

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 55 - N°2
Buenos Aires - Junio 2009

ISSN: 0001 - 6896

Editorial

73. Trastorno mental e infelicidad humana
CESAR A. CABRAL

Originales

76. Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas durante el embarazo
HUGO A. MÍGUEZ, RAQUEL MAGRI, MÓNICA SUÁREZ
84. Evaluación de propiedades psicométricas de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes oncológicos de Buenos Aires
DANIELA GERCOVICH, FERNANDO TORRENTE, PABLO LÓPEZ, DIEGO BORTOLATO, PATRICIA MARGIOLAKIS, MIRTHA MORGENFELD, LAURA ROSELL, GERARDO PAOLOSKI, JUAN POLLOLA, GASTÓN MARTÍN REINAS
92. Aportes de la evaluación psicológica para la elaboración de intervenciones en la población infantil
ANA BETINA LACUNZA
102. Variables cognitivas del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes
LUCIANA RAUSCH, ANNA ROVELLA

Revisión

113. Depresión: ¿epidemia o sobrediagnóstico?
RICARDO ARANOVICH

Actualización

123. Aportes al paradigma integrativo en psicoterapia: abriendo caminos desde la psicoterapia cognitiva y el análisis transaccional
DIEGO FEDER, JESÚS FERNÁNDEZ CAO, GUSTAVO TAFET

Historia

127. La herencia equívoca de Prosper Lucas. Acerca del *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle* (1847-1850)
MAURO VALLEJO

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 55 - N°2
Buenos Aires - Junio 2009

ISSN: 0001 - 6896

134. Notas para un análisis de la obra psicológica de Aníbal Ponce
LUCIANO NICOLÁS GARCÍA

Recensión

143. BARONE, Roxana. *Arnaldo Rascovsky, el gran comunicador del psicoanálisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual; 2008.
ANTONIO LAS HERAS

Información

144. Reconocimiento de FINTECO a las mejores contribuciones científicas en el campo de la salud mental.



Fundación **acta**
Fondo para la salud mental



Centro Colaborador de la OPS/OMS

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica N°4863/66
inscrita en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el N°1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

César A. Cabral: Presidente
Mario Vidal: Vicepresidente 1°
Edith Serfaty: Vicepresidente 2°
Diana Vidal: Secretaria
Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolas Stepke: Director Técnico
Lucía Rossi: Vocal
Ernesto Martín-Jacod: Vocal
Lilian Carvajal: Vocal

Sede Social: M. T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAH - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54 11) 4342-1196 - fuacta@acta.org.ar
CC 170, Suc. 25. Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Administración/Suscripciones: (54 11) 4342-1196 int.:100 - fuacta@acta.org.ar
www.acta.org.ar

Alarcón Renato D.
Rochester - EUA

Ardila Rubén
Bogotá - Colombia

Azcoaga Juan
Buenos Aires - Argentina

Barcia Demetrio
Murcia - España

Carpintero Helio
Madrid - España

Costa e Silva Jorge A.
Rio de Janeiro - Brasil

Dorfman Lerner Beatriz
Buenos Aires - Argentina

Dörr Zegers Otto
Santiago - Chile

Fernández-Álvarez Héctor
Buenos Aires - Argentina

Gómez Alejandro
Santiago - Chile

Gómez Jarabo García Gregorio
Madrid - España

González Uzcátegui René
San José - Costa Rica

Kornblit Ana Lía
Buenos Aires - Argentina

Levav Itzhak
Jerusalem - Israel

López-Ibor Aliño J. José
Madrid - España

Lucchetti César
Buenos Aires - Argentina

Mainetti José
Buenos Aires - Argentina

Manes Facundo
Buenos Aires - Argentina

Marconi Juan
Santiago - Chile

Mariátegui Javier †
Lima - Perú

Mezzich Juan
Pittsburgh - EUA

Míguez Hugo
Buenos Aires - Argentina

Pagés Larraya Fernando †
Buenos Aires - Argentina

Parada A. Rafael
Santiago - Chile

Pérez-Rincón Héctor
México D.F. - México

Rosselli Humberto
Bogotá - Colombia

Silva Ibarra Hernán
Santiago - Chile

Sluzki Carlos
Santa Barbara - EUA

Vicente Benjamín
Concepción - Chile

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica propiedad de la Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en lengua española. Aparece regularmente cuatro veces al año: en marzo, junio, septiembre y diciembre. Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas de Argentina en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indizada en las bases de datos electrónicas LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycLIT, figura en los registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Fundador

