

SURGIR

CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y LA
FARMACODEPENDENCIA

MEDELLÍN, COLOMBIA 1996

LA MUJER, LAS DROGAS Y LOS GRUPOS DE RIESGO

Autor:

ELVIA VELÁSQUEZ DE P.

Siquiatra-Epidemiologa

PONENCIA PARA LA REUNIÓN DEL GRUPO DE CONSULTA SOBRE EL
“IMPACTO DEL ABUSO DE DROGAS EN LA MUJER Y LA FAMILIA”

Organización de los Estados Americanos. OEA

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. IIN

Montevideo, Uruguay
Noviembre 18-20 de 1996

CONTENIDO

	Pág.
1. Introducción	3
2. Metodología	5
3. La Mujer en Colombia	6
4. Algunas diferencias biológicas, psicológicas y clínicas en relación al abuso de sustancias en hombres y mujeres	9
4.1 Herencia	9
4.2 Fisiología	9
4.3 Clínica	10
5. Los factores de riesgo para el consumo de drogas en mujeres	11
5.1 Asociación entre consumo de sustancias sicopatología, violencia, maltrato y abuso sexual	13
5.2 Violencia	14
6. Las drogas de abuso en Colombia	16
6.1 Tipos de drogas que se consumen actualmente por sexo	16
6.2 Alcoholismo	18
6.3 Estudiantes de Secundaria	18
6.4 Consumo de drogas y embarazo	20
6.5 Consecuencia del abuso de sustancias	21
7. Los grupos de riesgo para el consumo de sustancias	23
7.1 Niñas de la calle	23
7.2 Uso de drogas en madres adolescentes	24
7.3 Adolescentes que trabajan en bares	25
7.4 Uso de drogas y prostitución	26
7.5 La mujer en prisión y las drogas	27
7.6 Mujeres ancianas y abuso de drogas	30
7.7 Coadicción	31
7.8 Las mujeres en los centros de tratamiento	32
7.8.1 Los 3 estigmas	32
7.9 Mujer y microcomercio de la droga	34
8. Grupos de mujeres según el modo de vinculación a las drogas	36
9. Los servicios para mujeres	37
10. Las Políticas sobre la mujer	38
11. Acciones	40
12. Conclusiones y recomendaciones	42
12.1 Recomendaciones	42
13. Bibliografías	43
Otras bibliografías	47

LA MUJER, LAS DROGAS Y LOS GRUPOS DE RIESGO

Elvia Velásquez de P.

Siquiatra Epidemiología

Surgir. Medellín-Colombia

1. INTRODUCCIÓN

El perfil de las enfermedades que afectan a la humanidad van modificándose de acuerdo a los nuevos estilos de vida y a los desarrollos tecnológicos del mundo contemporáneo, esto es válido para hombres y mujeres. Sin embargo de acuerdo a las especificidades biológicas y culturales de la mujer hay variaciones respecto a sus modos de enfermar y al tipo de sus enfermedades.

La dependencia y abuso de sustancias que podríamos denominar “Enfermedades de Transmisión Social” porque representan una nueva forma de contagio, adquiere en la mujer formas específicas. Transmisión Social porque aunque la sustancia debe ingerirse, el comportamiento se adquiere en la interacción social por excelencia, con el amigo, el grupo, el familiar, el modelo, etc.

Es así como las cifras, los grupos de edad, los principales tipos de drogas, los grupos vulnerables, los factores de riesgo, la sicopatología, las consecuencias, la forma en que responden al tratamiento tiene sus variaciones en la mujer que es necesario conocer para un adecuado manejo.

La prevalencia de consumo de todas las sustancias es menor en mujeres excepto para los tranquilizantes. Esto no implica que el problema sea menor en ellas, pues la trascendencia de su papel en la familia trae probablemente consecuencias más negativas a la sociedad que la misma dependencia en el hombre, y los daños en su organismo pueden ser mayores por ser más vulnerable.

Según Schoenborn (1991) el 43% de los adultos en USA han estado expuestos al alcoholismo en las familias lo cual significa que 75 millones de personas han estado expuestos toda la vida o por periodos. En USA hay 10.5 millones de alcohólicos.

Por otra parte además del consumo la mujer tiene un papel muy importante en la producción y reproducción de la enfermedad de la adicción dentro del cual se pueden mencionar 6 roles:

1. Como coadicta
2. En la microcomercialización,
3. En el tráfico (mulas y compañeras de traficantes)

4. Colaboradoras en los cultivos.
5. Víctima de un compañero adicto y/o alcohólico,
6. El rol destacado que tiene y puede tener en la prevención y abordaje del problema.

Se revisarán en este documento, algunos aspectos socioeconómicos, se harán consideraciones generales sobre la mujer y las drogas para luego revisar algunos grupos de riesgo.

Finalmente se discutirán algunas de las respuestas, los programas y las necesidades en atención e investigación.

2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se recurrió a varias fuentes de información:

- a. Revisión bibliográfica haciendo énfasis en la literatura latinoamericana y Colombiana.
- b. Visitas a algunos centros de tratamiento.
- c. Entrevistas a informantes claves que trabajan con mujeres con problemas de abuso de drogas y alcohol.
- d. Información de la experiencia directa de la autora en el tratamiento de mujeres con alcoholismo y farmacodependencia.

3. LA MUJER EN COLOMBIA

Los modos de enfermar están íntimamente ligados a las formas de inserción en la sociedad es así como las condiciones socioeconómicas de las mujeres, nivel de educación, distribución del trabajo, ingresos económicos, valores, costumbres, dónde viven, con quién y cómo se relacionan, determinan sus patrones de consumo de drogas, qué sustancias usan, con qué frecuencia, su cantidad, edad de iniciación, prevalencia y grado de disfuncionalidad.

El conocimiento de sus condiciones socioeconómicas nos ayudaran a entender el por que y el cómo del uso, abuso y dependencia de sustancias. Desde un punto de vista general, la discriminación universal que sufren las mujeres no oculta las modalidades específicas que asume en cada región de acuerdo a su historia y a su cultura (1).

En América Latina, sus particularidades han sido marcados por sus orígenes, su proceso histórico, la conquista por España, la influencia de la religión católica, su independencia, lo mismo que los procesos políticos con regímenes dictatoriales.

Aproximadamente el 50% de la población del mundo son mujeres. Colombia tiene 37.000.000 de habitantes según el último censo (1993), el 51% son mujeres. La presencia de las mujeres en la escena nacional ha sido poco visible, se enmarca como en Latinoamérica, dentro de los procesos de industrialización y urbanización, la creciente vinculación a la estructura educativa y de trabajo, las políticas de control de natalidad, las reformas en la legislación y el desarrollo del movimiento social de mujeres. Solo en 1954 las mujeres en Colombia adquirieron el derecho al voto más tarde que en otros países y ese mismo año tuvo el país su primera ministra.

El sistema político y la tradición cultural católica han contribuido a la exclusión y restricción de los roles femeninos, a pesar de la violencia del país los movimientos en favor de la mujer desde 1989 han logrado que Colombia tenga hoy una política integral para las mujeres, pionera en Latinoamérica. Ha ratificado las convenciones internacionales y las plataformas de acción de Nairobi 1985 y Beijing 1995 (2) (3).

Para la década del 90 las mujeres colombianas viven en su mayoría en ciudades, el nivel de urbanización en Colombia es del 70%. Han pasado de ser jóvenes en la década del 70 a ser jóvenes adultas en los 90.

Esta transición demográfica se relaciona con la reducción acelerada de su fecundidad que se dio primero en la población urbana y luego en la rural. La mujer es jefe de hogar en 1.000.000 de hogares, lo cual significa 1 de cada 5 hogares.

En 1985 el 52% de las mujeres mayores de 15 años tenían pareja (37% por matrimonios y 15% por unión libre) las mujeres forman pareja más rápido que los hombres, el 24.1% de las mujeres de 10 a 24 años ya lo ha hecho, en cambio sólo el 15.6% de los hombres. Las mujeres también se demoran más en volver a unirse al enviudar, en 1985 el 6.3% de las mujeres eran viudas y en cambio sólo el 1.6% de los hombres. Los divorcios también han ido aumentando en gran medida a través de los años, una de las principales causas es el alcoholismo.

Las mujeres representan el 40% de la población económicamente activa del país, a pesar de que sus trabajos siguen siendo los tradicionalmente femeninos de menor retribución y categoría que los ocupados por hombres.

