

## USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL EMBARAZO Y CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS SOBRE EL FETO EN PUÉRPERAS RECIENTES

PREVALENCE OF USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN PREGNANCY AND KNOWLEDGE OF THE EFFECTS ON THE FETUS POSTPARTUM

### RESUMEN

**Introducción:** Hay escasos registros en Chile del conocimiento de las mujeres sobre el efecto del uso de sustancias psicoactivas (USP) y la posible abstinencia en el embarazo. El presente estudio exploró datos biodemográficos, prevalencia de consumo, y la relación entre el conocimiento que ellas tienen sobre el efecto de estas sustancias sobre el feto, la abstinencia y la salud mental.

**Método:** Se aplicó un cuestionario a 264 puérperas, registrando el USP, los meses de embarazo de consumo, datos biodemográficos, medidas del recién nacido (RN) y un cuestionario GHQ-12. Se las entrevistó sobre el conocimiento que tenían de los efectos del USP sobre el feto.

**Resultados:** El cigarrillo fue la sustancia más utilizada (prevalencia de 11,3% de uso hasta el noveno mes). Los RN de fumadoras de más de 800 cigarrillos totales en el embarazo tuvieron un peso significativamente menor. Solo el consumo de alcohol fue menor entre quienes reconocían sus efectos sobre el feto ( $t$ -test = 2,126;  $p$  = 0,037). Solo se encontró diferencias en el GHQ-12 en las mujeres que habían consumido cocaína (total) antes del embarazo comparadas con el resto. Ninguna otra variable tuvo un impacto sobre el GHQ-12.

**Discusión:** El conocimiento sobre el efecto del USP sobre el feto no parece tener un gran impacto sobre la decisión de abstinencia. Es preocupante que esta carencia de asociación se dé sobre todo con los cigarrillos, que es la sustancia más consumida y la única que parece asociarse con un bajo peso del RN.

**Palabras clave:** uso de sustancias, embarazo, conocimiento efectos del uso, peso del recién nacido.

### ABSTRACT

**Background:** There is a scarcity of records in Chile concerning pregnant women's knowledge of the effect of psychoactive substance use (PSU) and

JUAN PÉREZ-FRANCO  
SYLVIA RAFFO

Departamento de Psiquiatría  
y Salud Mental Sur  
Universidad de Chile  
Santiago, Chile

jperez@med.uchile.cl

Recibido 29 de julio 2014; aceptado 11 de noviembre 2014

*its impact on abstinence and on the neonate. The present work explored biodemographic data, prevalence of substance use, and the relationship between women's knowledge about effects on the foetus, abstinence and mental health.*

**Method:** 264 postpartum women were asked to fill a questionnaire recording PSU, biodemographic data, newborn outcome measures, and included the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12). Interviews were conducted to determine the level of knowledge concerning the effects of psychoactive substances on the foetus.

**Results:** Cigarettes were the most used substance (11.3% of prevalence at the 9<sup>th</sup> month). Newborns of smokers who smoked more than 800 cigarettes during pregnancy had a significant lower birth weight. Only alcohol use was reduced in women knowledgeable of its effects on the foetus ( $t$ -test = 2.126,  $p$ -value = 0.037). GHQ-12 results were different only amongst women that had used cocaine prior to the pregnancy.

**Discussion:** Knowledge of the effects of PSU on the foetus did not impact the decision to abstain from use. It is worrying that this lack of relationship was particularly notable for cigarettes, the most used substance, and the only substance associated with low birth weight.

**Keywords:** substance use, pregnancy, knowing of the effects of use, newborn weight.

## INTRODUCCIÓN

Es conocido el efecto que tiene el uso de sustancias psicoactivas (USP) por las madres sobre el feto<sup>1,2,3</sup>, principalmente sobre su desarrollo pondoestatural, pero también sobre su desarrollo psicosocial e, incluso, sobre el desarrollo de niños mayores y adolescentes<sup>4,5</sup>. Aun cuando existe un debate sobre el impacto del USP sobre el feto, y muchos estudios presentan resultados contradictorios,<sup>6</sup> parece prudente aconsejar la abstinencia de cualquier sustancia psicotrópica no medicinal durante el embarazo.

