

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS QUE CONCURREN AL CONTROL PRE-NATAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA (GCBA.) UN ESTUDIO EXPLORATORIO.

Dra. Graciela ALVAREZ¹

Lic. Patricia MEYRIALLE²

Con la colaboración de la Lic. María Josefina COPES³

Agradecimientos

La concreción de este trabajo fue posible en virtud de diferentes respaldos que deseamos agradecer. Del Hospital Ramos Mejía, al Dr. Pascucelli, su Director, al Dr. Mercau, Subdirector Médico, al Dr. Paolucci, jefe del Departamento de Consultorios Externos, al Dr. Armando Dunaiewsky, Jefe de la División Obstetricia, a la Dra. Ana Bou Pérez, jefa de la División Área Programática, a los profesionales médicos y no médicos de Consultorios Externos de Obstetricia que con su permanente disposición facilitaron la tarea, a la Asociación de Profesionales, al equipo profesional y técnico del Área de Investigaciones del Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR, en especial a la Lic. Graciela Ahumada, responsable de dicha área que se interesó de entrada por esta temática ofreciendo su colaboración y a la Lic. Florencia Yellati por su paciencia y asesoramiento técnico. A todos ellos nuestro reconocimiento.

RESUMEN

Conocido es el efecto deletéreo de la salud materno- infantil del consumo de sustancias legales e ilegales durante el embarazo.

Si bien existen estadísticas sobre la prevalencia de las mismas, en nuestro país no hay datos actualizados y / o con un diseño predeterminado para una correcta evaluación en nuestra población.

Objetivo: investigar si existe consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo. Se analizaron variables sociodemográficas, específicas del embarazo y sobre el consumo de sustancias.

Diseño: estudio exploratorio descriptivo, cuantitativo en el Hospital Municipal José María Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

Material y Métodos: encuesta estructurada, anónima y privada a las pacientes que concurrieron al control prenatal durante los meses de agosto y septiembre del año 2007 en el horario matutino, los días lunes, martes y miércoles.

¹ Médica, especialista en Tocoginecología, Hospital Ramos Mejía e integrante del equipo profesional del Centro Carlos Gardel de asistencia en adicciones.

² Psicóloga, Psicoanalista, integrante del equipo profesional y coordinadora del área de epidemiología del Centro Carlos Gardel de asistencia en adicciones.

³ Psicóloga, Psicoanalista, integrante del equipo profesional del Centro Carlos Gardel de asistencia en adicciones.

Resultados: se realizaron 216 encuestas. Más del 50 % son de nacionalidad Argentina, tienen entre 20 y 29 años de edad, residen en la capital Federal y tienen educación secundaria incompleta. La mayoría declaró haber consumido alcohol (75 %) y tabaco (41,6 %) alguna vez en la vida y el 10,4 % declaró el consumo de sustancias ilícitas.

Durante el último año el 55,6 % consumió alcohol, el 25,9 % tabaco y el 3,6 % marihuana , solventes y antidepresivos.

Dentro del conjunto de mujeres que declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida (162 casos), el 84,6% no lo hizo durante los últimos 30 días en tanto el 13,6 % consumió algunos días bebidas alcohólicas. Estas proporciones son similares a las que se manejan para las mujeres que declararon consumo de vida de tabaco, aunque estas son solo 87 pacientes.

Con respecto a la percepción del riesgo, más del 70 % consideró como de gran riesgo el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, *pasta base** y anfetaminas.

El 98,2% de las mujeres hizo uso de la sustancia consumida.

Comentario: se deberían implementar estrategias de educación preventiva con las mujeres embarazadas que les informe acerca de los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas. Es necesario formar equipos profesionales preparados para este tipo de problemas sanitarios y sociales, que deben estar articulados con las redes de atención primaria y con la red de adicciones. Estos equipos deben contar con espacios de reflexión, debate e intercambio de experiencias

PAPER

It is widely known the lethal effect on health as a result of legal and illegal drug consumption during pregnancy.

Even though statistics over drug' consumption prevalence can be found in our country they do not count neither with updated nor predetermined designed information so as to carry out a proper survey over our population.

Goal: to find the presence of psychoactive drugs' consumption during pregnancy. There took place an analysis on sociodemographic, pregnancy and drugs' consumption variants.

Design: to carry out a descriptive exploratory study in the Jose Maria Ramos Mejía Hospital, Buenos Aires, Argentina.

Material and methods: to hold a structured, private and anonymous poll over patients engaged on prenatal monitoring from august to September 2007, on Mondays, Tuesday and Wednesday on the mornings hours.

Results: It has been holded 216 polls. Up to 50% are argentine-born, belong to a 20-29 age group, live in Buenos Aires and have not completed their high school studies. Among people surveyed, alcohol's consumption reached a 75%, tobacco a 41% and illegal drugs a 10,4%.

Over the last year alcohol's consumption climbed to a 55,6%, tobacco a 25,9% while marijuana, solvents and antidepressant a 3,6%.