Respecto a la educación han alcanzado similar nivel educativo que los hombres pero eligen especialidades femeninas que les dificultan el acceso al mercado laboral, en 1986 el 29% de las mujeres estaban en áreas académicas relacionadas con la educación, 28.7% en administración y economía, el 13.6% en ciencias de la salud, el 7.5% en ingeniería y afines y el 6.6% en ciencias sociales, el 6.3% en arquitectura y artes, el 5.2% en derecho, siendo más numerosas que los hombres en educación ciencias de la salud y ciencias sociales.

Respecto al empleo, en 1989 el 2.6% de las mujeres con empleo eran patronas o empleadoras, representando sólo 1/5 de todos los patrones, el 21% trabajaban por

cuenta propia, el 59.6% eran empleadas, el 2.6% familiar no remunerado y el 14.2% trabajaban en servicio doméstico.

Estas tendencias generalmente varían en poblaciones marginadas como los negros, indígenas, etc. que sufren ahora en mayor medida las condiciones de violencia por las que atraviesa el país.

En Colombia hay 287.120 indígenas (1% de la población) el 49.2% son mujeres, el 38.1% están entre 10 y 35 años, son mas jóvenes que las del resto del país (1985) el 5.5% tiene mas de 60 años y el 0.7% mas de 80 años. El 1.4% de la población en Colombia es de raza negra.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE COLOMBIA

• Superficie	1.141.748 Km2
• Población (1993)	35'886.280 h.
• Población urbana	73.8%
• Población económicamente activa	56% (19-64 años)
• Desempleo	9 a 15%
• Producto Interno Bruto	3.4%
• Analfabetismo (1993)	8.77%
• Razas Blanca y Mestiza	97.2%
• Religión	Católica
• Tasa mortalidad general	5.3% (1990)
• Tasa mortalidad infantil	39 x 1.000 (1990)
• Expectativa de vida	68.7 años
• Mujer 69.5 y Hombre 67.9	

Cuadro No.1

ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN COLOMBIA

• Homicidios y lesiones	14%
• Infarto agudo de Miocardio	8.9%
• Otras enfermedades de circulación cardiaca y pulmonar	7.2%
• Enfermedades cardiovasculares	6.7% (4)

Cuadro No.2

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4. ALGUNAS DIFERENCIAS BIOLÓGICAS, SICÓLOGICAS Y CLÍNICAS EN RELACIÓN AL ABUSO DE SUSTANCIAS EN HOMBRES Y MUJERES

4.1 HERENCIA

Hay dos patrones hereditarios para el alcoholismo: El primero limitado a hombres es heredado por hijos varones. El segundo patrón hereditario (limitado por el medio) y de menor severidad es heredado por hombres y mujeres.

4.2 FISIOLÓGÍA

Debido a las variaciones metabólicas y fisiológicas, las mujeres tienen más dificultades en predecir el efecto de las drogas, es decir pueden haber reacciones inesperadas, con mayor frecuencia.

- Los estudios de drogas terapéuticas han encontrado más alta incidencia de reacciones adversas en mujeres cuando se hacen ensayos de drogas (Jones BM, Jones MK: Women and Alcohol: Intoxicación, metabolismo and the menstrual cycle, in Greenblatt M, Schuckit Ma eds Alcoholism Problems in Women and Children. New York, Grune and Stratton 1976 pp 103-136).

Los estudios en animales han mostrado también menor metabolismo y efectos más intensos y prolongados en las hembras.

El cuerpo del hombre tiene más alto contenido de agua más (55 a 65%) que el de la mujer (45 a 55%) (5). y más masa corporal por lo cual en la mujer el alcohol se concentra. La mujer tiene más variaciones hormonales por el ciclo menstrual que afectan el metabolismo y las emociones, Russell y Czarnecki 1986 encontraron más trastornos sexuales en mujeres alcohólicas.

4.3 CLÍNICA

En un estudio sobre niveles de alcohol en el organismo en mujeres, Malatesta y Pollack (1982) encontraron que niveles sanguíneos mayores de 0.075% de alcohol producían mayor latencia y menor intensidad del orgasmo.

Wilkinson 1980 y Gavalier 1982 encontraron en sus estudios que a pesar de que las mujeres habían bebido menos, 14.2 años vs 22.2 tenían igual o mayores problemas como hígado graso, hipertensión, obesidad, anemia, desnutrición y hemorragia gastrointestinal.

- Las mujeres alcohólicas mueren mas rápido (Hill S.y. 1986).
- Las mujeres adictas a opiodes responden mas mal al tratamiento (Cuskey, Berger 1977).
- Las mujeres tienen mas altos índices de depresión tanto en población general como en adictas a opiáceas (Rounsaville y cols. 1982) y alcohol (Hesselbrock 1985).
- Los hombres tienen mas frecuentemente diagnósticos de trastorno de personalidad que pueden preceder el alcoholismo (Hesselbrock 1985, Arch.Gen. Psych 42).

Griffin y Cols en 1989 (6) encontraron que las mujeres que consumen cocaína tienen con mas frecuencia una razón especifica para consumir, que los hombres.

- Tienen mas altos índices de depresión.
- No encontraron diferencias en los efectos subjetivos.

Joshue A Lipsitz y Col 1994 (7) encontraron que las mujeres que usan drogas IV, tienen mayores puntajes en las escalas de síntomas de depresión, ansiedad y stress que los hombres, y tanto hombres como mujeres que utiliza drogas IV, tienen más sicopatología que la población general.

Los hombres consumidores se vuelven violentos con mas frecuencia que las mujeres (Bureau of Justice Statics USA, 1988) (8).

5. LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES

Condiciones de vida, Stress sicosocial y sicopatología.

Existe una serie de factores de riesgo altamente asociados con el consumo de drogas que se han identificado en general. Estos factores de riesgo se relacionan principalmente con las condiciones de vida, aspectos sicosociales, violencia, maltrato, relaciones familiares y sicopatología, los factores de riesgo varían según la extensión del problema en la población.

Analizaremos algunos de estos aspectos:

La pobreza es un factor de riesgo común para muchas enfermedades. Se ha encontrado hasta 2.5 veces mas sicopatología en la clase social mas baja comparada con la mas alta (Neugebauer, Dohrenwerd y Dohrenwerd 1980). Lo mismo encontraron Holzar y Calab 1986 en un resumen del ECA (Epidemiological Catchment Area) en un prevalencia de 6 meses con los criterios de DSM-3 (Diagnostic Statical Manual). En este estudio había 2.86 veces mas sicopatología en el Status socioeconómico mas bajo que en el mas alto.

En una revisión de 1990 utilizando criterios diagnósticos, estrictos, Dohrenwerd, encontró que los trastornos con mayor relación con el status socioeconómico eran esquizofrenia, depresión mayor, personalidad antisocial y abuso de sustancias.

En un documento para el BID llamado Violencia, Psychis y Capital Social, el investigador Juan Luis Londoño afirma que América Latina tiene las mas altas tasas de homicidios, alcoholismo y trastornos neuropsiquiátricos y que este exceso de homicidios podría explicarse por el alcoholismo y los trastornos neuropsiquiátricos de acuerdo a cálculos de asociación logarítmica. El exceso de homicidios estaría produciendo una gran disminución en su capital social.

Dos terceras partes de los pacientes deprimidos son mujeres (Belle 1990). El problema de salud mas frecuente en la mujer es la depresión y esta es un factor de riesgo para abuso de sustancias. Los dos grupos de mujeres mas afectados por la pobreza son la mujeres solas, jefes de hogar y sus hijos y la mujeres ancianas (9).

La mujer pobre esta mas expuesta a la violencia, al crimen y a la discriminación especialmente si son inmigrantes y de grupos minoritarios. El desempleo, la falta de hogar, el embarazo son factores que aumentan el riesgo de otros problemas.

Burdekin y Cols (1989) en un estudio en Australia encontraron que el numero de adolescentes en la calle esta aumentando. Estas adolescentes se ven sometidas a pobreza, violencia, explotación, abuso sexual y físico, discriminación y abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

Otras condiciones específicas de stress para la mujer son:

- Múltiples roles- empleo, cuidado de los niños, de los ancianos, etc.
- Status marital. Gove y Geerken 1977 revelaron que la mejor salud mental la tenía el hombre casado con empleo y la peor la mujer casada desempleada.
- La violencia sexual y física.
- Violencia familiar
- Los eventos relaciones con la reproducción, parto, embarazo, postparto, ciclo menstrual, crianza de los hijos.

Gritlin y Pasnau (1989) considera que hay 4 síndromes psiquiátricos que están específicamente ligados a la salud reproductiva de la mujer y son:

- Depresión postparto
- Síndrome premenstrual
- Depresión post histerectomía y
- Melancolía involutiva

Además en las mujeres es mas frecuente el trastorno de pánico, la agorafobia, la distimia, la somatización, la fobia simple, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de personalidad histriónica (Kandrack 1991). Sin embargo en un estudio de Baltimore sobre personalidad histriónica encontraron una prevalencia de 2.1% igual en hombres que en mujeres.