En Chile, los estudios de prevalencia de USP en embarazadas tienen metodologías disímiles, lo que, si bien entrega valiosa información sobre el tema, no permite tener una estimación general del problema. Aros et al.<sup>7</sup> en un consultorio de Maipú identificaron un consumo de alcohol en embarazadas sobre 48 g/d (sin importar la frecuencia) de un 3,7%. Mallol y cols.<sup>8</sup> identificaron un 28% de prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en el Hospital El Pino, de la zona sur de Santiago, aunque la definición de "tabaquismo" es amplia (las mujeres que fumaron durante el embarazo, independientemente de la cantidad y la frecuencia). Este grupo no logró identi-

ficar alguna asociación entre consumo de cigarrillos durante el embarazo y el peso del recién nacido (RN). Mena et al.<sup>9</sup> estimaron en un 19% y 2,2% la tasa de consumo de alcohol en dos consultorios de la zona sur de Santiago, y 44,2% en otro trabajo realizado en el consultorio La Bandera<sup>10</sup>, también de la zona sur de Santiago. Rosas y González<sup>11</sup> encontraron un 40% de prevalencia de consumo de alcohol y 26% de consumo de tabaco en embarazadas en control en dos consultorios de atención primaria. Kimelman et al.<sup>12</sup> comunican una prevalencia de consumo de pasta base de cocaína de un 0,66% en embarazadas hospitalizadas en la maternidad del Complejo Hospitalario Barros Luco (CHBL), y también identifican algunas variables biosociales de las embarazadas que consumen.

Por otra parte, se han identificado diversas variables psicosociales que podrían caracterizar a las consumidoras problema. Aros et al.<sup>7</sup> identifican elementos útiles para la pesquisa precoz de consumo de alcohol en embarazadas, entre ellas el admitir que se consume en grandes cantidades, tener baja autoestima, malas relaciones de pareja y con los vecinos, problemas judiciales, trastornos del apetito y del sueño. Rosas y González<sup>11</sup> registraron un alto porcentaje de mujeres embarazadas

que tienen conciencia de los riesgos del consumo de alcohol para el feto, lo que no impide que algunas de ellas consuman. Chang et al.<sup>13</sup> en Estados Unidos observaron que el conocimiento de los riesgos para el embarazo del uso de alcohol no es un buen predictor del uso durante éste, pero sí lo es el consumo previo. Doz et al.<sup>14</sup> en España observan que un factor que aumenta el riesgo de seguir fumando durante el embarazo es la incredulidad de que esta conducta pudiera afectar al feto. Kaup et al.<sup>15</sup> en Brasil observaron que la mayoría de las mujeres embarazadas tiene conciencia del riesgo que conlleva el consumo de alcohol para el feto, y sin embargo una proporción significativa de este grupo lo consume durante el embarazo. Por otro lado, Alvik et al.<sup>16</sup> en Noruega registraron que el principal motivo para controlar el uso de alcohol durante el embarazo es el temor por el bienestar del feto.

En suma, la prevalencia de consumo de psicotrópicos en embarazadas en Chile ha mostrado un amplio rango de tasas en los distintos estudios que han abordado el tema, debido a las diversas definiciones de “consumo” que se han utilizado, y se han identificado una serie de variables psicosociales que podrían asociarse al consumo abusivo de sustancias.

En este contexto se planificó un estudio exploratorio y descriptivo para establecer la prevalencia e intensidad del consumo de psicotrópicos durante el embarazo, así como las características biopsicosociales de las usuarias en una muestra de mujeres hospitalizadas en sala de puerperio del CHBL. Un énfasis especial se colocó en registrar el conocimiento acerca de los efectos del uso de sustancias sobre el feto, y cómo este conocimiento pudiera incidir sobre el consumo durante el embarazo.