Among woman surveyed 162 of them claimed to have consumed alcohol at least once in their lives, a 84% have not consumed alcohol over the last 30 days while a 13,6% have consumed alcohol during the last 30 days. Alcohol and tobacco's consumption porcentajes are pretty close, though only 87 women declared to have been tobacco consumers.

Regarding risk perception, over 70% women believe that consumption of alcohol, tobacco, marijuana, cocaine, pasta base* and anfetamines pose a great danger.

A 9,2 % declared to have consumed substances.

Remarks: strategies on preventive education for pregnant women should be implemented in order to explain the danger of psychoactive drugs' consumption. Professional teams must be prepared so as to deal with health and social issues. Such teams must work together with basic health and addiction nets. Besides, these teams must provide a reflexion, debate and interchange experience scenarios.

*(It is a chemical byproduct left over when Andean coca leaves are turned into a paste and then formulated into cocaine bound for US and European markets. Formerly considered lab trash, the substance became popular in the impoverished Argentinian neighborhoods after the country's 2001 financial collapse.)

Presentación:

En no pocas oportunidades, conversando con colegas que se desempeñan en hospitales o centros de salud en especialidades médicas vinculadas con embarazo y parto – principalmente obstétricas, tocoginecólogos y neonatólogos – se toma conocimiento de casos de consumo de drogas durante el embarazo así como también de síndromes de abstinencia en recién nacidos. Este dato, procedente de la experiencia clínica, motivó en las autoras el interés por la búsqueda de antecedentes y estudios sobre esta temática; si bien, se encontraron con algunos trabajos a los cuales más adelante se hará referencia, prácticamente no hay estudios al respecto en nuestro país. Esto último es lo que las condujo a comenzar una investigación sobre el tema: la incidencia del uso de drogas psicoactivas en el embarazo. El mismo se efectuó desde un centro de referencia de atención de drogodependientes.

Introducción:

El estudio que se presenta se realizó desde el Centro Carlos Gardel de asistencia en adicciones dependiente del Área Programática del Hospital Ramos Mejía (GCBA.). El *Gardel* funciona desde hace 15 años en el barrio del Abasto dedicándose específicamente a la atención de personas con problemas vinculados al uso de drogas desarrollando, además, otras actividades conexas con este campo (intervenciones y talleres de prevención capacitación y formación de recursos, etc). Es además, efector de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones del GCBA. Ha participado en dos oportunidades a propuesta de la Dirección de Salud Mental en representación de la ciudad de Buenos Aires en proyectos de intercambio de experiencias y cooperación de la Red Droga y Ciudad del Programa URBAL de la Unión Europea para América Latina.

Las consultas de mujeres embarazadas, en la experiencia de este centro, son muy limitadas. Dada la articulación de esta institución con diversas instancias barriales comunitarias y sociales – tanto de las zonas de influencia como de otras- , que trabajan con personas en situación de riesgo y vulnerabilidad social y sanitaria, periódicamente concurren a solicitar tratamiento acompañadas por integrantes de esas instituciones. En general se trata de embarazadas adolescentes, sin contención familiar ni referentes, no pocas veces en situación de calle y sin ningún contacto con el sistema de salud. Pero pasemos a continuación a la fundamentación de nuestro trabajo.

Fundamentación y antecedentes

En nuestro país, como ya señalamos, son escasos los estudios sobre el uso de drogas psicoactivas durante el embarazo y sus consecuencias para la salud maternal, fetal, del bebé y del niño.

Desde el enfoque epidemiológico⁴ del uso de drogas en el embarazo se presentan y observan problemas concretos. La evaluación de las sustancias usadas puede ser estimada por el laboratorio y por la anamnesis. El análisis bioquímico se realiza por radioinmunoanálisis (RIA) y mide la presencia de una sustancia o sus metabolitos; pero aunque este test es preciso sólo nos brinda datos de un corto período de tiempo y no describe el patrón o la historia del uso de las drogas.

La anamnesis está sujeta a errores como:

- Escasez de datos recabados.
- Dificultad en la memoria del paciente.
- La embarazada no refiere su uso desde la concepción sino desde el momento de confirmar el embarazo.
- El uso de drogas ilícitas a menudo obstaculiza la comunicación del mismo.
- La mujer que consume drogas ilícitas puede usar varias de ellas (policonsumo) y el efecto de múltiples drogas debe ser considerado en la evaluación de los efectos tanto en la salud materna como los teratogénicos.

Un artículo, publicado en la revista "Medicina Clínica" y escrito por Cristina Aguilera y Arguiñe Izarra⁵, miembros de la Fundación Catalana de Farmacología, alerta sobre los efectos que puede provocar el consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo.