† Guillermo Vidal

Directores

César A. Cabral
Santa Fe 1881 - C1123AAA
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54 11) 4812-7205
cesar.cabral@acta.org.ar

Luis Meyer
Juncal 2663 - C1425AYE
Ciudad de Buenos Aires,
Argentina
gnmeyer@gmail.com

Director Honorario

Fernando Lolás Stepke
Cervantes 3251, Ñuñoa, Santiago, Chile
Fax: (562) 233-3508

Director Asociado

Francisco Alonso-Fernández
Profesor emérito de la Universidad Complutense, Madrid, España

Comité de Redacción (2008-2009)

Ricardo Aranovich, raranovich@hotmail.com
Lilian Carvajal, lilianemilcecarvajal@hotmail.com
Roberto Fernández Labriola, ciefq@fernandezlabriola.com
Octavio Gallego Lluesma, cppba@yahoo.com
María de los Angeles López Geist, angelesgeist@yahoo.com.ar
Alicia Losoviz, ailosoviz@intramed.net
Carlos Repetto, cor@intramed.net
Lucía Rossi, velino@fibertel.com.ar
Edit Serfaty, edithserfaty@yahoo.com
Jaime Smolovich, jajji@abacnet.com.ar
Gustavo Tafet, psychiatry@maimonides.edu

Coordinación y Edición

Alejandra Niño Amieva
editor@acta.org.ar

Corrección y supervisión de contenidos

Carlos Catroppi
ccatroppi@gmx.net

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Fac. de Medicina, Universidad de Buenos Aires) - C1121ABG
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: (54 11) 4342-1196
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N°091317

ISSN: 0001 - 6896

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Diagramación: DARMAS - arte@darmas.com.ar

Impresión: Artes Gráficas Serval - Puccini 221. L. de Zam., Bs. As., Argentina

Original

Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas durante el embarazo

HUGO A. MÍGUEZ, RAQUEL MAGRI, MÓNICA SUAREZ

HUGO A. MÍGUEZ
Doctor en psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).
Ciudad de Buenos Aires,
Argentina.

RAQUEL MAGRI
Médica pediatra neonatóloga.
Facultad de Medicina,
Universidad de la República,
Montevideo, Uruguay.

MÓNICA SUÁREZ
Licenciada en psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de la República,
Montevideo, Uruguay.

El artículo trata sobre el estudio exploratorio realizado en el Uruguay acerca de la prevalencia del uso de alcohol y tabaco en un grupo de puérperas. Fueron encuestadas 493 puérperas de una muestra tomada en diciembre de 2007, en las 48 horas después de producido el nacimiento. El 78.1% de las puérperas había fumado alguna vez en la vida y 30,8% durante el embarazo. El 63,1 % tomó alcohol durante todo o en alguna etapa del embarazo. El 72,8% de esta ingesta se concentró en la bebida de fin de semana. En esos periodos el 41% consumió por vez más de un litro de cerveza, y el 24,6% la misma cantidad con vino. El 12% tomó más de 200cc de bebidas destiladas. El 96,3% de las madres encuestadas hizo controles durante el embarazo con el médico, la partera o ambos. El 36,1% recibió información del médico sobre el tema del tabaco en relación con el embarazo, el 18,1% con la ingesta de bebidas alcohólicas. Los resultados obtenidos por la encuesta han sido considerados desde el campo jurídico en el Río de la Plata y desde medidas educativas para atender la vulnerabilidad del recién nacido

Palabras Clave:

Alcohol – Tabaco – Embarazo – Consumo de riesgo – Prevalencia.