Kandel y Reveis 1989 (10) encontró que los factores predictores para continuación o suspensión del abuso de drogas en personas de 28 y 29 años eran diferentes para hombres y mujeres solo casarse era predictor para ambos. Por ejemplo para dejar la marihuana en hombres fueron predictores, el menor consumo previo, mejorar los ingresos y tener buena salud. Para mujeres tener un hijo y tener amigos que no consumieran.

Para dejar la cocaína el principal predictor en hombres fue involucrarse en actividades convencionales como servicios religiosos, en mujeres volverse madres y tener amigos que no consumieran. El uso de cocaína por el esposo o compañero tenía un efecto insignificante en la suspensión del consumo de cocaína en mujeres, de modo que existen diferencias importantes en hombres y mujeres que requieren mayor estudio frente a múltiples aspectos del abuso y consumo de sustancias.

5.1 ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOPATOLOGÍA, VIOLENCIA, MALTRATO Y ABUSO SEXUAL

El estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 1993 (11), encontró una alta asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y percepción de ansiedad, depresión e intento de suicidio.

El riesgo de suicidio se incrementaba según el número de sustancias consumidas, si no se consume ninguna sustancia el riesgo de suicidio es de 1 pero si se consumen 4 el exceso de riesgo es de 41.

La asociación entre percepción de depresión y consumo de sustancias fue mayor significativamente que en los no consumidores, así si consumen tranquilizantes menores el riesgo de percibir depresión es cinco veces mayor, marihuana 3.95, basuca 7.6, cocaína 3.79, orfetaminios 2.33 e inhalantes 16.4 veces mayor. (El riesgo de percibir depresión anfetaminas en no consumidores es de 1).

5.2 VIOLENCIA

Este mismo estudio encontró que el maltrato y el abuso sexual en la mujer era el siguiente:

**Maltrato Femenino según Estrato Social Proporciones por mil.
Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 1993**

		ESTRATO SOCIAL					
CLASE DE MALTRATO	TOTAL	BAJO BAJO	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO

Físico	51	96	69	73	56	30	61
Verbal	88	125	107	120	110	81	115
Ab. Sexual	11	31	12	11	18	7	14

Cuadro No.4

Si bien ya se informan casos en que el hombre es la víctima del maltrato intrafamiliar, la mujer continua presentando las prevalencias más altas.

El abuso sexual, nuevamente la proporción de mujeres que responden afirmativamente es mayor con 14 por mil, que el hombre que llega al 7 por mil, o sea que por cada respuesta masculina positiva se encuentran 2 en el sexo femenino.

En general se presenta un 11 por mil en promedio y es casi tres veces el promedio, el estrato bajo-bajo. Debe recordarse que el maltrato intrafamiliar es ha encontrado ligado al uso de drogas y alcoholismo.

6. LAS DROGAS DE ABUSO EN COLOMBIA

El abuso de drogas se volvió problema en Colombia en la 2a. mitad de la década de los 60, la marihuana, los hipnóticos, los barbituricos, el LSD (ácido lisérgico) y los hongos empezaron a popularizarse entre grupos marginales de la sociedad. En Medellín en 1968 hubo un evento llamado “Festival de Ancón” cuando llegaron “Hippies” de todos lados, esto marcó oficialmente el comienzo de una época de drogas.

Los años 70 vieron aparecer los primeros centros de tratamiento especializado. El servicio de farmacodependencia del Hospital de Antioquia, próximo a Medellín y las primeras Organizaciones no Gubernamentales de prevención, SURGIR en Medellín - UCLAT (Unidos contra la droga) en Barranquilla, etc.

La marihuana era la sustancia principal que causaba la hospitalización en el 90% de los casos, el resto eran hospitalizaciones por hipnóticos, tranquilizantes, barbitúricos y una que otra por cocaína (12).

A fines de 1978 empezó a aparecer el consumo de “Basuca” pasta básica de cocaína que fue extendiéndose rápidamente hasta que en 1984 ya era la primera causa de hospitalización y había desplazado la marihuana al 2o. lugar. Hoy en día (1996) sigue siendo la primera causa de hospitalización aunque en la población general es la segunda sustancia ilegal después de la marihuana (13) (14) (15) (16).

6.1 TIPOS DE DROGAS QUE SE CONSUMEN ACTUALMENTE POR SEXO

En Colombia las principales drogas que se consumen actualmente por sexo, son las siguientes:

POBLACIÓN GENERAL, COLOMBIA 1993

Uso de sustancias por ciento según género y tipo de prevalencia

SUBSTANCIA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	PREVALENCIA ANUAL	EN LA VIDA	PREVALENCIA ANUAL	EN LA VIDA	ULTIMO AÑO
Alcohol	83.9	94.6	67.9	87.7	74.6
Cigarrillo	35.1	58.1	19.1	36.4	25.8
Tranquilizantes Diazepan/Librium	3.0	3.0	4.9	4.9	4.1
Marihuana	1.1	10.4	0.2	1.7	0.6
Cocaína	0.5	2.9	0.2	0.4	0.3
Basuca	0.2	3	0.1	0.5	0.1
Heroína	0.1	0.1	-	-	0.05
Sedantes Barbitúricos	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Estimulantes Anfetaminas	0.5	0.5	0.7	0.7	0.6
Otros sicoactivos (sin prescripción)	2.5	7.2	3.8	9.2	3.2
Inhalantes		3.8		3.8	

Cuadro No.7

Adaptado de: E. Nal Sust. Sicoactivas. Colombia 1993 (17)

Hay una relación hombre mujer de 1 hombre por 3.7 mujeres para marihuana, 5.3 para Cocaína y 5.5 para Basuca (PBC).

El total de consumo de sustancias ilegales (marihuana, basuco y cocaína) en la vida fue 5.9% hombres y mujeres (11.4% hombres y 1.9% mujeres) en el ultimo año 0.8% hombres y mujeres (1.5% hombres y 0.3% mujeres).

6.2 ALCOHOLISMO

El alcoholismo y el alto riesgo de alcoholismo según el test de Cage aumento en Colombia tanto en hombres como en mujeres entre 1987 y 1992 (18).

ALCOHOLISMO	1987	1992
Hombres	13.1%	23%
Mujeres	2.4	6.3
ALTO RIESGO DE ALCOHOLISMO		
Hombres	8.9%	19.1%
Mujeres	3.6	13.3

Según el Vespa (Sistema de vigilancia epidemiológica sobre sustancias psicoactivas en Medellín) en relación a los datos poblacionales a los 16 años, el 18.6% de las mujeres y el 52.2% de los hombres habían iniciado el consumo de licor.

6.3 ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Entre todos los grupos de edad el mayor consumo de drogas ilegales se da entre los adolescentes y adultos jóvenes, esto es válido tanto para hombres como para mujeres pero se dan algunas diferencias respecto al tipo de sustancias.

Para el consumo de estudiantes de secundaria tomamos los datos del Estudio en 10 y 11 grado de enseñanza media del Vespa Medellín. 1992 (18). Según este estudio la prevalencia de consumo en la vida y anual por sustancias y sexo fue la siguiente:

**Vespa. Grados 10 y 11 Enseñanza Media
Consumo de Sicoactivos según sexo prevalencia
Medellín 1992**

SUSTANCIA	PREVALENCIA DE VIDA %		PREVALENCIA ANUAL %	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
n=3.759				
Marihuana	21.3	6.7	7.1	0.6
Basuca	6.0	1.5	1.6	0.1
Cocaína	6.0	1.2	1.6	0.2
Inhalantes	6.4	2.6	1.2	0.3
Anfetaminas	4.7	3.1	1.1	0.3

Cuadro No.8

Torres Yolanda. Vespa Medellín. Colombia 1992 (18).

Como se observa los consumos en mujeres son mucho menores y tienen un orden de frecuencia diferentes. Para ellas la sustancia mas frecuente en el ultimo año fue la marihuana, seguida por Inhalantes y anfetaminas.

Aunque aun no ha sido reportado en estudios epidemiologicos, se han informado por distintos medios la extensión del consumo de Flunitrazepan (rueda, roches, rohipnol) el cual produce lagunas en los adolescentes y es utilizado también por mujeres.

El uso de estimulantes tipo éxtasis que produce varios días de desorientación también ha sido reportado lo mismo que el uso de un tipo de heroína fumado.

En un estudio realizado en 1986 por Carlos Ciment y Lida de Aragón (16) sobre factores asociados al uso de sustancias en estudiantes de secundaria de Cali encontraron la siguiente diferencia por sexo.