Según las autoras, el patrón de consumo de estas sustancias se ha modificado a lo largo de los años. Por ejemplo, aunque la heroína era la sustancia más consumida en los '80 y '90, su consumo ha disminuido en los últimos años; sin embargo han aparecido otras, las denominadas drogas de síntesis. Por otro lado, según este artículo, "el tabaco y el alcohol siguen siendo las sustancias más consumidas; el cannabis y sus derivados lo son de las drogas ilegales, y entre la población juvenil ha aumentado el consumo de cocaína". Las autoras explican además que la proporción de madres consumidoras de drogas está aumentando, según los datos recogidos desde abril de 1976 hasta junio de 1996 por el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC). Añaden también que "estas madres son más jóvenes que las no consumidoras y tienen casi el doble de riesgo que su descendencia presente defectos

⁴ Echeverría J. "Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal". Anales de Pediatría. 2003; Vol 58 .Nº06 :519-522.

⁵ Aguilera, Cristina e Izarra, Arguiñe. "Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo". www. icf uab. es / consulta-preguntas.

congénitos, odds ratio(OR): 1,84". La evaluación del riesgo para cada sustancia en particular es difícil, dado que en muchas ocasiones se consume más de una droga y a menudo se asocian problemas sociosanitarios.

Según un estudio realizado en 2003 por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)⁶ casi el 3 por ciento de las mujeres embarazadas consume drogas ilícitas como marihuana, cocaína, éxtasis y otras anfetaminas, y heroína. Estas y otras drogas ilícitas pueden conllevar diferentes riesgos para el feto y la mujer embarazada. Algunas de ellas pueden hacer que el bebé nazca demasiado pequeño o que presente síndrome de abstinencia, defectos congénitos o problemas de aprendizaje o conducta. No obstante, dado que la mayoría de las mujeres embarazadas que consume drogas ilícitas también consume alcohol y tabaco (que también representan un riesgo para el feto), suele ser difícil determinar qué problemas de salud son causados por una droga ilícita específica.

La falta de datos y estudios epidemiológicos en nuestro país, y el conocimiento que tienen médicos neonatólogos y tocoginecólogos sobre la incidencia del uso y abuso de drogas en el embarazo, motiva esta investigación con el objeto de contar con datos fehacientes que posibiliten diseñar intervenciones fundamentadas.

Metodología

El Estudio Exploratorio se llevó a cabo durante los meses de Agosto y Septiembre de 2007, durante los días Lunes, Martes y Miércoles de cada semana, en el horario matutino, de 8.00 a 12.00 horas en los Consultorios Externos del Servicio de referencia.

Diseño, material y métodos:

El instrumento de medición utilizado, en este caso, fue una Encuesta de 97 preguntas, administrada en forma individual por las autoras del trabajo.

Contamos, además, con la colaboración de María Josefina Copes, Licenciada en Psicología e integrante del Equipo Profesional del Centro Carlos Gardel.

Se administraron en total 216 encuestas a las pacientes que concurren de manera regular al control pre-natal.

La respuesta de la población que asiste al Servicio fue muy buena, ya que casi no hubo personas que se negaron a realizar el Estudio.

⁶ www.drugabuse.gov/ResearchReports/Heroin/heroin4.html National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Heroin Abuse and Addiction. 21/10/02.

Es necesario remarcar que los profesionales de salud del Servicio han colaborado ampliamente facilitando el acercamiento de las pacientes a tales fines.

La administración de la encuesta se realizó cara a cara, en un área del Servicio que permitía crear un clima de privacidad para las pacientes, ya que los datos suministrados son de carácter muy personal.

La encuesta se elaboró en base a un cuestionario cuyas preguntas estaban preestablecidas, en el cual se anotaron las respuestas de las entrevistadas siguiendo un procedimiento de codificación predeterminado y que responden a las variables que se han definido en la propuesta de este Estudio.

La confección de la encuesta implicó un largo trabajo previo de evaluación de cada variable, con el fin de abarcar los temas que se deseaban investigar sin producir un exceso de los mismos y al mismo tiempo prestando atención, en su formulación de manera tal de minimizar el riesgo de que las entrevistadas proporcionen respuestas poco válidas o fiables.

Tomamos muy en cuenta lo expresado en el libro Observatorios Locales sobre Drogas, publicación del Proyecto "Incorporación de buenas Prácticas en las Políticas Locales de Drogadependencia" del programa UR-BAL, ...*"si se redactan las preguntas de forma que resulte difícil entender su significado, o si la comprensión de la pregunta requiere conocimientos que no están al alcance de la mayoría de los entrevistados (como cuando se pregunta sobre el uso de sustancias cuyo nombre no es identificado por una parte de la población), es muy probable que algunos sujetos sean incapaces de proporcionar una respuesta válida y fiable."*⁷

Además se brindó información a las entrevistadas sobre el objetivo del Estudio y para favorecer la colaboración se garantizó en forma convincente el tratamiento confidencial de los datos obtenidos.

Previamente se realizó una aplicación piloto del cuestionario en una pequeña muestra de población con el fin de corregir errores que pudieran pasar inadvertidos al diseñarlo.