Use of alcohol and tobacco in pregnancy

This article explores the prevalence of alcohol and tobacco use in a group of post partum women in a public hospital in Uruguay. A survey was applied to 493 women within the 48 hours of delivery after birth. 78.1% of those mothers had smoked sometime during their lifetime and 30.8% throughout it. 29.5% of the mothers who smoked daily during the pregnancy did it with a frequency of more than ten times. 95.4% had consumed alcohol during their lifetime. 63.1% drunk alcohol in some stage or during all their pregnancy. 72.8% of this ingestion was during weekends. In those periods 41% consumed per time more than a liter of beer, and 24.6% the same amount of wine. 12% drunk more of 200 cc of distilled drinks. 96.3% of those mothers were controlled during pregnancy with a medical doctor, a midwife or both. 36.1% received information from the medical doctor on tobacco and pregnancy, 18.1% on alcohol and pregnancy. A 76.1% of smoking women of which 30.8% did it throughout all gestation implies a level of acceptance and tolerance that is not an exceptional fact. 29% of mothers who had taken spirits during all the gestation shows similar conclusions. The results obtained by the survey have been considered from the legal field in the Rio de la Plata region and from educative measures to take care of the vulnerability of newborns.

Keywords:

Alcohol – Tobacco – Pregnancy – Risk consumption – Prevalence.

CORRESPONDENCIA:
Dr. Hugo A. Míguez,
Medrano 1922, piso 11 "B",
C1425GDH Ciudad de
Buenos Aires, Argentina;
miguez@ciudad.com.ar

Introducción

Históricamente, el consumo femenino de tabaco y bebidas alcohólicas fue durante mucho tiempo menos frecuente que el de los varones. Desde el campo cultural ello ha sido explicado, además de una asociación mítica con la virilidad, como el resultado de una mayor censura social sobre los excesos femeninos: se sostenía que, a diferencia de los varones, las mujeres que caían en el alcoholismo tenían importantes perturbaciones psíquicas, que eran las que las forzaban a superar las barreras culturales alzadas contra la ingesta de bebidas. Sin embargo, desde mediados del siglo pasado el consumo de alcohol y tabaco dejó de ser una rareza, y las sociedades occidentalizadas de posguerra incorporaron a la mujer a estos consumos. [4] Como es natural, ello ha despertado mayor interés por estas sustancias, ahora en relación con el embarazo.

En los últimos años, diversos estudios han señalado la importancia del consumo de alcohol y otras sustancias durante la gestación, como determinantes de problemas para la madre y el niño [12, 21, 5, 16]. En el Uruguay [25] y, en general, en la mayoría de los países de América las mujeres, embarazadas o no, consumen en primer término alcohol y tabaco, [28] y en menor cantidad drogas ilícitas. Fue Lemoine [23] quien sostuvo, a fines de la década de 1960, que el consumo de bebidas alcohólicas por las mujeres durante su edad fértil no sólo aumentaba el riesgo de tener embarazos no planificados sino que exponía al embrión y al feto a sufrir defectos congénitos, y a diversas anomalías del crecimiento. Los problemas descritos por Lemoine recibieron posteriormente, por parte de Jones y Smith, [20] el nombre de *síndrome alcohólico fetal*. Esa caracterización incluía el retraso del crecimiento intrauterino, los defectos en el sistema nervioso central, el retraso mental y otras anomalías, como microcefalia, cara aplanada, *filtrum* borrado, labio superior fino, nariz y fisuras palpebrales cortas. El término fue ampliado luego a *síndrome de enfermedad por alcoholismo fetal (SAFD, según sus iniciales en inglés)* que, con los defectos a él asociados, [9] incluye toda la serie de consecuencias del

consumo de alcohol por mujeres embarazadas durante el proceso de gestación. Tales consecuencias pueden ser tanto físicas [6, 13] como mentales [14], del comportamiento [8] o del aprendizaje, y tener implicaciones a lo largo de toda la vida.

Hasta el presente no se ha logrado determinar qué cantidad de bebida alcohólica es necesaria para producir algún efecto apreciable en un recién nacido [7]. Se plantea que tanto el consumo reiterado como los excesos (los episodios de embriaguez, conocidos también como *binge drinking*) [27] pueden provocar muy significativos efectos sobre el feto. Sin embargo, aun no hay precisión sobre las cantidades moderadas o mínimas que puedan ser consideradas límites [15]. Esa situación ha llevado a que uno de los grupos formadores de opinión en estas áreas, la AAP (American Academy of Pediatrics), sostuviera que no hay datos suficientes para definir un "consumo seguro" [2].