Estudiantes de Secundaria Consumo de Sustancias por Sexo Cali, 1986

Las cifras de este estudio coinciden con las que arrojan otros estudios sobre la materia.

Esta misma investigación aplicó escalas para establecer factores asociados al consumo y encontró diferencias interesantes entre hombres y mujeres. Por ejemplo: En los hombres las escalas de mayor puntaje para diferenciar consumidores y no consumidores fueron “la impulsividad” del joven, el desinterés y la permisividad paterna, y en las mujeres eran el desinterés materno, la tolerancia paterna acerca del uso de drogas y la falta de afecto, los factores que hacían mas susceptibles a las mujeres para el consumo. Parecían ser que los padres tenían mas influencia en los varones y las madres en las mujeres (Parental Dominance passivity and Behavior Problems of Chilares J. Consul Psychol 1973: 416-149).

6.4 CONSUMO DE DROGAS Y EMBARAZO

En el estudio nacional sobre Sustancias Sicoactivas (1993) (17) a las mujeres que habían tenido al menos 1 embarazo en su vida, 8.5 millones de la población total (34 millones), se les pregunto si durante el embarazo habían aumentado, disminuido, abandonado o continuado igual el consumo de sustancias, en los casos en que lo hacían antes y el resultado fue el siguiente:

Cambios en el consumo de sustancias psicoactivas durante el último embarazo

Rodríguez y Duque. Colombia 1993 (17)

Sólo las mujeres que consumían inhalantes y estimulantes modificaron poco el consumo durante el embarazo, la mayor parte lo disminuyen o abandonan.

6.5 CONSECUENCIAS DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Pocos estudios hay en Colombia que indiquen el impacto del consumo de sustancias en la mujer, sin embargo a nivel general, un estudio durante una semana en el Servicio de Urgencias de Medellín en 496 casos de los cuales 76.9% eran hombres y 23.1% mujeres se encontró relación con consumo de drogas por informe o por laboratorio en los siguientes No. de casos según motivo de atención (18).

n=496	ALCOHOL %	COCAÍNA %	MARIHUANA %
Lesiones personales	76.3	23.5	5.0
Intento de suicidio	80.0	23.5	20.0
Accidentes de tránsito	66.3	13.0	7.9
Accidentes de trabajo	50.0	12.0	0.0

Cuadro No.11

A su vez en el Instituto de Medicina Legal en los casos de personas fallecidas durante una semana se encontró la siguiente presencia de sustancias según causa de muerte. En los casos de homicidio, 33.6% alcohol en sangre y 10.4% cocaína en orina. En los de suicidio, 33.3% alcohol en sangre, en los accidentes de tránsito, 60.0% alcohol en sangre y 11.3% cocaína en orina (18).

Por otro lado se calcula que aproximadamente entre un 15 y un 20% de los consumidores en la población general requieren tratamiento y de estos 1 de cada 10 requieren hospitalización. Las mujeres que demandan hospitalización pueden representar entre un 5 a un 10% de los hombres.

Respecto a repercusiones físicas vale la pena mencionar el estudio de Rafael Manotas y Cols en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Ellos compararon un número de neonatos hijos de madres consumidoras de basuco con neonatos hijos de madres no consumidoras y encontraron en los hijos de consumidoras:

1. Niveles de plomo en sangre mas altos
2. Alteraciones óseas en el 75%
3. Retardo generalizado del crecimiento
4. Retardo en el crecimiento cerebral
5. Llanto, irritabilidad, nauseas, etc. de mayor intensidad y duración
6. Bajo peso

Las alteraciones óseas eran lesiones radiodensas metafisiarias posiblemente por depósitos de plomo. Millar y Cols informan que concentraciones de plomo aun menores de 40 mg/dl pueden inhibir la actividad de la deshidratasa, del ácido delta aminolevulinico, lo que podría repercutir en el estado mental posterior del niño (20) (21).

7. LOS GRUPOS DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Si bien el consumo de sustancias en general es menor en mujeres, existen grupos poblacionales femeninos en los cuales las tasas de prevalencia de consumo de sustancias son mas altas que en cualquier grupo masculino en la población general. Por esto es de gran importancia revisar algunos de estos grupos.

7.1 NIÑAS DE LA CALLE

Si bien las niñas de la calle son en promedio aproximadamente el 10% del total y comparten con los varones los problemas del niño de la calle, las mujeres tienen mayores riesgos en algunos aspectos y requieren un abordaje especial.

Los niños y niñas de la calle y en la calle están allí, porque no tienen familia o porque ésta es incapaz de contenerlos.

Cuando existe la familia es incompleta, con madre sola, o completa pero con padre maltratador, abusador, enfermo, delincuente, enfermo mental, drogadicto, alcohólico, etc., o ambos tienen problemas. Además las redes de apoyo familiar, social, gubernamental también han fallado en contener al niño.

En un informe preparado para la OMS sobre los Niños de la Calle por Velásquez Elvia (1993) (22) se encontró que el 65.5% de estos niños tenían algún tipo de familia, el 65% habían estado ya en alguna institución, entre el 50 y el 70% consumían algún tipo de sustancias, (23) las mas frecuentes en los niños de la calle, en Colombia eran los Inhalantes, la marihuana, la pasta básica de cocaína, (PBC), alcohol y “pepas” (fármacos), el consumo según la sustancia era diario entre el 50 y el 70%. La mayor parte dejaban el consumo al llegar a una institución y el consumo era mayor a mayor tiempo en la calle.

Las niñas de la calle, tienen mas riesgo de violación, son mas vulnerables a los daños físicos, de las drogas, mas riesgo de ser utilizados en la delincuencia y la prostitución, y de tener embarazos precoces.

El grupo de niños de la calle como un total es, de los grupos de riesgo con mas altos índices de prevalencia de consumo de cualquier sustancia 50 a 70% por ello las niñas de la calle deben ser un grupo prioritario de estudio y prevención.

7.2 USO DE DROGAS EN MADRES ADOLESCENTES

Hay un gran interrelación entre actividad sexual, embarazo y uso de drogas en adolescentes, ya que un comportamiento de riesgo hace mas probable otros comportamientos de riesgo.

Las madres adolescentes tienen una sobrecarga emocional que aumenta su stress y puede llevarlas a consumir drogas. Generalmente las madres adolescentes tienen similares problemas que las adolescentes que usan drogas en relación a sus condiciones sociales, sociológicas y familiares.

En un estudio de 253 madres adolescentes embarazadas que asistieron en forma consecutiva a la Clínica Prenatal para mujeres y adolescentes del Boston City Hospital se compararon las características de las madres que consumían drogas y las que no (24). La frecuencia de consumo y las sustancias eran las que muestra el siguiente cuadro:

USO DE SICOACTIVOS POR MADRES ADOLESCENTES n=253

SUSTANCIAS	USO EN LA VIDA %	USO EN EL ULTIMO AÑO %	USO DURANTE EL EMBARAZO
Alcohol	84.2	65.2	52.2
Marihuana	62.1	40.7	31.6
Cocaína	23.3	17.4	13.8
Opiáceos	0.8	0.8	0.4
Otras drogas	12.3	4.3	1.6

Cuadro No.12

Las diferencias entre madres que consumían y las que no lo hacían eran las siguientes:

- Las consumidoras eran mas frecuentemente de raza negra.
- Tenían historia de aborto provocado y enfermedad venérea en mayor número.
- Tenían mayor numero de eventos vitales negativos y violencia durante el embarazo
- Recibían apoyo del padre del niño quien era mas probable que fuera adicto a cocaína o marihuana.

Las adolescentes que usaron drogas ilícitas el año anterior: Tenían 3 veces mas probabilidad de tener un compañero consumidor y 2 veces mas riesgo de tener una enfermedad venérea, que los que no usaron esto implica mayor riesgo para los hijos y las coloca como un grupo que requiere prevención especifica y especial atención.

7.3 ADOLESCENTES QUE TRABAJAN EN BARES

Se tomó como ejemplo el contexto de una ciudad próxima a Medellín, por medio de un informante clave.

En los bares de esta población trabajan aproximadamente 600 adolescentes entre los 17 y los 28 años. Muchas niñas menores de esta edad solicitan empleo pero no pueden ser vinculadas porque la ley lo prohíbe. Sin embargo muchas menores permanecen como clientes en estos locales

En cada bar trabajan de 12 a 30 niñas de 3 p.m. a 12 de la noche, a veces permanecen hasta las 2 a.m. Trabajan toda la semana y descansan 1 día. Les dan \$200 pesos (1/5 de dólar) por cada trago que consuman y se toman aproximadamente 24 tragos de aguardiente (licor típico), terminando siempre completamente embriagadas.