En cuanto a los propósitos de este estudio, nos propusimos como **objetivo general:** explorar el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas que concurren al control pre-natal en el contexto hospitalario mencionado. Con relación a los **objetivos específicos:**

- 1: conocer los niveles de consumo de sustancias psicoactivas en esta población.
- 2: Asociar el consumo con condiciones sociales y otras ligadas al embarazo.
- 3- Conocer las percepciones que esta población tiene respecto del riesgo que ocasiona el consumo, y si esta condición provocó modificaciones en las conductas asociadas al consumo.

El cuestionario incluyó las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos de las pacientes
- Estructura Familiar

⁷ Suelves, Joseph M. y Colab. Observatorios Locales sobre Drogas (2004), Programa URBA1, Unión Europea, Frontera Editorial, Montevideo.

- Datos específicos sobre la gestación en curso
- Estado emocional con relación a la gestación.
- Prevalencia de consumo de vida, año y mes.
- Edad de inicio.
- Entorno de amigos y familiares.
- Factores protectores del embarazo
- Percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

Estudio exploratorio

1- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES

Promedio de edad: 26.15

Desvío: 6.0

Cuadro 1: Nacionalidad de las pacientes

	Casos	%
Argentina	114	52,8
Perú	33	15,3
Bolivia	24	11,1
Paraguay	41	19
Otros	4	1,9
Total	216	100

Más de la mitad de la Población encuestada es de nacionalidad argentina 52,8 %, el 19 % es de nacionalidad paraguaya, el 15,3% es de nacionalidad peruana y el 11,1% de nacionalidad boliviana.

Cuadro 2: Edad de las pacientes, en años cumplidos

	Casos	%	% acumulad o
15 a 19	25	11.6	11.6
20 a 24	73	33.8	45.4
25 a 29	63	29.2	74.5
30 a 34	26	12.0	86.6
35 a 39	25	11.6	98.1
40 y más	4	1.9	100
Total	216	100	

El 74,5% no llega a alcanzar los 30 años de edad, el mayor porcentaje corresponde a la franja etaria entre 20 y 24 años (el 63%)

Cuadro 3: Lugar de residencia de las pacientes

	Casos	%
Área Programática	81	37,5
Capital Federal	45	20,8
Provincia de Bs As	88	40,7
Interior del país	1	0,5
Extranjero	1	0,5
Total	216	100

Si bien el 58,3 % reside en la Capital Federal, el 37 %, pertenece al Área Programática del Hospital Ramos Mejía. El 40,7 % reside en la Provincia de Buenos Aires. Esto nos muestra que el 61,5% proviene del área de influencia del hospital.

Cuadro 4: Nivel educativo de las pacientes

	Casos	%	% acumulado
Sin instrucción	1	0,5	0,5
Primaria incompleta	8	3,7	4,2
Primaria completa	49	22,7	26,9
Secundaria incompleta	59	27,3	54,2
Secundaria completa	73	33,8	88,0
Terciario/Univer sitario	26	12,0	100
Total	216	100	

El 54,2 % no llega a completar la educación secundaria, sólo el 33,8 % la completó y el 12 % tiene estudios universitario y /o terciario.

Cuadro: Nivel educativo de las pacientes según grupos de edad

	Grupos de edad						
	15- 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 o más	
Sin instrucción			1.6				100 (N=1)
Primaria incompleta	4.0	2.7	1.6	3.8	12.0		100 (N=8)
Primaria completa	20.0	23.3	19.0	19.2	28.0	75.0	100 (N=49)
Secundaria incompleta	60.0	24.7	25.4	19.2	20.0		100 (N=59)
Secundaria completa	16.0	34.2	38.1	50.0	24.0	25.0	100 (N=73)
Terciario/Univer sitario		15.1	14.3	7.7	16.0		100 (N=26)

La mayor proporción de mujeres que no llegaron a finalizar el nivel secundario se encuentra entre los 20 y 29 años (50,1 %), dentro de este mismo rango el 72,3 % lo completó.

Cuadro 5: Situación conyugal de las pacientes

	Casos	%
Soltera	14	6,5
Casada	34	15,7
Divorciada	1	0,5
Separada	2	0,9
Unión libre	164	75,9
Viuda	1	0,5
Total	216	100

El 91,6 % está en pareja (75,9% en unión libre y 1,7 % casada). Sólo el 6,5 % son solteras.

Cuadro 6: Situación laboral de las pacientes

	Casos	%
Estudiante	13	6,1
Trabaja tiempo completo	41	19,2
Trabaja tiempo parcial	36	16,8
Ama de casa	101	47,2
No trabaja	23	10,7
Total	214	100

* 2 sin información

El 47,2 % es ama de casa y el 36% son económicamente activas, entre ellas el 19,2% trabaja a tiempo completo.