El consumo de alcohol y de tabaco encuentra factores que lo potencian, como la pobreza [10, 1], la edad juvenil [33] y en especial la adolescencia [29], el bajo nivel cultural [3], la malnutrición materna y el consumo de otras sustancias [34]. Esas condiciones actúan en un grupo familiar donde haya otros miembros que puedan ser quienes provoquen el consumo o lo mantienen. Mann planteó los efectos del tabaquismo materno [26] como condicionante del tabaquismo posterior del hijo.

Se ha asociado al tabaquismo durante el embarazo, tanto activo como pasivo, con bajo peso al nacer, prematuridad, aborto y muerte fetal [22], relacionada con el efecto anorexígeno de la nicotina y su efecto hipóxico en la placenta [31]. También se ha sostenido que este hábito constituye un factor de riesgo de muerte súbita del lactante y de enfermedades respiratorias posnatales [18], con efectos teratogénicos [24] y un claro papel de generador de alteraciones neurológicas, como por ejemplo problemas del lenguaje y del aprendizaje [19], problemas conductuales, déficit atencional [17] y, por último, relación con factores carcinogénicos [11]. Diferentes estudios han descrito los probables efectos del tabaco

en el tracto genitourinario, y también los efectos que puede producir unido a otras drogas, como la cocaína: laparosciosis [32], hernia iatal, craneoestenosis, polimalformaciones y retraso en el crecimiento.

Para el caso específico del Uruguay, disponemos de dos textos que evalúan el hábito de fumar en las embarazadas. El primero de ellos es un informe del SIP (Sistema Informático Perinatal, administrado por un centro dependiente de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud) correspondiente a 2004 [30]. De acuerdo con ese trabajo, son fumadoras el 14% de las embarazadas de todo el país, y el 22% de las montevidéanas. Otro estudio, realizado en abril de 2005 sobre una población de 900 puérperas [25] evalúa el consumo por medio de entrevistas, y de exámenes de marcadores biológicos en muestras de meconio. La conclusión de ese trabajo es que la cuestión del uso de sustancias psicoactivas durante el proceso de la gestación no recibía en ese momento la atención que hubiera requerido en el aspecto epidemiológico.

Materiales y métodos

La experiencia del citado estudio de 2005 constituyó el antecedente necesario para ajustar los instrumentos de encuesta. Ello se plasmó en otro estudio, llevado a cabo a fines de 2007.¹ En ese nuevo estudio, que motiva el presente artículo, fueron evaluados de manera completa y con diferentes instrumentos los casos de 493 mujeres en etapa de puerperio, indagadas dentro de las 48 horas del alumbramiento. La evaluación consistió en someter a la atención de las participantes un cuestionario desarrollado dentro del marco del Programa de Epidemiología Psiquiátrica de una organización de investigación del gobierno argentino, el Conicet (Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina), como parte de una investigación más amplia, realizada a fines de 2007 en

el Hospital Pereira Rossel de la ciudad de Montevideo.

Se utilizó una muestra coincidental que comprendió todos los casos de puérperas internadas cuyos partos hubieran tenido lugar entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre, que se encontraran en buen estado de salud posparto y dieran su consentimiento para participar del estudio. Se registró una sola negativa a someterse a la entrevista. La encuesta fue aplicada por personal calificado y especialmente entrenado para la tarea, e incluyó aspectos sociodemográficos, referencias a los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y datos relacionados con la información que las mujeres habían recibido sobre dichas sustancias durante el curso de su embarazo.

Resultados

Los datos sociales y demográficos de la población encuestada fueron coincidentes con los de la población hospitalaria general, perteneciente a los sectores socioeconómicos bajo y medio bajo. El nivel de escolaridad era inferior a la media de la población; el 46,5% no había cursado estudios medios. El promedio de edad de las participantes se situó en los 25 años (diferencia de 6 años en más y en menos). El 10,1% eran madres jóvenes, de entre 15 y 17 años de edad. El 66,7% eran amas de casa; el 13,8% trabajaba, en su mayoría en actividades no calificadas.