## MÉTODO

El trabajo se realizó en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Barros Luco (CHBL) y fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Se entrevistó a puerperas entre 1 y 2 días que firmaron un consentimiento informado para responder

el cuestionario. El cuestionario fue aplicado por entrevistadores (alumnos de medicina y los propios investigadores), garantizando a las mujeres la confidencialidad de las respuestas. El cuestionario incluyó edad, escolaridad, estado civil, previsión de salud, condición de cohabitación, condición laboral, historia obstétrica, relación de pareja durante el embarazo, existencia de consejería por los profesionales, consumo de diversas sustancias durante el año anterior y durante el embarazo (cantidad por ocasión, frecuencia mensual, tiempo de uso previo). Las unidades de medida de las sustancias fueron: alcohol, tragos estandarizados (12 g de alcohol puro); cigarrillos, unidades; pasta base de cocaína (PBC), “papelinás” (envoltorio que contiene aproximadamente 1 g de la sustancia); cocaína, gramos; tranquilizantes, unidades (“pastillas”). La entrevista se iniciaba con diálogo social y preguntas sobre el consumo de café y té. Se registraron las medidas del RN (peso, talla, circunferencia craneana). Se realizaron preguntas abiertas acerca del conocimiento del efecto de las diferentes sustancias sobre el feto. Las respuestas fueron luego codificadas. Finalmente, las mujeres contestaron las preguntas del cuestionario GHQ-12 (*General Health Questionnaire*, versión 12 preguntas). La encuesta misma se realizó en las mejores condiciones de privacidad para las respondientes. Se eligieron mujeres que no tuvieran vecinas de cama, y cuando las había, se les invitó a responder en una habitación separada, sin testigos.

Para una media de 4 mil partos anuales se calculó un tamaño muestral de 193 mujeres con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 3%, asumiendo un alto rechazo debido al consentimiento informado, por lo que se consideró una muestra total de 270 mujeres para minimizar las pérdidas. Se solicitaron al Servicio Nacional de Drogas y Alcoholismo (SENDA, ex CONACE) las cifras de prevalencia de consumo de sustancias entre las mujeres entre 18 y 45 años (que se aproximan a la edad fértil), que sirvieron para comparar las encontradas en el trabajo actual. La muestra fue elegida por conveniencia, seleccionando a

las primeras mujeres que cumplían los requisitos de haber firmado el consentimiento, que no tuvieran vecinas de cama, sin visitas familiares ni profesionales en sus actividades cotidianas. Si esto no era posible, se invitaba a la mujer seleccionada a conversar a una habitación separada. Hemos presumido que la población es suficientemente homogénea como para que esta técnica pueda generar una muestra representativa.

Los resultados estadísticos se calcularon con la ayuda de la plataforma R.

## RESULTADOS

Se entrevistó a 270 mujeres a lo largo del año 2009. De ellas, seis se negaron a participar en la encuesta. Tanto sus datos biodemográficos como los de los RN son similares al resto de las mujeres, aunque una de ellas estaba bajo control especial por sospecha de consumo de PBC, detectado durante los controles de embarazo. La edad de las mujeres varió entre 14 y 42 años, con una media de 26,1 (DS 6,8). Un 6,1% tenía menos de 18 años (Tabla 1).

El 75% tenía educación media, sea completa o incompleta, y otro 15,5% tenía educación básica. Un 9,4% logró educación pos-secundaria, técnica o universitaria, y una de ellas había logrado una educación universitaria completa. Aun así, la mayor parte dependía del apoyo financiero de sus parejas (59,1%) o de sus familias (17,8%). Solo el 18,9% dependía de sus propios ingresos (Tabla 1).

Un dato interesante es que el aumento de educación formal no representa un aumento de la independencia financiera. No existe diferencia entre mujeres con educación superior y aquellas con educación media o básica en cuanto a la dependencia financiera (ji cuadrado = 4,23; p-value = 0,295).

Durante el embarazo la mayor parte de las mujeres tenía una relación de convivencia (52,3%) o era casada (18,9%). Además, otro 18,9% tenía una relación de noviazgo (“pololeo”). El 9,1% de las mujeres no tenía pareja durante el embarazo (Tabla 1).