Cuadro7: Situación laboral según nivel educativo de las pacientes

	Situación laboral				
	Estudia nte	Trabaja tiempo complet o	Trabaj a tiemp o parcia l	Ama de casa	No trabaja
Sin instrucción			2.8		
Primaria incompleta			5.6	5.0	4.3
Primaria completa		17.1	27.8	27.7	17.4
Secundaria incompleta	23.1	29.3	19.4	28.7	34.8
Secundaria completa	15.4	46.3	25.0	33.7	30.4
Terciario/Univer sitario	61.5	7.3	19.4	5.0	13.0
Total	100 (N=13)	100 (N=41)	100 (N=36)	100 (N=101)	100 (N=23)

Se observa que las mujeres que trabajan a tiempo parcial son aquellas que poseen mayor nivel educativo: el 19.4% tienen estudios superiores al nivel secundario, en tanto las mujeres que trabajan a tiempo completo, casi la mitad de ellas tienen secundaria completa, y el 46.4% posee niveles de educación inferiores. Respecto de las amas de casa, estas se distribuyen homogéneamente entre las categorías que van de primaria completa a secundaria completa, siendo que solo un 5% posee estudios mayores al secundario.

Cuadro 8: Estructura familiar actual de las pacientes

	Casos	%
Solas	42	19,4
Solo con la pareja	98	45,4
Pareja e hijos	71	32,9
Otra organización familiar	5	2,3
Total	216	100,0

Al menos el 78.3% de las mujeres encuestadas convive con su pareja, y entre ellas, el 32.9% también vive con sus hijos. Del total de pacientes, el 19.4% viven solas.

2- DATOS REFERIDOS AL EMBARAZO

Cuadro 9: Período de gestación de las pacientes al momento de la consulta

	Casos	%	% acumulado
1	3	1,4	1,4
2	12	5,6	6,9
3	18	8,3	15,3
4	22	10,2	25,5
5	25	11,6	37,0
6	28	13	50,0
7	32	14,8	64,8
8	47	21,8	86,6
9	29	13,4	100
Total	216	100	

A medida que progresa la gestación aumenta la frecuencia de las pacientes que consultan, alcanzando al octavo mes el 86,6 %.

Cuadro 10: Período de la gestación al momento del diagnóstico del embarazo

	Casos	%	% acumulado
primer trimestre	206	95,4	95,4
segundo trimestre	10	4,6	100
Total	216	100	

El 95,4 % realizó el diagnóstico de embarazo durante el primer trimestre

Cuadro 11: Distribución de las pacientes según si el embarazo fue deseado o no

	Casos	%
Embarazo deseado	108	50,2
Embarazo no deseado	107	49,8
Total	215	100

*1 caso sin información

La mitad de la Población encuestada manifiesta haber deseado el embarazo, en tanto la otra mitad manifiesta no haberlo deseando.

Cuadro 12- Motivo del embarazo de las pacientes

	Casos	%
falla anticoncepción	36	32,7
relación sin cuidado	74	67,3
Total	110	100

* 106 casos sin información

Del cuadro anterior se desprende que el 49.8% de las pacientes no buscó quedar embarazada. Entre los motivos, el 67,3 % de ellas declaró que el embarazo se debió a una relación sin cuidado y el 32,7 % a falla en la utilización del método anticonceptivo.

Cuadro 13: embarazo deseado según grupos de edad

	Embarazo deseado	Embarazo o no deseado
15 a 19	11.1	12.1
20 a 24	33.3	34.6
25 a 29	36.1	21.5
30 a 34	8.3	15.9
35 a 39	9.3	14.0
40 y más	1.9	1.9
Total	100 (N=108)	100 (N=107)

No se observan diferencias significativas en la distribución por edad entre las mujeres que buscaron el embarazo y las que no lo hicieron, aunque estas últimas tienen mayores porcentajes en los 30 y 39 años que las que manifestaron desear su embarazo, que son relativamente más jóvenes.

Cuadro 14: Estado emocional de las pacientes respecto del embarazo

	Casos	%
Aceptación	162	75.3
angustia	20	9.3
ansiedad	33	15.3
Total	215	100

* 1 caso sin información

El 75.3% de las mujeres embarazadas declaran haber aceptado el embarazo, en tanto solo el 9.3% manifestó sentir angustia ante la situación.

Cuadro 15- Modos de resolver Estado emocional

	si	no
Con amigos	30.3 (N=47)	69.7 (N=108)
Con la familia	54.8 (N=85)	45.2 (N=70)
Comiendo	9.0 (N=14)	91.0 (N=141)
Mirando TV	18.7(N=29)	81.3 (N=126)
Consumiendo sustancias	1.3 (N=2)	98.7 (N=153)
Con medicamentos	2.6 (N=4)	97.4 (N=151)
Otros	28.6 (N=44)	71.4 (N=110)

(*61 casos sin información)

Más de la mitad, el 54,8 %, establece vínculos emocionales con los miembros del contexto familiar; el 30,3 % con los amigos; el 18,7 % mirando TV. Solo el 3.9 % trata de resolver el estado emocional displacentero consumiendo sustancias o medicamentos sin prescripción médica.