Para el 32,3% de las mujeres se trataba del primer hijo. El embarazo había sido planificado sólo en el 32,9% de los casos. El 23,9% atribuyó la gravidez a fallas del método anticonceptivo; el resto había dejado de cuidarse, o nunca lo había hecho. El 78,1% de las mujeres había fumado alguna vez en la vida, y el 30,8% admitió haber fumado durante todo el transcurso del embarazo; el 16,4% había fumado durante los primeros tres meses, y el 1,2 % hacia el final de la gestación. Considerando todos los casos, se llega a la conclusión de que el 48,4% de las participantes había fumado en alguna etapa del embarazo (véase tabla 1).

1 MAGRI R, MÍGUEZ H, SUÁREZ M, SUAREZ H, JONES J, RÍOS R, MORAES M, BUSTOS R. Consumo de sustancias psicoactivas en embarazadas. Pendiente de publicación.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de uso de tabaco en distintos momentos del embarazo (n = 493)

Actitud	Participantes	Porcentajes		
		Del total	De las que habían fumado	
Fumadoras	Todo el embarazo	152	30,8	40,5
	Primeros tres meses	81	16,4	21,6
	Últimos seis meses	6	1,2	1,6
	Habían dejado de fumar	136	27,6	36,3
	Subtotal	375	76,1	100,0
No fumadoras	118	23,9	—	
Total	493	100,0	100,0	

El 29,5% de las madres que fumaron diariamente durante el embarazo lo hizo con una frecuencia de más de diez cigarrillos diarios (tabla 2). Por lo demás, en el caso del tabaco es preciso considerar también la condición de

“fumador pasivo”, que se aplica a quienes inhalan el humo presente en el ambiente. El 74,6% de las mujeres entrevistadas residía o había residido en compañía de personas fumadoras (tabla 3).

Tabla 2: Número de cigarrillos consumidos a diario durante el embarazo (n = 493)

Cigarrillos fumados por día	Participantes	Porcentajes		
		Del total	De las que habían fumado a diario	
Fumadoras	De uno a 5	108	21,9	45,6
	De 6 a 10	59	12,0	24,9
	De 11 a 20	56	11,4	23,6
	Más de 20	14	2,8	5,9
	Subtotal	237	48,1	100,0
No fumadoras, o mujeres que no fumaron todos los días	256	51,9	—	
Total	493	100,0	100,0	

Tabla 3. Convivencia con fumadores

Condición	Encuestadas	%
CONVIVEN con fumadores	368	74,6
NO conviven con fumadores	125	25,4
Total	493	100,0

El 95,4% de las participantes había consumido alcohol alguna vez en la vida, y el 29,0% lo consumió durante el embarazo. Discriminando, se halla que el 16,8% había ingerido alcohol durante los primeros tres meses, y el 12,8% en los últimos 6 meses. El 4,5 % había tomado alcohol en alguna etapa que no podía precisar. Estas cifras implican que el 63,1% de las mujeres participantes había tomado alcohol en alguna etapa del embarazo, contra el 36,9% que había dejado de consumir bebidas alcohólicas antes de la gestación (véase Tabla 4).

Por último, es de señalar que el 72,8% de la ingesta de bebidas alcohólicas se hallaba concentrado en el fin de semana. Las cantidades consumidas en tales períodos fueron diferentes según el tipo de bebida; el 41% consumió por vez más de un litro de cerveza, y el 24,6% más de un litro de vino, mientras que el 12% ingirió más de 200 c.c. de bebidas destiladas (véase tabla 5).

El 96,3% de las mujeres encuestadas acudió a controles durante el curso de su embarazo, con médicos o con parteras, o bien con ambos tipos de profesionales. Sin embargo, sólo recibió información sobre la cuestión del tabaco en relación con el embarazo el 36,1%, y en relación con el alcohol apenas el 18,1%.

Discusión

La problemática del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas se halla ya plenamente

instalada en poblaciones que hasta hace poco eran consideradas poco afectadas. La mujer, reconocida como un objetivo comercial por los fabricantes de este tipo de productos, se ha venido incorporando progresivamente en las últimas décadas. Ese hecho ha obligado a revisar el concepto hasta entonces vigente de vulnerabilidad, al extenderse el consumo a un grupo singularizado por su capacidad de gestar, pero también por sus características de mayor fragilidad en la exposición al alcohol y el tabaco.