El 39% era primípara. El 58,8% de los embarazos fue casual. Las mujeres casadas

tuvieron la mayor proporción de embarazos planificados (66%), seguidos por las mujeres convivientes (44,9%). En el otro extremo, las mujeres que pololean tuvieron un 18,0% de embarazo planificado y finalmente las que no tienen pareja solo lo planificaron en un 16,7% (Tabla 2). No hubo diferencias de edad entre las categorías de elección del embarazo (t-test no significativo).

Suponiendo que son condiciones que podrían provocar alguna tensión psíquica en las

**Tabla 1. Principales variables demográficas. Mujeres puérperas. CHBL. n = 264**

	Media	DE
Edad (años)	26.13	6.8
Edad (frecuencias)	n	%
<18 años	16	6,1
18 a 25 años	121	45,8
26 a 35 años	92	34,8
> 35 años	35	13,3
Escolaridad	n	%
Básica	41	15,5
Media	198	75
Técnica	12	4,5
Universitaria	13	4,9
Total	264	100
Actividad		
Dueña de casa (+ trabajo en su casa)	25	9,5
Dueña de casa	119	45,1
Trabajadora dependiente	61	23,1
Trabajadora independiente	10	3,8
Trabajadora informal	12	4,6
Estudiante	27	10,2
Otra	10	3,8
Fuente principal de ingresos		
Trabajo propio	50	18,9
Pareja	156	59,1
Trabajo propio + pareja o familia	6	2,3
Familia	47	17,8
Subsidio	3	1,1
Sin datos	2	0,8
Relación de pareja durante el embarazo		
Casada	50	18,9
Conviviente	138	52,3
Pololeo	50	18,9
Sin pareja	24	9,1
Sin datos	2	0,8

**Tabla 2. Elección del embarazo y tipo de relación de pareja. Puérperas del CHBL.**

Tipo relación pareja	Elección del embarazo		planificado	%	Total	%
	casual	%				
Casada	17	34,0	33	66,0	50	100
Conviviente	76	55,1	62	44,9	138	100
Pololeo	41	82,0	9	18,0	50	100
Sin pareja	20	83,3	4	16,7	24	100
Total	154	58,8	108	41,2	262	100

**Tabla 3. Consumo de sustancias previo al embarazo. Puérperas del CBHL.**

Consumo de alcohol previo *	n	%
No consume	109	41,29
Sí consume	155	58,71
< 0,5 tragos/d	135	51,14
0,5 –1 tragos/d	11	4,17
>1 –2 tragos/d	7	2,65
>2 tragos/d	2	0,76
* Consumo medido en tragos. 1 trago/d: 15 ml o 12 g de alcohol puro al día		
Consumo de cigarrillos previo **	n	%
No consume	114	43,18
Sí consume	150	56,82
>0 - <1 u/d	33	12,5
1 –5 u/d	69	26,14
>5 –10 u/d	27	10,23
>10 u/d	21	7,95
** Medido en unidades diarias		
Consumo de marihuana previo ***	n	%
No consume	246	93,18
Sí consume	18	6,82
Hasta 0,5 pitos/d	14	5,3
Más de 0,5 pitos/d	4	1,5
*** Medido en pitos		
Consumo de cocaína previo ****	n	%
No consume	258	97,72
Sí consume	6	2,27
Hasta 1 g/d	2	0,75
Más de 1 g/d (§)	4	1,51
**** gramos al día. § = incluye a una mujer que consumía PBC.		

mujeres, exploramos si existían diferencias en el puntaje GHQ-12 entre diversas condiciones: tener o no tener pareja durante el embarazo, embarazo planificado o casual, y parto por cesárea o vaginal. No hubo diferencias en esas condiciones: todas arrojan puntajes GHQ-12 similares (test U de Mann-Whitney no significativo).

### Consumo de sustancias antes del embarazo

Se consignaron tanto la cantidad diaria como la frecuencia mensual (en días) de consumo, con lo que se pudo establecer la media diaria de consumo de las sustancias investigadas.

