

Mujer, pobreza y adicciones*

MARÍA ELENA MEDINA-MORA,^a ESTELA ROJAS GUIOT^b

RESUMEN

El consumo de drogas es un problema complejo que se recrudece cuando se presenta entre la población femenina, debido tanto a su condición biológica de una mayor vulnerabilidad como al rol social que se le ha adjudicado en contraste con el varón, lo cual se complica aún más cuando el fenómeno se presenta entre las mujeres pobres, por la inequidad que conlleva esta condición económica, puesto que estos tres factores unidos les representa un mayor número de problemas a todos los niveles.

Los resultados de distintas investigaciones llevadas al cabo en nuestro país, reflejan que el consumo de tabaco, alcohol y drogas ha aumentado a través del tiempo entre las mujeres, principalmente en lo que se refiere a las bebidas alcohólicas y a drogas como la cocaína. Por consiguiente, se sugiere que los programas de tratamiento que vayan a ser dirigidos para esta población se basen en las condiciones y necesidades específicas de las mujeres.

PALABRAS GUÍA: *Mujer, pobreza, adicciones.*

INTRODUCCIÓN

El alcohol y otras drogas constituyen bienes de consumo, cuyos niveles de uso suelen ser superiores en poblaciones de alto poder adquisitivo, sin embargo, los problemas por su consumo se intensifican entre los pobres. A las dificultades inherentes a la pobreza, se suman las derivadas del abuso de sustancias con una carga mayor para los que menos tienen.

Esta paradoja está asociada a factores tales como: un mayor deterioro del estado de salud

general, al consumo de sustancias de menor calidad, a una mayor carga económica derivada de la adquisición de sustancias, a que los pobres utilizan una proporción más elevada de su ingreso para obtener alcohol y otras drogas; además, con frecuencia, se involucran en actividades ilegales para adquirirlas; finalmente, a que el acceso y utilización de servicios para su atención es menor y tardía.¹⁻³

Por otro lado, también se sabe que las mujeres consumen sustancias en menor proporción que los varones, pero presentan un índice de problemas desproporcionadamente mayor a su nivel de consumo.^{4,5} Situación que no puede explicarse exclusivamente por diferencias en relación con su vulnerabilidad biológica, sino por la interacción de factores biológicos, sociales y culturales, ligados a la construcción social del género. Entre las mujeres, las más pobres constituyen un grupo especialmente vulnerable.

En este trabajo se describen los resultados de diferentes encuestas y estudios que han abordado el trinomio drogas, mujer y pobreza,

* Trabajo presentado en el Simposium "Mujer y Salud" del 19 al 20 de marzo de 2003. Programa Mujer y Salud de la SSA y el Instituto Nacional de Perinatología.

^aDirectora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría.

^bInvestigadora de tiempo completo de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría, México.

Correspondencia:

Dra. Ma. Elena Medina Mora
Directora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales,
Calzada México-Xochimilco 101, México, D. F. 14370.
Correo electrónico: medinam@imp.edu.mx

Recibido: 17 de julio de 2003.

Aceptado: 18 de noviembre de 2003.

el cual inicia con una descripción del contexto en que ocurre dicho fenómeno.

EL CONTEXTO

En años recientes ha habido un interés renovado del estudio de la pobreza y de sus repercusiones en diferentes problemas de salud:⁶ las adicciones no han sido la excepción.⁷ Las primeras concepciones definieron a la pobreza en términos absolutos, se identificaba a la población que se encontraba por debajo de un nivel a partir del cual se caracterizaba la pobreza, la cual se definía como la cantidad mínima necesaria para comprar comida para una dieta límite con dinero remanente suficiente para adquirir otros bienes indispensables. La línea internacional de pobreza se ha definido como la población que percibe menos de un dólar diario (en dólares de 1985), ajustada por las diferencias en el poder de compra de los países: así se identificó que 1,300 millones de personas en el mundo vivían bajo este nivel y que 90% de ellas viven en Asia y en África.⁸

