfrentada a la

necesidad de cometer distintos actos delictivos, por ejemplo, el tráfico de drogas.

Entre las circunstancias mencionadas, se encuentran las presiones ejercidas por los hombres que someten a las mujeres al ejercicio del tráfico ilícito, a la prostitución, etc.

Las mujeres víctimas del tráfico ilícito, en su calidad de "mulas", transportan las sustancias de un país a otro, muchas veces sin conocer el contenido de lo que llevan.

Otra circunstancia que afecta a muchas mujeres, es el encubrimiento de los delitos relacionados con la producción y el tráfico, por lo que frecuentemente resultan penadas por la ley.

Según Del Olmo (1993), en el área del Caribe, cerca de un 90% de las mujeres procesadas y encarceladas, están en esa condición bajo la figura delictiva del tráfico de drogas. En 1987, en la cárcel de mujeres de Cuenca, Ecuador, habían 40 reclusas, de las cuales el 62% esperaban ser enjuiciadas por delitos conexos con la producción y tráfico de drogas.

En Bolivia cada vez es mayor el número de mujeres campesinas utilizadas como "pisadoras" de la coca y comerciantes de precursores químicos, lo cual está incrementando gravemente la población carcelaria del país, con las consecuencias por todos conocidas. (Del Olmo, 1993).

En Colombia por su parte, en relación con el tráfico de cocaína, en 1983 se reportaron 148 mujeres procesadas, mientras que en 1984, pasaron por la justicia 802, especialmente bajo la modalidad arriba mencionada como "mulas". (del Olmo, 1993).

Al igual que en el caso de los hombres, dentro de los establecimientos carcelarios, se dan elevados índices de consumo de drogas ilícitas y alcohol.

#### **d. Consecuencias para el feto y el neonato**

##### *d.1. Síndrome Alcohólico Fetal*

El síndrome alcohólico fetal (SAF) consiste en la presencia de una serie de trastornos físicos y de la conducta en niños de madres con historia de consumo excesivo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. Consiste en

la presencia de deformidades faciales y de las extremidades, así como de defectos cardiovasculares, de irregularidades en los pliegues de las palmas de las manos, anomalías del oído y de retardo del crecimiento y desarrollo.

Este retardo puede constatarse años después en el área física e intelectual.

Según Madrigal (1993), los efectos del alcohol sobre el feto son diversos y se cree que dependen de variables genéticas así como de ciertos estilos particulares de ingesta. Igualmente debe señalarse que no todas las mujeres bebedoras excesivas dan a luz niños con SAF. Por el contrario, la prevalencia de la ingesta de alcohol durante el embarazo es mayor que la del SAF, lo que podría suponer que algunos fetos son más vulnerables que otros al alcohol.

En cuanto a la prevalencia del SAF, en el mundo desarrollado, se estima de 1 a 3 por 1000 nacidos vivos.

Algunos factores que influyen en el desarrollo del SAF son, la clase de bebida y el momento del embarazo en el que se bebe, debido a que hay etapas de la gestación más susceptibles que otras.

Por otra parte, no se ha estudiado profundamente el efecto que puede tener el alcoholismo del padre sobre la predisposición al desarrollo del SAF.

##### *d.2. Malformaciones congénitas e hipodesarrollo del niño.*

###### *Mortalidad neonatal*

###### *Bajo peso al nacer*

En relación al tabaco, diversos estudios indican que al menos 28 de mil nacidos muertos son consecuencia del hábito de fumar de la madre durante la gestación. Esta cifra baja a 8 en 1000 nacidos muertos si la madre dejó de fumar en el embarazo, que es casi la misma que para las no fumadoras. (Torko, 1995).

Otro riesgo de la madre fumadora es que se produzcan nacimientos prematuros, con las complicaciones que esto representa. Asimismo si la gestación llega a su término, la intoxicación vía placentaria por nicotina y monóxido de carbono puede ocasionar que el niño al nacer pese cerca de 200 gramos menos que la media y tenga que afrontar trastornos nervio-



tos y respiratorios (rinofaringitis) durante su crecimiento.

Otras complicaciones ginecológicas, de la concepción y el desarrollo del recién nacido, son provocadas por drogas como la heroína y cocaína.

Se ha descrito mayor frecuencia de amenorrea, irregularidades del ciclo menstrual y suspensión de la ovulación en las adictas a la heroína, aunque el problema mayor parece residir en la mortalidad fetal y perinatal. Además, la heroína provoca complicaciones graves por adicción del niño desde el nacimiento.

El impacto de variables ambientales como estilo de vida maternal, nutricional, nivel socioeconómico, acceso a servicios prenatales y de salud, son tan relevantes para el desarrollo del feto como el uso de drogas por parte de la madre durante el embarazo. Un estudio efectuado en 1990 en América del Norte (citado por Hsu, 1994), consignaba que habían recibido asistencia prenatal solamente el 29% de las mujeres que usaban cocaína contra el 72% de las que no usaban ninguna droga.