El 58,7% de las mujeres consumía alcohol antes del embarazo, aunque 51,1% solo consumía una media de 0,5 o menos tragos al día. Solo dos mujeres (0,76%) consumían más de 2 tragos al día, y de ellas una consumía 5,6 tragos/día (Tabla 3).

Estas cifras contrastan con el consumo de cigarrillos. El 56,8% consumía cigarrillos y el 18,2% consumía más de 5 cigarrillos diarios. El 3,4% consumía 20 o más cigarrillos diarios y 2 mujeres (0,76%) consumían más de 40 cigarrillos diarios.

La gran mayoría de las mujeres (93,2%) no consumía marihuana; de las consumidoras, 5 consumían más de 0,5 pitos al día, y dos de ellas (0,76%) consumían más de 4 pitos al día. Solo una mujer (0,38%) admitió consumo de PBC, y su media era de 1,33 papelinas diarias. Cinco mujeres (1,9%) consumían cocaína, y de ellas 3 (1,14%) consumían más de 1 g/día. Doce mujeres (4,5%) consumían algún tipo de tranquilizante. No detectamos consumo de pegamentos ni “chicota” (flunitrazepam).

Se compararon las prevalencias entre lo observado en nuestra muestra con los datos proporcionados por SENDA sobre la prevalencia de consumo en el último año (2010) en mujeres entre 18 y 45 años. Solo la prevalencia de alcohol parece similar, siendo mayores en nuestra muestra las prevalencias del resto de las sustancias estudiadas (Tabla 4).

Las mujeres que consumían cocaína antes del embarazo (en cualquier forma) tenían un puntaje GHQ-12 significativamente más alto que las que no consumían (U de Mann-Whitney,  $p = 0,015$ ).

### Consumo y embarazo

De las mujeres que consumían alcohol antes del embarazo ( $n = 155$ ), 90 (58,1% de

las consumidoras) consumían al momento previo a quedar embarazadas (en el mes 0); 17,4% en el mes 1 y 12,9% en el mes 2 (Tabla 5). Nueve mujeres (5,9% de las consumidoras) se mantuvieron consumiendo hasta el tercer trimestre del embarazo y 6 llegaron consumiendo al noveno mes (3,9%). Aun así, todas las mujeres disminuyeron su consumo medio diario, pero solo en las que llegaron al noveno mes hubo una disminución significativa, pasando de 0,49 a 0,28 tragos/día ( $p = 0,029$ ). Hubo una diferencia significativa en las medias de consumo total de alcohol en el embarazo (como sumatoria del consumo en 9 meses) entre quienes tenían algún conocimiento (3,75 tragos) y quienes no tenían algún conocimiento (73,3 tragos) sobre el efecto del alcohol sobre el feto ( $p = 0,037$ ).

Por su parte, de las fumadoras, un 36% consumía cigarrillos en el mes 0, y un 42% fumó hasta el primer trimestre, pero un 11,3% se mantuvo fumando hasta el mes 9, aunque disminuyeron de manera significativa su consumo de una media diaria de 9,58 a 3,49 unidades ( $p = 0,0045$ ). En este grupo no existió diferencia en las medias de consumo total durante el embarazo entre quienes tenían algún conocimiento de los efectos de las sustancias sobre el feto y quienes no lo tenían ( $p = 0,49$ ).

**Tabla 4. Prevalencia de consumo de sustancias en el último año. Mujeres, población general entre 18 y 45 años. Puérperas del CHBL, prevalencia de consumo antes del embarazo**

	Población general	Puérperas CHBL
Cigarrillos	43,3%	56,8%
Marihuana	3,5%	6,8%
PBC	0,1%	0,4%
Cocaína	0,3%	1,9%

**Tabla 5. Frecuencia de mujeres con consumo de alcohol por mes de embarazo (solo mujeres con consumo previo;  $n = 155$ )\***

meses	n	%	Media diaria de consumo (en tragos estandarizados)			t*	p-value
			previa al embarazo	durante el embarazo			
0	90	58,1	0,22	0,0	6,56	<0,00001	
1	27	17,4	0,17	0,14	1,49	0,149	
2	20	12,9	0,48	0,37	1,95	0,066	
3	3	1,94	0,3	0,40	-1,44	0,286	
4	4	2,6	1,78	1,78	insuf	insuf	
5	2	1,3	0,08	0,07	1	0,5	
6	0	0,0	0,0	0,0	insuf	insuf	
7	2	1,3	0,13	0,08	1	0,5	
8	1	0,7	0,33	0,10	insuf	insuf	
9	6	3,9	0,49	0,28	3,00	0,029	

\* t-test para registros pareados.