Duran 1 o 2 años en un bar y se retiran para irse a otro negocio similar o para establecerse con un compañero. Casi todas son mujeres solas con hijos, estos los cuida la madre o le pagan a alguien para que lo haga. Algunas tienen compañero.

Ganan \$7.000 por noche (7 dólares) además de las propinas (máximo 5 dólares). Les pagan cada 10 días. Algunas consumen además basuco, (PBC) y marihuana. Los fines de semana se van “de rumba” consumiendo drogas y alcohol.

Requieren carnet de sanidad, se les vigila y educa para usar condón, a veces quedan en embarazo. Proviene de familias pobres que recientemente han llegado del campo.

Este ejemplo es una situación muy común no solo en Colombia sino en diferentes regiones del mundo, o amerita un estudio especial y diferentes formas de intervención.

7.4 USO DE DROGAS Y PROSTITUCIÓN

Otra de las situaciones en la mujer que la expone al consumo de drogas es la prostitución. Se recurrió a una informante clave perteneciente a una Fundación que trabaja con prostitución, para obtener la información respectiva.

En casi todas las casas de prostitución venden drogas cocaína, basuca y marihuana, hay zonas donde hay casi una casa en cada cuadra para “jibarar” o sea vender droga al menudeo y fumar o aspirar. Muchas familias en ciertos sectores se sostienen del negocio de la droga, muchos expendedores se vuelven adictos porque deben probar la calidad y muchos adictos se vuelven traficantes para sostener el vicio.

Había muchas “mulas” persona que lleva la droga fuera del país. Han disminuido porque los traficantes ahora tienen menor furor, lo que más consumen las prostitutas es coca o cocaína, casi siempre se las dan y lo hacen principalmente de noche que es cuando más actividad hay, lo hacen para calmar las borracheras o por sexo, o por vicio. Son inducidas por clientes a veces van a fiestas-orgías donde se reparte cocaína.

Cuando consumen basuco se degeneran mas rápido, arman escándalos y creen que viene la policía. Al día siguiente lloran, no se les puede hablar y están mal. Algunas cuando se embarazan dejan de consumir pero otras continúan haciéndolo.

7.5 LA MUJER EN PRISIÓN Y LAS DROGAS

Un estudio sobre Sustancias Sicoactivas realizado en la Cárcel del Buen Pastor en Medellín 1993 como tesis para el Postgrado en Farmacodependencia en la Fundación Universitaria Luis Amigó (25) arroja las siguientes resultados.

Del total de 262 reclusas el 51.5% (135) utilizaban alguna sustancia diferente a alcohol o cigarrillo.

Consumo de drogas en Mujeres Cárcel del Buen Pastor Medellín, 1993

SUSTANCIA	n=262
Alcohol	76.6%
Cigarrillo	37.6%
Marihuana	50.7%
Basuca (pbc)	18.4%
Cocaína	1.5%
Inhalantes	1.5%
Tranquilizantes	25.0%

Cuadro No.13

Por edades llama la atención que el mayor porcentaje de consumo de basuca se da entre 30 y 49 años (64%) lo cual representa una edad mayor de lo que aparece en los estudios de población general. Los inhalantes y la cocaína aparecen exclusivamente en el grupo de 18 a 24 años.

La marihuana tiene su máximo porcentaje en el grupo de 20 a 24 años. El 10.6% tenían alcoholismo según el test de Gage y el 6.2% alto riesgo de alcoholismo.

* Los porcentajes pasan de 100 ya que la mayor parte eran policonsumidoras.

Mujeres. Cárcel del Buen Pastor. Medellín Sustancias principales según edad 1993

Prevalencia de vida %

Sustancia grupos de edad	MARIHUANA %	PASTA BÁSICA DE COCAÍNA %	TRANQUILIZANTES %	TOTAL * %
18-19 Años	8.7	4.0	3.0	8.8
20-24	37.7	16.0	17.6	28.7
25-29	21.7	16.0	32.4	22.1
30-39	24.6	40.0	35.3	28.7
40 y mas	7.2	24.0	11.7	11.7
TOTAL	100	100	100	100

Cuadro No.14

Burgos Gabriel y Cols. 1993(21)

* Sin alcohol y cigarrillos.

El 70% se habían iniciado a los 19 y el 16% antes de los 12 años. El consumo era diario en el 57.7%, el 72% tenían un consumo de larga duración mas de 6 años, incluso el 34.2% tenían mas de 11 años. El 11.6% de mediana duración (3.5 años) y el 14.2% de corta duración de 1 a 2 años.

Al llegar a la Cárcel el 12% inició el consumo por primera vez, el 42.4% lo suspendió, el 38.4% lo continuo pero de estos el 19.2% lo aumento.

Las mujeres habían llegado a la Cárcel por delitos relacionados con droga (consumo o trafico) en el 24.4% de los casos por robo, estafa, hurto el 44.7%, 9.9% por homicidio, 2.3% por violencia, 3.8% por delitos políticos y 14.9% por otros motivos.

El 60% de estas mujeres no tenían ningún salario, en las que consumían drogas era menor el porcentaje que recibían salario. El 13% habían cometido el delito bajo el efecto de drogas, el 12.6% habían estado en tratamiento siquiátrico, de estos $\frac{3}{4}$ eran consumidoras.

La ocupación antes de su ingreso a la Cárcel fue la siguiente:

El 75.5 (198) dijeron tener alguna ocupación pero esta en su mayoría eran subempleos u ocupaciones al margen de la ley. Veamos:

Cuadro CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES

Cárcel del Buen Pastor. Medellín 1993
Ocupación antes de Ingresar a la Cárcel

OCUPACIÓN	NUMERO	%
Trabajadora sexual (prostitución)	22	11.1
Servicio domestico	53	26.8
Vendedora ambulante	38	19.2
Oficios relacionados con drogas	6	3.0
Delincuencia habitual	4	2.0
Empleos medios	32	16.2
Empleadas	32	16.2
Estudiantes	11	5.5
TOTAL	198	100

Cuadro No.15

La edad mas frecuente de estas mujeres estaba entre los 20 y 40 años. Vivían en su mayoría en el área metropolitana, el 8.8% eran analfabetas y el 48.9% solo tenían primaria. El 64% mujeres solas sin compañero, solteras, viudas o separadas.

El 65.9 eran madres solteras y de estas consumían el 60%. el primer embarazo había ocurrido antes de los 14 años en el 12.55% de los casos y en el 48.8% de los 15 a los 18 años. el 95.4% tenían hijos y los habían dejado con familiares o amigos. El 55.6% tenían familia desintegrada, el 54.2 habían sido maltratados en su mayoría físicamente.

El consumo fue menor en casadas y en las amas de casa. algunas dijeron que había mucho consumo en la cárcel y que obtenían la droga de amigos, familiares, empleados de la cárcel 20.%% u otros.

De este estudio se puede concluir que en estas mujeres se suman las peores condiciones socioeconómicas y sicopatologicas o sea pertenecen a un grupo postergado de difícil acceso a condiciones dignas de supervivencia.

En un estudio en mujeres detenidas en USA que utilizaban Fenilciclidina (PCP) encontraron similares condiciones sicosociales y porcentajes mas altos de antecedentes de tratamiento siquiatrico y violencia.

La diferencia principal con hombres se encontró en que la agresividad en las mujeres es mayor cuando pasa el efecto de PCP en cambio en hombres cuando están bajo el efecto de PCP.

7.6 MUJERES ANCIANAS Y ABUSO DE DROGAS

Las dos grupos de mujeres mas vulnerables y afectadas por la pobreza son las mujeres ancianas y las mujeres solteras cabeza de familia, por lo tanto tienen mas stress sicosocial y tienen mayor riesgo tanto de tener problemas de salud mental como abuso de sustancias (26).

Las mujeres de mas de 65 años serán el doble en los próximos 50 años y aproximadamente el 60% viven en niveles de pobreza. El cuidado de estas personas en gran medida estará a cargo de sus familiares mujeres. Los principales problemas de salud mental en esta edad son: Depresión, síndrome mental orgánico, demencias y abuso de drogas sicotrópicas. El 25% de los ancianos mayores de 85 años tienen demencia y la mayor parte son mujeres (9).

El estudio ECA mostró una prevalencia (6 meses) de alcoholismo para personas mayores de 65 años del 14% en hombres y 1.5% en mujeres. En hogares y hospitales del 15 al 58% y el 60% tenían un diagnóstico secundario de problemas relacionados con alcohol.