Por su parte la cocaína, que según muchas investigaciones, también genera adicción en el niño, tiene alto riesgo de provocar defunciones prenatales y neonatales, nacimiento prematuro, aborto espontáneo e hipodesarrollo. Oliver, citado por Madrigal (1993), ha descrito problemas similares en América Latina con la pasta básica de cocaína (PBC o Basuco), con el agravante de que esta droga provoca cambios estructurales en los cromosomas.

### III. CONCLUSIONES

El panorama expuesto deja en claro que el problema del abuso de alcohol y drogas tiene características particulares en la mujer desde distintos ángulos de análisis, sean estos biológicos y psicológicos o sociales y culturales.

No cabe duda que los riesgos y las consecuencias de patrones de consumo abusivo en la mujer requieren de estrategias de prevención y tratamiento diferentes a los tradicionales enfocados hacia la "población general" o desde una concepción "masculinizada" del uso indebido de drogas.

Se establece una nueva visión del problema, más amplia y flexible, que vaya más allá de las diferencias de género y de las igualdades de oportunidades entre hombres y mujeres. Se pretende una visión científica y humanista que comprenda la situación de la mujer en la sociedad actual, con sus diferentes peculiaridades sociales, económicas y culturales.

Es evidente que, para lograr tal visión integral e integradora de la condición de mujer al análisis y enfrentamiento del problema que nos ocupa, es imprescindible promover y profundizar los estudios sobre el mismo, así como redefinir el rol del género femenino en la prevención, otorgándole el protagonismo que ya ha sabido recuperar para la defensa de sus derechos.

Abril de 1996

### IV. BIBLIOGRAFÍA

- Bejarano, J. y Carvajal, H. "El Consumo de Drogas en la Mujer Costarricense". *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica. 65, 1994, (43-55).
- Carovano, K. "Women and Substance Abuse: Issues and Implications", en: *Drug Lessons and Education Programs in Developing Countries*, editado por Henry Kirsch, 1995, (153-169).
- Choviat, A. y Anandez, C. *Estudio Estadístico de las Situaciones de Violencia Doméstica Relevadas en la "Casa de la Mujer de la Unión"*. Casa de la Mujer de la Unión. Montevideo, 1994.
- Del Olmo, R. "Ser mujer en América Latina." En: *Nueva Sociedad* 93, 1988, (157-166).
- Estebanez, P., Fitch, K. y Najera, R. "El VIH y las Trabajadoras Sexuales". *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana OPS/OMS*, Nro. 115 (5), 1993.
- Forselledo, A.G. "Contexto latinoamericano, salud y consumo de alcohol y drogas

- por los jóvenes". En: *Boletín FORO*. Año 7. Nro. 19. IIN/OEA-OPTAR. Montevideo, 1994a.
- . "Proyecto Niño, Sal & Menta de Promoción de Salud Mental para la Infancia Institucionalizada - Anexo: Conceptos Básicos", Montevideo, Uruguay: Documento Interno del IIN/OEA, 1994b.
- *et al.* "DUSI - Versión Uruguay. Informe del Estudio Piloto de Validación realizado a 21 Mujeres Consumidoras de Drogas en el Uruguay". Montevideo, Uruguay: Programa de Prevención de la Farmacodependencia IIN/OEA, Optar, Asociación Uruguay para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia, 1994c.
- *et al.* *Consumo de Drogas y Familia. Situación y Factores de Riesgo*, Montevideo, Uruguay: Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES), 1995.
- Gorman, J. "Indigenous Women and Drug Abuse in Latin America". Inédito. 1994.
- Hsu, L. "Women and Substance Abuse". UNDCP-WHO. 1994.
- Jennings, P. "Mujeres, Blancos, Negros, Hispanos". En: *Chasqui*, Número 33, 1990.
- Kimball, A. *et al.* "La mujer y la epidemia del SIDA". En: *Género, Mujer y Salud*. OPS/OMS, 1993.
- Madrigal, E. "Patrones de consumo y dependencia del alcohol y sustancias psicoactivas en la mujer". En: *Género, Mujer y Salud*. OPS/OMS, 1993.
- Paltiel, F. "La Salud Mental en la mujer de las Américas". En: *Género, Mujer y Salud*. OPS/OMS, 1993.
- Reid, E. "El aspecto futuro del Sida". En: *Desarrollo Mundial*. Vol 3. Nro. 4, 1990.
- Robles, S. "El Tabaquismo en la Mujer de las Américas". En: *Género, Mujer y Salud*. OPS/OMS, 1993.
- Torko, J. "¿Es Peligroso Fumar?". Conferencias. En: *Boletín FORO*. Año 8. Nro. 21-22. IIN/OEA-OPTAR. Montevideo, 1995.

Ariel Gustavo Forrelledo  
 Instituto Interamericano del Niño O.E.A.  
 Av. 8 de Octubre 2904  
 (11600) Montevideo  
 Montevideo, Uruguay

Jill Foster  
 Inter-American Drug  
 Abuse Control Commission  
 Organization of American States  
 1889 F. Street N.W.,  
 Washington D.C. 20006,  
 U.S.A.