3 - PREVALENCIA DE VIDA

Cuadro 16: Porcentaje de pacientes según sustancias consumidas alguna vez en la vida. (Cada sustancia sobre el total de pacientes)

Sustancias	Casos	%
Alcohol	162	75.0
Tabaco	90	41.6
Marihuana	13	6.0
Solventes	2	0.9
Cocaínas	3	1.4
Pasta base	1	0.4
Éxtasis	1	0.4
Antidepresivos	2	0.9
Anfetaminas	1	0.4

Los mayores porcentajes corresponden al consumo de sustancias lícitas: el 75% declaró haber consumido alcohol alguna vez en su vida en tanto el 41.6% manifestó haber consumido tabaco.

Respecto de las sustancias ilícitas, solo 22 pacientes declararon su uso, lo cual representa un 10.4% de la población encuestada.

Cuadro 17- Distribución de los pacientes por edad de inicio del consumo

	alcohol	tabaco	marihuana
Hasta 14	9.3	24.4	7.7
15-19	71.0	61.1	76.9
20-24	16.0	12.2	7.7
25-29	1.9	2.2	7.7
30-34	1.2		
35-39			
40 o más	0.6		
Total	100 (N=162)	100 (N=90)	100 (N=13)

Los mayores porcentajes de edad de inicio se observan entre los 15 y 19 años para el consumo de alcohol, tabaco y marihuana siendo de 71 %, 61,1 % y 76,9 % respectivamente.

Cuadro 18: Indicadores estadísticos de edad de inicio para pacientes con consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida

	Promedio	Mediana	Modo	Desvío estándar
Alcohol	17.5	17	18	3.33
Tabaco	16.4	16	15	3.19

En promedio, las pacientes que declararon consumo de alcohol lo hicieron a los 17 años y medio por primera vez, en tanto consumieron tabaco a una edad de inicio promedio de 16.4 años.

4- PREVALENCIA DE AÑO

Cuadro 19: Porcentaje de pacientes según sustancias consumidas alguna vez en el último año. (Cada sustancia sobre el total de pacientes)

Sustancias	Casos	%
Alcohol	120	55.6
Tabaco	56	25.9
Marihuana	5	2.3
Solventes	1	0.4
Antidepresivos	2	0.9

Más de la mitad de las pacientes (55,6 %) consumió alcohol el último año, la cuarta parte (25,9 %) tabaco, y el 3,6 % marihuana, solventes y antidepresivos.

Cuadro 20: Frecuencia de uso en el último año

	Una vez	Algunas Veces	Diariamente	No consume	Total
Alcohol	4.3	62.3	7.4	25.9	100 (N=162)
Tabaco		33.3	32.1	34.5	100 (N=84)

Con respecto al alcohol el 62,3 % declaró haberlo consumido algunas veces, pero el 25,9 % no lo ha consumido en el último año. La frecuencia de uso del tabaco es similar en las distintas categorías de frecuencia de uso: entre el 32 y el 34.5 %.

Sin embargo el uso ocasional de alcohol duplica al del tabaco, y el uso diario de tabaco es cuatro veces mayor al del alcohol.

5- PREVALENCIA DE MES

Cuadro 21: Porcentaje de pacientes según sustancias consumidas alguna vez en el último mes. (Cada sustancia sobre el total de pacientes)

Sustancias	Casos	%
Alcohol	25	15.4
Tabaco	18	8.3

El 15,4 % de las pacientes consumió alcohol durante los últimos 30 días , en tanto el 8.3 % consumió tabaco en el mismo período de tiempo

Cuadro 22: frecuencia de uso de las sustancias lícitas en el último mes

	Un día	Algunos días	Diariamente	No consumió	Total
Alcohol	1.2	13.6	0.6	84.6	100 (N=162)
Tabaco		15.3	4.7	80.0	100 (N=87)

Dentro del conjunto de mujeres que declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida (162 casos), el 84.6% no lo hizo durante los últimos 30 días en tanto el 13.6% consumió algunos días bebidas alcohólicas en ese mismo período de tiempo. Estas proporciones son similares a las que se manejan para las mujeres que declararon consumo de vida de tabaco, aunque estas son solo 87 pacientes.

Cuadro 23: Consumo de alcohol en los últimos 30 días según momento de la gestación

	Período de gestación		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Un día	3.6	1.9	
Algunos días	14.3	14.8	12.5
Diariamente	3.6		
No consumió	78.6	83.3	87.5
Total	100 (N=28)	100 (N=54)	100 (N=80)

Dentro del total de mujeres que declararon haber consumido alcohol en los últimos 30 días, las que lo hicieron algunos días las proporciones son similares en los tres trimestres alrededor del 14%. Las pacientes que declararon consumo diario se encuentran en el primer trimestre de gestación, aunque son el 3.6 % de ellas.

Cuadro 24: Consumo de tabaco en los últimos 30 días según momento de la gestación

	Período de gestación		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Un día			2.3
Algunos días	6.2	22.2	13.6
Diariamente	6.2	7.4	2.3
No consumió	87.5	70.4	81.8
Total	100 (N=16)	100 (N=27)	100 (N=44)

Del total de mujeres que declararon haber consumido tabaco durante los últimos 30 días, entre las que se encuentran en el segundo trimestre de la gestación el 22.2 % declaró consumir tabaco algunos días en el mes y el 7.2 % a diario.