Este tipo de consumo afecta tanto a las mujeres como a sus hijos. Lejos de hallarnos ante circunstancias ocasionales, la regularidad de ambos hábitos se presenta como una naturalización del consumo, que hasta el momento no ha despertado las señales de alarma que serían necesarias. Ese es el sentido hacia el que apuntan los datos obtenidos, con un 76,1% de mujeres fumadoras, de las cuales el 30,8% continuó fumando durante **todo** el período de gestación. Las cifras hablan de niveles de aceptación y tolerancia que no configuran, ciertamente, ningún hecho excepcional. Por otra parte, tal situación se ve reforzada por la circunstancia de que el 74,6% de las mujeres conviven con alguien que fuma. El otro aspecto del grupo estudiado es que un 29% ha consumido bebidas alcohólicas durante **toda** la gestación, lo cual es una nueva prueba de la "naturalización" de los consumos dañinos en el grupo de madres estudiadas. Conviene señalar también que

Tabla 4: Valores absolutos y porcentaje de consumo de alcohol durante el embarazo (n = 493).

	Estatus de consumo	Encuestadas	%
	Todo el embarazo	143	29,0
	Primeros tres meses	83	16,8
Consumidora	Últimos 6 meses	63	12,8
	Tomó pero no sabe en qué etapa	22	4,5
	Subtotal	311	63,1
	No consumidora*	182	36,9
	Total	493	100,0

* Había dejado el alcohol con anterioridad, o no consumió durante la gestación.

Tabla 5. Consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana, según cantidades por tipo de bebida (n = 493)

Tipo	Cantidades	Encuestadas	%	% ajustado
Cervezas	Menos de ¼ litro	35	7,1	11,1
	¼ litro	66	13,4	21,0
	½ litro	85	17,2	27,0
	1 litro	78	15,8	24,8
	1½ litro	12	2,4	3,8
	2 litros	13	2,6	4,16
	2½ litros	3	0,6	1,0
	3 litros	10	2,0	3,2
	Más de 3 litros	13	2,6	4,1
	Total de bebedoras	315	63,9	100,0
	No consumieron cerveza	178	36,1	
Vinos	Menos de ¼ litro	16	3,2	24,6
	¼ litro	18	3,7	27,7
	½ litro	15	3,0	23,1
	1 litro	9	1,8	13,8
	1½ litro	2	0,4	3,1
	2 litros	1	0,2	1,5
	Más de 3 litros	4	0,6	6,2
	Total de bebedoras	65	13,2	100,0
	No consumieron vino	428	86,8	
Bebidas destiladas	Menos de una medida*	1	0,2	2,0
	Una medida	24	4,9	48,0
	2 medidas	14	2,8	28,0
	3 medidas	4	0,8	8,0
	4 medidas	3	0,6	6,0
	¼ litro o más	4	0,8	8,0
	Total de bebedoras	50	10,1	100,0
	No consumieron destilados	443	89,9	

* Una medida equivale aproximadamente a 30 c.c.

fumar más de diez cigarrillos diarios o beber alrededor de 80 c.c. de alcohol absoluto por día son de por sí factores de riesgo, con prescindencia de si quienes tienen tales comportamientos son o no mujeres gestantes.

En el momento de realizarse la investigación de campo aquí reseñada, la difusión de hábitos que ponen en riesgo la salud no había

hallado todavía, desde los ámbitos sanitario y educativo, ninguna respuesta que estuviera en proporción con el problema planteado. Esto es evidente, en particular, si se toman en cuenta los escasos porcentajes de mención de tal problema por parte de los profesionales, durante el curso de los controles habituales del embarazo. Esto ha cambiado en los últimos años, que han visto pasos dirigidos a una más decidida toma de conciencia del

problema en el campo de la salud pública. En 2004 el Estado uruguayo firmó el Convenio Marco sobre control de tabaco, y ha sido uno de los primeros en ratificarlo. En marzo de 2006 se convirtió en el primer país de América latina 100% libre de humo de tabaco. Con todo, muchas de estas regulaciones no han llegado al grupo de madres estudiado, si se tiene en cuenta que la mayoría de ellas son amas de casa, que las que trabajan son menos del 15% del total, y que por lo general se desempeñan en ámbitos de trabajo temporarios y en lugares no bien controlados por las regulaciones. En una próxima etapa será preciso crear una serie de estrategias específicas para que los espacios libres de humo abarquen también a estos grupos de la población.