El abuso de benzodiazepinas es mayor a mayor edad (ver cuadro siguiente). Se automedican con mayor frecuencia las mujeres, debido a su depresión trastornos del sueño y falta de acceso a recursos médicos. La prevalencia poblacional de uso de tranquilizantes* en Colombia es mayor en mujeres 7.4% que en hombres 4.6%.

MUJERES ANCIANAS Y ABUSO DE DROGAS

Consumo de tranquilizantes
Grupos de Edad y sexo, Colombia 1987
Prevalencia ultimo año por ciento

GRUPOS EDAD	HOMBRES %	MUJERES %
12-15 años	1.0	3.5
16-19	3.0	6.0
20-24	5.0	6.0
25-29	4.5	7.5
30-37	6.0	6.5
38-49	6.1	9.0
50-64	7.0	15.5

Cuadro No.16

Torres y Murrell, Colombia 1987 (27)(28)

*Diazepan, Lorazepan, hipnóticos, Flunitrazepan, etc.

7.7 COADICCIÓN

Codependiente es una persona que sin ser adicta vive cerca de otro que si lo es y con la cual mantiene una relación estrecha, sin darse cuenta o precisamente buscando lo contrario refuerza los comportamientos del adicto que mantienen su dependencia.

Es un fenómeno emocional psicológico y comportamental que se desarrolla como resultado de la exposición prolongada a los comportamientos repetitivos del adicto. Generalmente es la persona que está mas cerca de el como la madre, la esposa, la hermana, el compañero. Es generalmente superresponsable, sufrida, físicamente enferma, nerviosa, mantiene sentimientos de enojo, resentimiento y culpa.

Esta coadición o codependencia que implica mecanismos de adaptación no sanos al comportamiento del adicto, se convierte en un freno para la recuperación. El coadicto propicia silencio, tolerancia, compasión sin hacer nada efectivo para poner fin a esa conducta.

Los coadictos tiene poca autoestima, son reprimidos, incapaces de imponer autoridad, atribuyen a otros los problemas, temen ser abandonados y por esto toleran al adicto.

Como la adicción y el alcoholismo son mas frecuentes en el hombre, las mujeres son mas comúnmente las codependientes. Tan importante como con el adicto, es el trabajo con las mujeres para que ellas entiendan los mecanismos que reproducen y mantienen la adicción y lograr que realmente la cadena pueda romperse para la superación del problema.

7.8 LAS MUJERES EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO

7.8.1 LOS 3 ESTIGMAS

La presencia de la mujer en los centros de tratamiento para adicción, es mas reducida en general que la del hombre. Los centros que tienen programas específicos para mujeres son muy escasos y si los tienen, lo hacen con un modelo para hombres.

La mujer con dependencia a sustancias psicoactivas y alcoholismo debe superar 3 estigmas para poder someterse a tratamiento.

1. El estigma social que existe para el alcoholismo y adicción a sustancias.

2. Las normas morales para mujeres son mas exigentes que para hombres por lo tanto hay mas rechazo a la mujer que bebe o usa drogas.

3. El tercer estigma se relaciona con la asociación entre beber y promiscuidad sexual. Las mujeres dependientes a sustancias son perfectamente conscientes de estos estigmas de ahí provienen dos sentimientos muy generalizados entre ellas “culpa y vergüenza” (30) que deben superar durante los tratamientos.

En el servicio de Farmacodependencia del Hospital de Antioquia entre 1975 y 1992 la proporción hombre/mujer en el programa de hospitalización fue de 10 a 1 en promedio. Las drogas utilizadas eran similares Pasta Básica de Cocaína (PBC) o basuco, marihuana y tranquilizantes, pero en las mujeres fue mas frecuentes el uso de opiodes como Oxiconona (Percodan) especialmente en mujeres mayores de 35 años.

Algunas instituciones en Colombia tienen Centros específicos para mujeres (1) (2). Los Hogares Claret (Medellín), Hogares Crea y La Comunidad Terapéutica de Colombia están diseñando un Centro de Hospitalización y de acuerdo a sus observaciones consideran que la mujer comprometida en el consumo de sustancias es por lo general, una mujer sola, separada, divorciada, que vive de la prostitución, mujeres o niñas de la calle, con trabajos de riesgo, con problemas familiares serios y graves carencias en su crianza.

El inicio del consumo se da a partir de los 16 años por curiosidad, soledad, problemas afectivos, presión, etc., se da como efecto el ejercicio de una sexualidad precoz, embarazo, abortos e hijos por fuera de una estructura familiar.

El Proyecto Mujer de la Fundación Claret (30) identifica una serie de factores de riesgo asociados a la familia, al sistema social y personales. Destaca una serie de dificultades que viven las mujeres en las comunidades terapéuticas como:

- Ofrecer una imagen externa, mas que cambio real.
- Problemas afectivos con terapeutas hombres
- Tienden a mantener un rol de codependencia
- Establecen relaciones disfuncionales con el equipo técnico
- Tienden a seducir como víctima.

Las mujeres tienen mas dificultad para aceptar su problema, decidir su hospitalización y encontrar quien cuida los niños, si los tiene.

7.9 MUJER Y MICROCOMERCIO DE LA DROGA

Entrevista a Informante clave vendedora de basuco (Pasta Basica de Cocaína). Mujer de 49 años, 2o. primaria, no tiene conyuge, residente en un barrio pobre de la ciudad. Acepto ser entrevistada en su casa y mientras se le entrevistaba vendía basuco. Madre de 6 hijos, 4 hombres y 2 mujeres de los cuales 3 hombres y una mujer consumían Pasta Básica de Cocaína (basuco).

Vivía en unas condiciones económicas muy desfavorables, se sostenía vendiendo “arepas” (pan de maíz, típico de las región de Antioquia) pero hacía 6 años vendía droga para sobrevivir.

A pesar de que sus hijos consumían, ella no les daba, ni les vendía droga a ellos. Los compradores venían del mismo sector pero a veces de sitios retirados, mas hombres que mujeres y de todas las edades. Tenia mas de 100 clientes.

Su hija durante el embarazo, sintió aun mas deseos de consumir basuca “A ella no le pasó nada pero el bebe nació muy pequeño, con bajo peso, sin pelo y muy vomitador. Opinaba que la diferencia de las mujeres con los hombres es que se vuelven “mas prostitutas por que se acuestan, por la droga”. De resto consumen igual cantidad, hacen las mismas cosas, roban, etc. y les produce los mismos efectos.

En los consumidores hay muchas muertes a algunos los matan “las milicias”, grupos armados dedicado a la limpieza social. En la familia se vuelven irresponsables y agresivos, “los soporta uno por pesar”. A los hombres les afecta la sexualidad y “no se les para”.

No vendía otras drogas. Las pepas eran difíciles de conseguir, la cocaína se vendía poco y era muy cara, la basuca se la dejaban fiada (para pagar después), compraba 5 gramos que le valían unos \$10.000 pesos (10 dólares). Los pulverizaba con una botella, los pasaba por una media de mujer hasta que quede muy fino, eso lo mezclaba con picadura de cigarrillo y armaba hasta 180 baretos que los vendía a \$300 pesos (1/3 de dólar) o sea que cuadruplicaba o quintuplicaba el costo.

A veces le mezcla bicarbonato, ladrillo molido, polvo mexicana, maizena o aspirina para poder sacar mas ganancia. A ella se la vendía un yerno que la traía del Putumayo, la repartían en moto y luego recogían el dinero. Los repartidores eran consumidores y decían si estaba buena o mala, los hijos de otras vendedoras también consumían.

Siempre se vendía en efectivo o a veces se recibían prendas pero esto era raro, en algunas casas tenían una pieza para consumir. El peligro mas grande era la policía, a ellos no les interesaba la droga, sino la plata, que se la llevaban. Pero el ser localizado por la policía, implicaba que no volvían a dejar droga para vender.

Tenía un hijo que la molestaba para que dejera de vender, pero si lo hacía se moría de hambre. Todos los días había mas gente que compraba por eso creía que el consumo estaba aumentado.