Entre aquellas que están en el primer trimestre y el tercero los niveles de consumo son un tanto más bajos.

ENTORNO FAMILIAR Y PERCEPCION DE RIESGO

Cuadro 25: Relación con el tóxico

	Casos	%	%acumulado
Uso	170	98.2	98.2
Abuso	2	1,2	99.4
Dependencia	1	0,6	100
Total	173	100	
Sin datos	43		
Total	216		

*43 casos sin información

El 98,2 % hizo uso de la sustancia consumida.

Para incluir a las pacientes en alguna de las categorías se definió previamente cada una de las mismas.

Uso: cuando el consumo es infrecuente e irregular en ocasiones especiales (fiestas etc.) o cuando se da la oportunidad. El mismo no supone consecuencias negativas para el que la consume.

Abuso: el consumo sigue un patrón predecible tanto infrecuente como frecuente, con fines distintos a los establecidos. El mismo produce consecuencias negativas.

Dependencia: el consumo es regular y frecuente, siente que el consumo está fuera de su control. Se sigue consumiendo a pesar de sus consecuencias negativas.

Cuadro 26: Familiar o amigo que consume drogas

	Casos	%
ninguno	159	74.0
uno	21	9,8
dos o más	35	16,3
Total	215	100

* 1 caso sin información

El 74 % no tiene familiar o amigo que consuma drogas.

Cuadro 27: Amigo o familiar que se emborracha

	Frecue ncia	%
ninguno	99	46,5
uno	63	29,6
dos o más	51	23,9
Total	213	100

* 3 casos sin información

El 53,5 % tiene uno ó más amigo o familiar que se emborracha.

Cuadro 28: Desde que estás embarazada...

24. Desde que sabés que estás embarazada...	SI	NO	Total
Tratás de estar mejor (comer bien, dormir más, etc)	88.9	11.1	100
Evitás tomar alcohol	93.5	6.5	100
Evitás fumar	95.4	4.6	100
Evitás estar cerca de gente que fuma	83.3	16.7	100
Evitás hacer esfuerzos físicos	86.1	13.9	100
Evitás consumir remedios sin indicación médica, Como antibióticos, analgésicos, etc	96.3	3.7	100

Un alto porcentaje, más del 80 % evita la exposición a los factores de riesgo para el embarazo (ingesta de alcohol, fumar, realizar esfuerzos físicos, consumir medicamentos sin prescripción médica).

Cuadro 29: Percepción de riesgo

	Percepción de riesgo				
	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Fuma cigarrillos alguna vez	3.7	36.1	17.6	35.6	6.9
Fuma cigarrillos frecuentemente		5.6	17.2	73.0	4.2
Toma bebidas alcohólicas alguna vez	6.0	42.1	18.5	28.7	4.6
Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	0.5	3.7	14.0	78.1	3.7
Se emborracha con bebidas alcohólicas		0.5	0.9	93.5	5.1
Toma tranquilizantes alguna vez	0.5	13.0	12.5	52.3	21.8
Toma tranquilizantes frecuentemente		3.2	8.8	64.4	23.6
Toma estimulantes alguna vez	0.5	5.6	9.3	46.3	38.4
Toma estimulantes frecuentemente		2.3	7.4	51.4	38.9
Toma antidepresivos alguna vez	0.9	7.9	11.1	53.2	26.9
Toma antidepresivos frecuentemente	0.5	1.9	8.8	62.8	26.0
Aspira inhalables alguna vez	0.5	1.4	5.6	68.5	24.1
Aspira inhalables frecuentemente	0.5	0.9	3.7	73.6	21.3
Fuma marihuana alguna vez	1.9	2.8	3.7	77.3	14.4
Fuma marihuana frecuentemente	0.9		2.3	83.3	13.4
Consume cocaína alguna vez	0.5	2.3	1.9	82.8	12.6
Consume cocaína frecuentemente			1.9	85.6	12.6
Consume pasta base o paco alguna vez	0.5	0.5		81.0	18.1
Consume pasta base o paco frecuentemente				81.0	19.0
Consume éxtasis alguna vez	0.5	0.9	0.5	64.4	33.8
Consume éxtasis frecuentemente				62.5	37.5
Consume anfetaminas/ Eta alguna vez	0.5	1.9	1.4	51.4	44.9
Consume anfetaminas/ Eta frecuentemente		1.4	0.9	52.8	44.9

La percepción del riesgo es subjetiva puesto que resulta de la interacción dinámica de distintos factores: personales(autoestima, estilo de vida); familiares(actitudes y modelos de conducta paternos, lazos afectivos); culturales; psicosociales etc.

Con respecto al consumo de sustancias lícitas, más del 70% de las pacientes perciben de gran riesgo cuando el consumo es frecuente o abundante; en tanto el 42% percibe un riesgo leve el consumo esporádico de alcohol. Sin embargo la mayor percepción de riesgo en esta población tiene que ver con la posibilidad de consumir alcohol hasta emborracharse, observándose que el

93,5 % de las mujeres encuestadas identifican esta situación como de gran riesgo.