**Tabla 6. Meses de embarazo con consumo de cigarrillos (solo mujeres con consumo previo; n = 150)\***

Meses	n	%	Media diaria de consumo (unidades)		t	p-value
			previa al embarazo	durante el embarazo		
0	54	36,0	3,86	0,0	6,78	<0,0001
1	30	20,0	5,21	4,45	2,13	0,041
2	26	17,3	6,60	4,77	1,56	0,132
3	8	5,33	4,13	2,27	1,85	0,106
4	11	7,33	7,57	4,87	1,94	0,08
5	3	2,0	17,78	3,67	1,22	0,35
6	1	0,66	20,0	5,0	Insuf	Insuf
7	0	0,0	0,0	0,0	Insuf	Insuf
8	0	0,0	0,0	0,0	Insuf	Insuf
9	17	11,33	9,59	3,49	3,29	0,0045

**Tabla 7. Correlación (Pearson) entre consumo medio diario antes del embarazo y consumo total durante el embarazo**

	t	gl	p-value	95% IC		r
				inf	sup	
Alcohol	21,96	262	<0,0001	0,76	0,84	0,81
Cigarrillos	13,11	262	<0,0001	0,55	0,69	0,63

No se encontró alguna asociación entre la consejería proporcionada por los profesionales y los niveles de consumo total durante el embarazo para cigarrillos y para alcohol.

Observamos una correlación entre el consumo medio diario antes del embarazo y consumo total durante el embarazo tanto en alcohol como en cigarrillos (Tabla 7). Esta correlación es mayor en el caso del alcohol ( $r = 0,81$ ) que en el de cigarrillos ( $r = 0,63$ ).

De las 18 mujeres consumidoras de marihuana pre-embarazo, una lo hizo hasta el primer mes, 4 hasta el segundo mes, y aquella que consumía 4 pitos diarios por 30 días al mes, admitió consumir durante los 9 meses, aunque aseguró consumir solo 1 pito diario por 2 días a la semana.

Dos mujeres (0,76% de la muestra) admitieron consumir cocaína durante el embarazo, una hasta el segundo mes y la otra hasta el cuarto mes. Ninguna mujer admitió consumir PBC durante el embarazo.

### Consumo y recién nacido

Se calcularon correlaciones entre diferentes medidas del RN y el consumo de sustancias. La  $r$  (Pearson) calculada tanto para el consumo total de cigarrillos y de alcohol es muy baja (poco más de -0,1) y no tiene mayor incidencia sobre la varianza del peso del RN ( $R^2$  es despreciable). Lo mismo ocurre con las demás medidas del RN.

Dada esta situación, buscamos si existía una diferencia de medias del peso del RN según diferentes niveles de consumo de cigarrillos totales durante el embarazo, y descubrimos que sobre 800 cigarrillos totales en el embarazo las medias son significativamente diferentes. Esto es equivalente a fumar una media diaria de 3 cigarrillos durante todo el embarazo (Tabla 7).

En el alcohol, en cambio, no encontramos algún umbral.

Para el caso del consumo umbral de cigarrillos (sobre 800 unidades totales), se encontró una diferencia entre las medias de consumo medio de cigarrillos previo al embarazo que fue mayor en las mujeres con consumo total sobre umbral (15 u/d) que bajo umbral (2,7 u/d), lo que fue significativo ( $p < 0,0001$ ).

### GHQ-12 y consumo de sustancias durante el embarazo

Hubo escasa o nula correlación entre consumo de sustancias y GHQ-12 durante

el embarazo. Solo hubo diferencias significativas en el GHQ-12 de consumidoras y no consumidoras de cocaína *antes* del embarazo.