Para el equipo interviniente en la investigación, los costos sociales y humanos del consumo de alcohol y tabaco en el embarazo, así como los costos económicos, no constituían un tema nuevo. No obstante, los datos oportunamente recogidos han servido para iniciar una revisión general de las estrategias. Como acciones puntuales, en el Hospital Pereira Rossell de Montevideo y en otros centros de salud del interior del Uruguay se ha llevado a

cabo, a través del ministerio de Salud Pública, el seguimiento y tratamiento de lactantes afectados por el consumo de sus madres durante el embarazo, mediante la aplicación del programa español SERENAR. Los resultados de la encuesta han sido considerados también en la legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como guía para estimar debidamente la vulnerabilidad del recién nacido: por una ley promulgada en 2007 (N° 2318), la ciudad promueve la instauración de “estrategias institucionales de ayuda al recién nacido con daño por abuso o dependencia materna a sustancias psicoactivas legales o ilegales”.

En síntesis, los datos obtenidos por la encuesta aquí examinada han llevado a la comunidad, de una actitud pública tolerante hacia el consumo de tabaco y alcohol a otra que implica una mirada crítica, y al desarrollo de las primeras acciones de capacitación sanitaria en el tema. Esos mismos datos constituyen una ayuda para la discusión de estos problemas en ámbitos profesionales, y una primera intervención en el camino de instrumentar lo que mejor se ajuste a la realidad vigente en el área del río de la Plata.

Referencias bibliográficas

- ABEL EL. An Update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicol Teratol.* 1995; 17: 437-43.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Substance Abuse, Committee on Children with Disabilities. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopment Disorders. *Pediatrics*; 2000; 106 (2) 358-61.
- BECKERLEG S, CHISMAN A, COPELAND J, COVINGTON S, ERNST M, FISCHER G, HEDRICH D, MONTEIRO M, MURTHY P, SVIKIS D, USHER N, VOGT I, WETHERINGTO. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer.* Nueva York: Naciones Unidas; 2005.
- BECKMAN L. Women alcoholics. A review of social and psychological studies. *J. Studies Alcohol.* 1975; 36: 797-824.
- CANADA'S DRUG STRATEGY DIVISION (2000). *Fetal alcohol syndrome / fetal alcohol effects and the effects of other substance use during pregnancy.* National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; CDC 2006. Citado marzo 2009. Disponible en <http://www.cds-sca.com/>
- DAMGAARD IN, JENSEN TK. THE NORDIC CRYPTORCHIDISM STUDY GROUP, PETERSEN JH. SKAKKEBÆK N, TOPPARI J, MAIN K.M. Cryptorchidism and Maternal Alcohol Consumption during Pregnancy. *Environ Health Perspect.* 2007; 15(2): 272-277
- ECKARDT MJ, FILE SE, GESSA GL, GRANT KA, GUERRI C, HOFFMAN PL, KALANT H, KOOB GF, LI ,T-K, TABAKOFF B. Effects of moderate alcohol consumption on the Central Nervous System. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006; 22(5): 998-1040.