Respecto al consumo de tranquilizantes , estimulantes y antidepresivos si bien entre el 50 %y 60%% lo percibe como de gran riesgo, entre el 2 5% y el 30 % ignora los efectos porque desconoce las sustancias

Lo mismo ocurre con la marihuana, cocaína y pasta base percibidas como de gran riesgo entre el 75% y el 85 % , pero entre el 15 % y el 20% desconoce el riesgo .Con las drogas de síntesis entre el 50% y el 60% lo percibe como de gran riesgo pero casi el 50 % desconoce los efectos de las anfetaminas.

Conclusiones:

Del total de la población encuestada, más del 50% son de nacionalidad Argentina, tienen entre 20 y 29 años de edad, residen en la Capital Federal y tienen un nivel de educación media incompleta.

Más del 90% está en pareja. Casi el 80% convive con su pareja y de ellas aproximadamente un tercio del total también con sus hijos.

El 95,4% de las mujeres diagnosticaron su embarazo precozmente (primer trimestre) y, si bien la mitad de las encuestadas no lo buscó, realizaron controles prenatales frecuentes. Poco menos del 10% de las mismas manifestó sentir angustia ante esta situación, por lo que el 54,8 % recurre a la familia para tratar de resolver el estado emocional displacentero; sólo el 3,9,% consume sustancias o medicamentos sin prescripción médica.

La mayoría declaró haber consumido alcohol (162 casos), y tabaco (87 casos) alguna vez en la vida; la edad promedio de inicio para el consumo de alcohol fue de 17 años y medio , y de tabaco fue de 16,4 años. Sólo el 10,4 % declaró el consumo de sustancias ilícitas.

Durante el último año más de la mitad consumió alcohol, la cuarta parte tabaco y, sólo el 3,6,% marihuana, solventes y antidepresivos. El uso ocasional del alcohol duplicó al del tabaco y el uso diario del tabaco fue cuatro veces mayor al del alcohol.

Sin embargo durante el último mes más del 80 % dejó de consumir alcohol y tabaco. Del total que declararon haber consumido alcohol no lo hicieron diariamente durante los dos últimos trimestres, sin embargo cerca del 15 % consumió algunas veces durante todo el embarazo, mientras que las que declararon haber consumido tabaco, entre el 15% y el 20 % lo hizo algunas veces.

Vinculado al tipo de relación con la sustancia psicoactiva (uso, abuso o dependencia)⁸, el 98,2 % de las mujeres hizo uso de la sustancia consumida.

Esta forma de consumo puede estar relacionada con:

⁸ Al respecto puede consultarse el DSM-IV o el CIE-10 para diferenciar patrones de consumo.

- El entorno familiar y / social de las mujeres (el 74% declaró no tener familiar o amigos que consuma drogas ilícitas y el 46,5 % declaró no tener familiar o amigos que se emborracha).
- Factores socioculturales y educacionales (más del 80 % evita exponerse a factores de riesgo -fumar, beber alcohol, consumir medicamentos sin prescripción médica-)
- Con la percepción del riesgo a las diferentes sustancias (más del 70 % considera de gran riesgo el consumo de alcohol, cigarrillos, marihuana, cocaína, pasta base o drogas de síntesis si este se realiza frecuentemente.

De las conclusiones de este estudio se constata que la población encuestada está conformada por una gran mayoría de mujeres que tiene contacto con el sistema de salud, que realiza los controles de su gestación y que se ocupa del cuidado de su salud.

COMENTARIO

Se deberían implementar estrategias de educación preventiva con las mujeres embarazadas que les informe acerca de los riesgos de beber alcohol durante la gestación, ya que se ha relacionado claramente con diversas anomalías en la descendencia que pueden ser de grado leve a grave. No se comprobó que haya ningún nivel de consumo que se considere seguro o inocuo durante el embarazo.

Lo mismo ocurre con el consumo de tabaco por los efectos adversos que producen la nicotina y el monóxido de carbono en el crecimiento fetal, aumentando las probabilidades de partos prematuros, bajo peso para la edad gestacional y las múltiples consecuencias a mediano y largo plazo.

En los comienzos del siglo XXI nos encontramos en un momento en el que si bien la sociedad ha incorporado el concepto de bienestar para la embarazada, que comprende la diada materno-fetal, existen segmentos sociales que no logran conseguir este bienestar, y es precisamente hacia esta población donde deben orientarse los esfuerzos de las intervenciones sanitarias y sociales. La repercusión en el niño del uso de drogas -lícitas e ilícitas- durante el embarazo implica una diversidad de consecuencias biopsicosociales

Es necesario formar equipos profesionales preparados para este tipo de problemas sanitarios y sociales que deben estar articulados con las redes de atención primaria y con la red de adicciones. Estos equipos deben contar con espacios de reflexión, debate e intercambio de experiencias. Para ello es menester decorrer el velo que cubre este problema y que en general se silencia.