## DISCUSIÓN

Este estudio permite conocer parte de la dinámica del consumo de sustancias durante el embarazo y la asociación entre conocimiento del efecto sobre el feto de las sustancias y el cambio en el consumo.

Tal como se ha establecido en otros estudios, la mayor parte de las mujeres que consumen dejan de hacerlo durante el primer trimestre. Una parte significativa abandona el consumo incluso en el mes 0, es decir, inmediatamente antes de embarazarse. Cuando las mujeres persisten en el consumo tanto de alcohol como de tabaco hasta el noveno mes, disminuye la media de consumo diario en forma significativa. Algo similar ocurre con la marihuana, en que la única mujer que admitió consumir hasta el noveno mes, y que fue la mayor consumidora antes del embarazo, lo hizo disminuyendo en forma significativa la intensidad de consumo. Las consumidoras de cocaína detuvieron el consumo alrededor del mes 4. Pero ninguna de las variables consideradas ni el conocimiento de los efectos ni la consejería, tuvo alguna asociación con este cambio en el consumo: todas las mujeres cambian su consumo durante el embarazo, sea en una disminución o en abstinencia.

El embarazo, en consecuencia, es una condición importante para la mujer en cuanto al consumo de sustancias. Esto es así aun cuando no exista un conocimiento claro acerca de los efectos sobre el feto de la sustancia consumida, dado que en la mayoría de los casos no existió una correlación entre conocimiento y abandono del consumo. Solo en el caso del alcohol existe esta correlación. Pero hay que destacar que no encontramos grandes consumos de alcohol en la muestra, lo que difícilmente podría permitir calificar a las consumidoras como problemáticas o en riesgo. En cambio, sí encontramos consumidoras de cigarrillos (dos de ellas fumaron sobre 10 unidades/d hasta el mes 9), y en ellas

ni el conocimiento ni la consejería parecen tener alguna influencia sobre el abandono o la restricción del consumo. Es probable que para las mujeres exista una diferencia de carácter social o cultural entre el consumo de cigarrillos y el del alcohol, siendo probablemente más aceptado el consumo de cigarrillos que el del alcohol. Las cifras de prevalencia de consumo que registra SENDA<sup>17</sup> apuntan en este sentido, dado que existe una importante diferencia en el uso de alcohol entre hombres y mujeres (prevalencia de uso en último mes: 49,2% en hombres, 32,5% en mujeres, con puntaje AUDIT significativamente mayor para los hombres), diferencia que es mucho menos marcada en el cigarrillo (prevalencia de consumo diario: 23,8% en hombres, 20,1% en mujeres).

En el caso de otras sustancias, lo más llamativo es el consumo de cocaína total, con una prevalencia de 2,3% en la muestra, mayor que la población general de mujeres de edades similares (0,3%). Estas mujeres, además, muestran un puntaje GHQ-12 de mayor riesgo. Cabría preguntarse si esta mayor prevalencia está asociada a factores sociales propios de las comunas de donde proviene la muestra.

La principal variable que se correlaciona con el consumo total durante el embarazo, es el consumo medio diario previo al embarazo. Por su parte, el consumo medio diario previo tiene una alta asociación con el consumo hasta el noveno mes tanto en alcohol como en cigarrillos.

Tal como se ha descrito en otros trabajos<sup>8,6</sup>, no logramos observar una correlación entre consumo de alcohol o tabaco y las medidas antropométricas del RN, salvo al aplicar un umbral de consumo, que fue de 800 cigarrillos totales. En este caso, los RN sí muestran un menor peso de nacimiento. Pero no encontramos algún umbral significativo en el alcohol.

En el caso de otras sustancias, los RN no muestran diferencias en sus medidas comparados con el resto. Probablemente se pudiera observar una diferencia con una muestra mayor a la nuestra, tal como fue observado por Mena et al.<sup>2</sup> Además, de las 6 mujeres que reconocen consumo de cocaína previo al



embarazo, dos mantuvieron un consumo de cigarrillos sobre el umbral (800), otra consumió 648, otra 120, y las otras sobre 10; una de ellas está entre las grandes consumidoras de alcohol (960 tragos totales en el embarazo), y todas consumieron alcohol durante el embarazo.