8. GRUPOS DE MUJERES SEGÚN EL MODO DE VINCULACIÓN A LAS DROGAS.

Del análisis de las características de los grupos de riesgo para el consumo de sustancias y desde el punto de vista del modo como la mujer se involucra en el consumo de sustancias se distinguen los siguientes grupos principales que tienen importancia en la prevención:

1. Las que inician su proceso de consumo como una forma de liberación, de competir y compartir con el hombre sin ataduras convencionales, este sería el patrón de las mujeres que consumen alcohol y cigarrillo en cualquier cantidad y son generalmente profesionales, universitarias y mujeres exitosas.
2. Otro grupo estaría conformado por mujeres de sectores socioeconómicos marginales y discriminados cuyos principales factores de riesgo son los socioeconómicos, consumen drogas ilegales como marihuana, heroína, cocaína, bazuco y tendrían mayor tendencia a la delincuencia, y alta asociación sicopatológica.
3. El grupo de mujeres que consumen tranquilizantes al parecer tienen mayor integración familiar son casadas, con hijos y lo hacen como automedicación por el stress, la presión familiar y como un escape a sus problemas pueden tener alguna sicopatología o un doble diagnóstico.
4. Otro grupo de mujeres con formas de consumo intensivos y disfuncionales de cualquier sustancia podría tener además de un doble diagnóstico otros factores de riesgo asociados.
5. Habría otros grupos de mujeres cuyo consumo y abuso estaría íntimamente ligado a sus condiciones de trabajo y supervivencia o a su condición de compañeras de un hombre adicto, consumidor o traficante, aquí estaría las mujeres que trabajan en bares, prostitución, el espectáculo, niñas de la calle, etc., es decir sería un consumo más circunstancial y ambiental.

9. LOS SERVICIOS PARA MUJERES

Se debe diferenciar lo que son los Servicios especializados en Abuso de Sustancias y otros servicios para mujeres no especializados. Existen en el país una serie de Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales que trabajan con mujeres en el área de la educación, apoyo económico, microempresas, bienestar familiar, salud reproductiva, desde el punto de vista legal, las Comisarías de Familia, etc. que dan apoyo a la mujer en diferentes circunstancias.

A pesar de que en Colombia hay oficialmente prioridad en las políticas sobre mujeres y las mujeres jefes de hogar se consideran grupo prioritario, aun no se aprecia una solución consistente de las necesidades.

Desde el punto de vista de los programas especializados, existen en Colombia múltiples Centros de tratamiento, algunos de los cuales reciben sólo hombres y otros reciben tanto hombres como mujeres. Sin embargo los pocos programas que existen con énfasis en mujeres carecen de adecuados servicios que consideren las necesidades específicas de las mujeres.

10. LAS POLÍTICAS SOBRE LA MUJER

El análisis de los problemas de uso, abuso y dependencia a sustancias deben enmarcarse en el contexto de las políticas nacionales e internacionales sobre la mujer y dentro de las políticas de salud de la OMS/OPS. “Salud para todos en el año 2000” el programa Mujer Salud y Desarrollo MSD que estableció la OPS con el fin de colaborar con los gobiernos en la integración de la mujer a las actividades de Salud y Desarrollo (32) (33).

La IV Conferencia mundial de la Mujer en Beijing, China es Septiembre de 1995 estableció una plataforma de acción y de compromisos internacionales cuya síntesis esta contenida en un documento reproducido, por la Presidencia de la República de Colombia, llamado “Igualdad, desarrollo y Paz para todas las mujeres del Mundo” (2) .

Este documento tiene 11 Esferas de Especial Preocupación y en cada una de ellas establece:

- El problema
- Las causas
- Por que es importante
- Que se plantea para su solución con objetivos, medidas a adoptar y responsables.

El gobierno de Colombia ha anexado una lista de compromisos que realizará en corto plazo y que representa la política de Colombia frente a la mujer.

Las Esferas de Especial preocupación son:

1. La Mujer y la Pobreza
2. Educación y capacitación de la Mujer
3. La Mujer y la Salud
4. La violencia contra la Mujer
5. La Mujer y los conflictos armados
6. La Mujer y la Economía
7. La Mujer, el poder y las decisiones
8. Mecanismo Institucionales para el adelanto de la Mujer
9. Los derechos Humanos de la Mujer
10. La Mujer y el medio ambiente
11. La niña

Dentro de los problemas que se citan en este documento para la caracterización de estas “Áreas de especial preocupación” y que son tendencias mundiales, se encuentran algunas de los factores de riesgo de orden socioeconómico y los problemas de drogas como son:

- La desigual repartición del poder económico
- Menor acceso a la educación
- Cada vez mas la única responsable de su hogar
- Menores servicios de salud y bienestar
- Menos seguridad social
- Trabajos con menor remuneración
- Falta de participación, etc.

La nueva Constitución Política de Colombia 1991 (34) elimina en su artículo 13 toda forma de discriminación por razones de sexo, raza, origen, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Artículo 42 dice..... Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada conforme a la ley.... y El artículo 43 reza: La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. Durante el embarazo y parto gozará de especial asistencia y protección del estado y recibirá de este subsidio alimentario si estuviere desempleada o desamparada. El estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

11. ACCIONES

Algunos de los principales factores de riesgo para el consumo de sustancias están ligadas a condiciones socioeconómicas de pobreza, atraso, enfermedad y abandono.

Otras están ligadas a una liberación económica y personal disfuncional y competitiva. Paradójicamente algunos de los valores tradicionales que mantienen a la mujer ligada a su familia, bajo la dependencia de padres y esposo podrían ser factores protectores que explican que el consumo sea menor en mujeres.

Es necesario trabajar con el fin de que los cambios que se buscan hacia una mujer más autónoma, más responsable con mejores niveles de educación e ingresos, con una noción más justa de sus interdependencias con el hombre no creen un desajuste en sus estilos de vida adquiriendo mayores niveles de adicción.

Las acciones para la prevención del abuso de drogas en la mujer deben partir de un Programa de Acción-Participación-Investigación enmarcado en las políticas nacionales, internacionales y de Salud para la mujer, políticas que necesitan ser concretadas para la acción específica en el campo de abuso de drogas y alcohol (35) (36) (37).

Este programa de Investigación-Acción-Participación simultáneamente con la evaluación de los problemas y los grupos de riesgo debe avanzar en la identificación de las organizaciones de apoyo gubernamental, no gubernamental y de la comunidad en los cuales podrían apoyarse las acciones a seguir.

Respecto a la investigación debe conocerse más sobre:

- Las diferentes formas de consumo de la mujer.
- Las repercusiones biológicas del consumo.
- Los grupos de riesgo específicos como niñas, ancianas, adolescentes, indígenas.
- Los hijos de madres alcohólicas y adictos.
- Unificación de criterios y definiciones para la investigación.
- Modalidades específicas de tratamiento para mujeres que tienen en cuenta los hijos.
- El resultado del tratamiento en mujeres y las dificultades de accesibilidad.

Para el trabajo con mujeres hace falta también el diseño de materiales apropiados y específicos tanto de promoción como de educación.

Para trabajar con mujeres debe motivarse y trabajar también con los hombres, recordemos que las condiciones de dependencia aun exigen por muchas mujeres el visto bueno del varón para que ella participe.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- A pesar de que el Consumo de sustancias es menor en las mujeres este tiene repercusiones más graves en ellas dado su mayor vulnerabilidad y su responsabilidad en la génesis, crianza y educación de los hijos.
- No hay suficientes investigaciones que permitan conocer la magnitud e impacto del consumo de drogas en mujeres.
- Los servicios existentes son escasos e inadecuados para las necesidades femeninas.
- Su conciencia y participación en la Prevención aun deja mucho que desear.
- No existen en los gobiernos, políticas y programas específicos para la mujer que consume drogas y las políticas generales existentes en beneficio de las mujeres no se cumplen a cabalidad.

12.1 RECOMENDACIONES

Desarrollar programas de Investigación, Prevención y Promoción de carácter amplio participativo que tenga en cuenta los grupos vulnerables.

13. BIBLIOGRAFIAS

1. COLOMBIA MUJERES LATINOAMERICANAS EN CIFRAS. Teresa Valdez y Enrique Gomariz. Investigadores en Colombia Carmen Elisa Murez y María Gloria Cano. FIACSO y Ministerio de Asuntos Sociales de España. Editado por el Instituto de la Mujer. Almagro 36 2da. planta 28010 Madrid. Fax: 341 3199178 Flacso (Leopoldo Urrutia 1950 Sant. Fax 562 2741004
2. LA MUJER PRIORIDAD COLOMBIANA. Foro sobre la Política Integral para la Mujer Colombiana. Consejería para la juventud, la Mujer y la Familia. Presidencia de la República, Bogotá, Colombia. 1991 .
3. IV CONFERENCIA MUNDIAL DE LA MUJER. Beijing China Septiembre de 1995. Igualdad, Desarrollo y Paz para todas las mujeres del mundo. Síntesis de la Plataforma de Acción y de Compromisos Internacionales. Presidencia de la República. Bogotá, Colombia noviembre de 1995.
4. LA SALUD EN COLOMBIA. Estudio Sectorial de Salud. Dirección Francisco José Yepes. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Col. 1990. Tomo Y.
5. SHEILA BLUME. MD. Women and Alcohol. A Review. Jama Septiembre 19, 1986 Vol. 256, Nro. 11.
6. MARGARET L. GRIFFIN, Ph. D, Weiis, Mirian and Lange A Comparison of Male and Female Cocaine Abusers. Arch. Gen Psychiatry Vol. 46, Febrero 1989.
7. JOSHUA D. LIPSITA, PH.D., Janet BW. Williams Psychopathology in Male and Female IV Drug Uses with and Without HIV Infection Am J. Psych. 151:11 November 1994.
8. FISHBEIN DIANA H. Dept of Justice, USA. Female PCP- Using Jail De Fainnees. Proneness to Violence and Gender Differences. Addictive Behaviors Vol. 21 Nro. 2 pp 155-172, 1996. Pergamon SSDI 0306-6039(96) 00049-6.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. 1993. Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. Div of Family Health - Div of Mental Health. WHO/FHE/MNH/ 93.1
10. KANDEL DENISE Ph.D., Victoria H. Raveis Ph. D., Drug Use in Young Adulthood. Arch. Gen Psychiatry Vol. 46 Febrero de 1989.

11. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS. Colombia 1993. Ministerio de Salud. División Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia.
12. VELASQUEZ DE P. ELVIA. Torres de Galvis Yolanda y Cols. Estudio Epidemiológico de Uso de Drogas en Población General de Medellín. 1984, SURGIR. Estudio Interinstitucional.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Colombia Key Informants Study on Cocaine; Velásquez Elvia y Tamayo Orlando.
14. WHO INITIATIVES ON COCAINE. Colombia Country Profile. Velásquez Elvia y Tamayo Orlando.
15. WHO INITIATIVES ON COCAINE. Key Informants on Cocaine International Report Study RuthBeth. Finnerman and Bruce Flaherty and cols.. 1995.
16. WHO INITIATIVES ON COCAINE. International Country Profiles. By Bruce Flaherty and Cols. 1995.
17. RODRIGUEZ OSPINA EDGAR. Duque Luis Fernando y Rodríguez Jesús. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, marzo 1993. Fundación Santa Fé de Bofotá.
18. TORRES DE GALVIS YOLANDA. VESPA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas. Alcaldía de Medellín, 1992.
19. CLIMENT CARLOS. MD. y Lida V. de Aragón. Factores Asociados con el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria en Cali, Colombia. Publ. Colombia Médica. Vol. 17 Nro. 2, 1986.
20. MANOTAS RAFAEL, Caizedo José y Cols. Repercusión Perinatal del Consumo de Basuco durante la Gestación. Iatricia. vol. 2 Nro. 3. diciembre/89. Medellín, Col. (Revista Facultad de Medicina U. de A.).
21. MANOTAS RAFAEL, Cuesta Fany, Caizeo José y Restrepo Marta. Niveles Sangjineos de Plomo en Neonatos Hijos de Madres Consumidoras de Basuco. Estudio Comparativo. IATREIA. Vol. 1 Nro. 2. Diciembre/88. Medellín, Colombia.
22. VELASQUEZ DE P. ELVIA. Accesibilidad al Tratamiento para Abuso de Sustancias para Niños de la Calle. Documento ó WHO. PSA. 1992.

23. ATERHORTUA MARIO, Maya L.H. y Grisales Rubiel Sustancias de Producción Dependencia en Menores de Vida Callejera. Medellín, octubre/84. U. de a. Medellín. Centro Documentación SURGIR, Medellín, Col.
24. HORTENSIA AMARO PH, D. Barrizucherman y Cabral, Drug Use Among Adolescent Mothers. Profile of Risk. Pediatrics. Vol. 84 Nro. 1. July 1989.
25. BURGOS JARAMILLO GABRIEL y Cols. Consumo de Psicoactivos en Mujeres Internas. Cárcel del Buen Pastor. Medellín, Colombia 1993. Tesis de Grado. Directora: Elvia Velásquez de Pabón, Fundación Universitaria "Luis Amigó". Postgrado en Farmacodependencia. Medellín, 1993.
26. SPECIAL POPULATIONS. WOMEN ETHNIC MINORITIES AND THE ELDERLY. Auto. Mary Closser, Do and Frederic C. Blow PH.D. Psych Clinics of NA. Recent Advances in Addictive Disorders. Vol. 16 Nro. 1 March/93.
27. TORRES YOLANDA Y MURRELLE LENN. Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Sustancias que producen Dependencia, Colombia, 1987.
28. SAAVEDRA CASTILLO ALFREDO. Dependencia a Benzodiazepinas. Psicoactiva Nro. 12 Año VIII, 1994. CEDRO, Lima, Perú.
29. AGUDELO B. MARIA EUGENIA. El Papel del Coadicto en la Familia del Farmacodependiente y/o Alcohólico. SURGIR /1992. Documentos Especiales. Centro Documentación. Documento 768.
30. PATRICIA A. PAPE. Chemically Dependent and Adult COA, Women in Recovery Wome's ussie. The Almacan. March(1989).
31. HOGARES CLARET. Proyecto Mujer. Documento Inédito en Preparación 1996. Medellín.
32. OMS/OPS. La Mujer y el Desarrollo (MSD) Estrategias Regionales para el Futuro (Mimeo). Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
33. OMS/OPS. La Situación de la Mujer y su Condición de Salud en la Subregión Andina. Informe Final. Taller Subregional Andino sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Bogotá, Colombia, 27-29 de julio, 1988. (Mimeogr. Ministerio de Salud de Colombia).
34. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991. Presidencia de la República, Impreandes Bogotá, Colombia.
35. LA MUJER Y LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS. Cartilla Educativa. CEDRO, Lima, Perú.

36. LA MUJER Y EL DESARROLLO. Guía para la Planificación de Programas y Proyectos CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile. 1984, Nro. Venta S. 82. II 6.8 CEPAL. Casilla 179 D. Santiago de Chile.
37. ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA EL TRABAJO COMUNITARIO. Secretaría de Desarrollo de la Comunidad. Gobernación de Antioquia, 1994. Medellín, Colombia.

OTRAS BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

1. LONDOÑO, Angela y Wills B., Beatriz. Mujer y Drogas: El trabajo de la Mujer y su impacto sobre la salud. Medellín; ISS.
2. GOLDEBERG, Paulete y Aparecida, Maria. La violencia contra la Mujer; una cuestion de Salud. Patempstro: Consejo Estatal de la Condición Femenina.
3. RODRIGUEZ, Carlos Anibal. Seguridad y Salud de la Mujer trabajadora frente a la reconversion industrial y cambio tecnologico. // En; Revista Salud de los trabajadores. Vol.2 No.1 (Enero. 1994).
4. RAMIREZ RODRIGUEZ, Juan Carlos y URIBE VASQUEZ. Griselda. Mujer y Violencia un hecho cotidiano. // En; Revista Salud Pública. No.35 (1993) P. 148-160.
5. BREILH, Jaime. La Salud de la Mujer y la Construcción del Nuevo ser humano. Quito: CEAS.
6. CHILDREN OF ALCOHOLICS. Alcohol, Tabaco and Other Drugs. Resource Guide Aug. 1993 Center for Sunstance Abuse Prevention Center for Substance Abuse Prevention US. DHHS. PHS. SAMHSA Po Box 345 Rockville MD 20847 - 2345. DHHS Publication (SMA-93) 2023 7 1993.
7. FEIJOO LLANTOP. El Comportamiento Sexual de Adictos a PBC en Re. Psicoactiva Año VII Nro. 11 - 1993. ISSN 1021 - 2949. CEDRO. Lima. Perú.
8. MILTON JOSE ROJAS VALERO "Características Socioculturales en Consumidores de Drogas atendidas en CEDRO. Lima, Perú. En Rev. Psicoactiva Año VII Nro. 10. 1003. CEDRO, Lima, Perú.
9. LONDOÑO DE LA C. JUAN LUIS. Violencia, Psychis y Capital Social. Notas sobre América Latina y Colombia. Documento de Discusión. Segunda Conferencia Latinoamericana sobre Desarrollo Económico, Banco Mundial y Universidad de los Andes, Santa Fé de Bogotá,. julio 1996.

10. CASTAÑO BERTA LUCIA H. Violencia Sociopolítica en Colombia. Repercusión en la Salud Mental de las Víctimas, Corporación Avre. Tel: 2219260 / Fax: 2227291, Bogotá, 1994.

11. JANETH L. MITCHELL, MD. MPH. Consensus Panel, Chair, Pregnant Substance - Using Women. TIP. Treatment Improvement Protocol Series 2. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) US. D.H.H.S. Public Health Services. Substance Abuse and MHS. Rockwall II 5600 Fishers Lane. Rockville, MD 20857 - 1993.