8. FRYER SL, TAPERT SF, MATTSOON SN, PAULUS MP, SPADONI AD, RILEY EP. Prenatal alcohol exposure affects frontal-striatal BOLD. Response during inhibitory control. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(8): 1415-24.
9. GERBERDING JL, CORDERO J, FLOYD L. *Fetal Alcohol Syndrome. Guidelines for referral and diagnosis.* 3^{ra} ed. National Centre on Birth Defects and Developmental Disabilities; Centers for Disease Control and Prevention; Department of Health and Human Services; 2005
10. GESHAN S. Missed opportunities for intervening in the lives of pregnant women addicted to alcohol or other drugs. *J Am Med Women's Assoc.* 1995; 50: 160-3.
11. GODSCHALK RWL, KLEINJANS JCS. Characterization of the exposure: disease continuum in neonates of mothers exposed to carcinogens during pregnancy. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2008; 102 (2): 109-17.
12. GRAY R, HENDERSON J. *Review of the fetal effects of prenatal alcohol.* Report to the Department of Health. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2006.
13. GUERRI C. Teratogenic effects of alcohol: current status of animal research and *in vitro* models. *Arch toxicol suppl.* 1995; 18: 71-80.
14. GUERRI C, RENAU-PIQUERAS J. Alcohol, astroglia, and brain development. *Mol Neurobiol.* 1997; 15 (1): 65-81.
15. HENDERSON J, KESMODEL U, GRAY R. Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking. *J Epidemiol Community.* 2007; 61:1069-73.
16. HUESTIS MA, CHOO RE. *Drug abuse's smallest victims. In utero drug exposure. Forensic Sci Int.* 2002; 128 (1):120-30.
17. HUIJBREGTS SC, SEGUIN JR, ZOCCOLILLO M, BOIVIN M, TREMBLAY RE. Associations of maternal prenatal smoking with early childhood physical aggression, hyperactivity-impulsivity, and their co-occurrence. *J Abnorm Child Psychol.* 2007; 35 (2): 203-15.
18. JAAKKOLA JK, GISSLER M. Maternal smoking in pregnancy, fetal development, and childhood asthma. *Am J Public Health.* 2004; 94(1):136-41.
19. JACOBSEN LK, SLOTKIN TA, MENCL EW, FROST SJ, PUGH KR. Gender-specific effects of prenatal and adolescent exposure to tobacco smoke on auditory and visual attention. *Neuropsychopharmacology.* (2007) 32; 2453-64.
20. JONES KL, SMITH DW, ULLELAND CN, STREISSGUTH P. Patterns of malformations in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet.* 1973; 1 (7815): 1267-71.
21. JOUITTEAU B, MASSIAS C, SANYAS P. Foetal Alcohol Syndrome. *J Radiol.* 2000; 81 (12): 1709-12.
22. KULLANDER S, KALLEN B. A prospective study of smoking and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1971; 50: 83-94.
23. LEMOINE P, HAROUSEAU H, BORTERYU JT, MENUET JC. A propos de 127 cas. Les enfants des parents alcooliques: anomalies observées *Ouest Med.* 1968; 21: 476-82.
24. LITTLE J, CARDY A., MUNGER RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2004; 82: 213-8.
25. MAGRI R, MÍGUEZ H, PARODI V, HUTSON JH, SUÁREZ H, MENÉNDEZ A, KOREN G, BUSTOS R. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatr Urug.* 2007; 78(2): 122-32.
26. MANN, A. Smoking exposure in uterus increases risk of later addiction. *NIDA Notesk (on line)* 2004; 19 (4):14-15. Citado marzo de 2009. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/PDF/NNCollections/NNW omenGender.pdf>
27. NAIMI TS, LIPSCOMB LE, BREWER RD, COLLEY GILBERT B. Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: implications for women and their children. *Pediatrics;* 2003 111 (5): 1136-41.
28. REHM J, MONTEIRO M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 18(4-5):241-8.
29. STERN C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población.* (2004); 39: 129-58.
30. TODD JEWELL R., TRIUNFO P, AGUIRRE R. Impacto de los Cuidados Prenatales en el Peso al Nacer: El Caso del Uruguay. *Department of Economics - deCON Documentos de Trabajo (working papers)* (on line) 2004; 1304 (citado marzo de 2009). Disponible en <http://ideas.repec.org/p/uide/wpaper/1304.html>
31. VAN DER VEEN F, FOX H. The effect of cigarette smoking on the human placenta: a light and electron microscopic study. *Placenta.* 1982; 3: 243-56.
32. VENTURA SJ, MARTIN JA, CURTIN SC, MATHEWS TJ. Report of final natality statistics, 1995. *Mon Vital Stat Rep.* 1997; 45 (11 Suppl): 1-57.
33. WILSNACK SC, WILSNACK RW. Drinking and problem drinking in US women: Patterns and recent trends. *Recent Dev Alcohol* 1995; 12:29-60.
34. YOUNGENTOB SL, MOLINA JC, SPEAR N, YOUNGENTOB LM. 2007 The effect of gestational ethanol exposure on voluntary ethanol intake in early postnatal and adult rats. *Behav Neurosci.* 2007; 121(6): 1306-15.