Una de las debilidades de este estudio es que se basa enteramente en la confiabilidad de las respuestas maternas. En el caso del consumo de cocaína, es posible diseñar un estudio de seguimiento de las madres consumidoras que son detectadas en atención primaria, lo que tal vez suministrara cifras diferentes a las nuestras.

Más allá de las cifras de prevalencia y la dinámica de consumo de sustancias en el embarazo, el tema que sigue sin estar resuelto es el tipo de intervención que pudiera influir sobre el consumo, aunque un fundamento inicial es la comprobación que el embarazo tiene un real impacto sobre la conducta de las mujeres, y es probable que exista una mayor disposición ante programas de intervención.

## AGRADECIMIENTOS

A los alumnos que participaron en este estudio, Gisela Vargas, Esteban Ricke, Paulina Cerro, María del Mar González, Humberto López, Magdalena González y Marisol Arratia, que son médicos en la actualidad.

## REFERENCIAS

1. Tchernitchin A. Efectos de la exposición prenatal a tabaco. *Cuad Med Soc* (Chile). 2005; 45: 1 91-198.
2. Mena M, Navarrete P, Corvalán S, Bedregal P. Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Rev Med Chile*. 2000; 128: 1093-1100.
3. Allebeck P, Olsen J. Alcohol and fetal damage. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22(Suppl 7): 332S.
4. Olson HC, Streissguth AP, Sampson PD, Barr HM, Bookstein FL, Thiede K. Association of prenatal alcohol exposure with

behavioral and learning problems in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(9): 1187-94.

5. Howell KK, Lynch ME, Platzman KA, Smith GH, Coles CD. Prenatal alcohol exposure and ability, academic achievement, and school functioning in adolescence: a longitudinal follow-up. *J Pediatr Psychol*. 2006; 31(1): 116-26.
6. Conover EA, Jones KL. Safety Concerns Regarding Binge Drinking in Pregnancy: A Review. *Birth Defects Res A*. 2012; 94(8): 570-575.
7. Aros S, Mills J, Torres C, Henríquez C, Fuentes A, Capurro T et al. Prospective Identification of Pregnant Women Drinking Four or More Standard Drinks ( $\geq 48$  g) of Alcohol Per Day. *Subst Use Misuse*. 2006; 41: 183-197.
8. Mallol VJ, Brandenburg JD, Madrid HR, et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Rev Chil Enf Respir*. 2007; 23: 17-22.
9. Mena M, Concha JC, Ureta N, Carrasco E. Consumo de alcohol en embarazadas bajo control: consultorios de Pirque y San Ramón. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1996; 61(4): 250-55.
10. Mena M, Marincovich B, Iglesias MC, Ruminot H. Pesquisa y prevención de alcoholismo y drogadicción fetal: enfoque y modelos de prevención. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1999; 64(3): 202-8.
11. Rosas N, González O. Características bio-sociales y de consumo de alcohol y otras drogas adictivas en la mujer y su pareja durante el embarazo. Tesis. PUC. Escuela de Enfermería; 1997.
12. Kimelman M, Montino O, Moraga X, Moreno R. Evaluación del efecto del consumo de drogas durante el embarazo sobre la díada madre-hijo. Proyecto CONACE 98-13-D-0022; 1999.
13. Chang G, McNamara T, Orav J, Wilkins-Haug L. alcohol use by pregnant women: partners, knowledge, and other predictors. *J Studies Alcohol*. 2006; 67: 245-251.
14. Doz J, Gasulla G, Cárceles S, Guerrero, Tintó A, Prat C, Rosell M. Evolución del hábito

- tabáquico durante el embarazo y el post parto. *Atención Primaria*. 2004; 34(9): 465-471.
15. Kaup ZD, Merighi MA, Tsunehiro MA. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001; 23(9): 575-580.
16. Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen TO, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(11): 1292-8.
17. Chile. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2012. Chile: SENDA; Observatorio chileno de drogas; 2013.