Estas definiciones tradicionales abrieron paso a otras aproximaciones, en las que se acepta que en todos los países existe una pobreza relativa, la cual se observa existe en comunidades rurales y urbanas, tanto en las regiones más desarrolladas como en y las menos desarrolladas. En esta concepción se define la línea de pobreza en términos de lo que es relevante para una sociedad. Tanto en las caracterizaciones absolutas, como en las relativas, la pobreza ha sido definida en términos económicos, sin incluir a la salud más que en términos de un bien que debe proveerse entre aquellos que se definen como pobres. Nuevas concepciones proponen definiciones basadas en la capacidad que tienen los pobres para mejorar su nivel de vida y consideran a la salud y a la educación como elementos básicos en este proceso.⁶ En México se ha estimado que 52% de los habitantes viven bajo la línea de pobreza y en medios rurales se concentra 67.5% de ellos, definidos como aquellos que no pueden subsanar sus gastos en alimentación, salud, educación u otros bienes necesarios como vivienda, vestido, energía, etc.⁹

La encuesta 2002 de Ingresos y Gastos de los Hogares del INEGI estimó que 20.3% de la población mexicana presentaba pobreza alimentaria, índice que califica como pobres a todos aquellos hogares que no tienen ingresos suficientes para adquirir la canasta básica; 26.5% presentaba pobreza a necesidades básicas, que incluye, además de las alimenticias, las referentes a los cuidados de la salud y la educación básica; y 51.7% pobreza debida a que sus ingresos fueron insuficientes para sufragar gastos de alimentación, educación, salud, vestuario, vivienda y transporte. Además, se estimó que 77.5 por ciento de las localidades del país con información registraban niveles de marginación alta y muy alta, a bienes y servicios.⁹

Recientemente la discusión se ha centrado en la identificación de la inequidad y sus implicaciones en las políticas públicas. El desarrollo económico y la inequidad pueden crecer al mismo tiempo cuando los recursos se acumulan en unos pocos, aumentando la brecha que existe entre ricos y pobres. La distribución de la riqueza está lejos de ser equitativa, cuando 10% de las familias más pobres obtienen solamente 1% del ingreso y 10% de las más ricas acumula el 40%.¹⁰ Desigualdad que había disminuido antes de 1982 y ha aumentado a partir de entonces.¹¹ Se estima que 80% de la población económicamente activa tiene un ingreso menor o igual a tres salarios mínimos; mientras que sólo 9% de la población trabajadora gana cinco salarios mínimos o más.¹² De acuerdo con Frenk,¹³ las familias pobres sin el beneficio de la seguridad social usan una proporción mayor de su ingreso para pagar servicios de salud, que se estima en 5.2%; en comparación con 2.8% del sector más rico de la población.

Uno de los campos donde las inequidades son más visibles es el relacionado con el género. El Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD)¹⁴ estima desde 1990 el índice de desarrollo humano en el mundo (IDH), para lo cual ha utilizado indicadores como la esperanza de vida, la tasa de alfabetización, la matrícula escolar y el ingreso *per capita* (ajustado en dólares sobre la base de la paridad



del poder adquisitivo de la moneda del país). En 1995 incluyó los índices de desarrollo relativo al género (IDG), que analiza las diferencias entre sexos en estos mismos indicadores; y el índice de potenciación de género (IPG), que mide la desigualdad entre hombres y mujeres en cuanto a oportunidades económicas y políticas. De acuerdo con el índice de desarrollo humano, México ocupó el lugar 55 de 174 países. Por su parte, en relación con el índice de desarrollo relativo al género, éste fue inferior al índice global de desarrollo humano, el cual mostró un valor de 0.775%, lo que indica una privación mayor de las mujeres mexicanas, en alrededor de 22%. Finalmente, el valor para el índice de potenciación de género fue de 0.514%, lo que significó que las mujeres en México sufrían, en este indicador, el doble de la privación del logro total en desarrollo humano y un logro inferior respecto a los hombres.

La pobreza ejerce una influencia más drástica en las mujeres, en quienes los problemas de salud se encuentran vinculados estrechamente con carencias nutricias, cargas excesivas de trabajo doméstico, labores del campo, trabajo extradoméstico, embarazos frecuentes y falta de atención médica adecuada. De acuerdo con Salgado,¹⁵ en la mujer rural pobre se expresan todos los factores que resultan del desarrollo desigual, ya que se le margina por pertenecer a los sectores más desposeídos y se le discrimina por ser mujer.

Castro¹⁶ afirma que: “Las mujeres rurales pobres, más que ningún otro grupo, viven bajo el dominio directo de los hombres, en un sistema de desigualdad”. Asimismo, describe cómo los pobres perciben su mundo desde la perspectiva de los oprimidos; encuentra que en las comunidades rurales pobres del Estado de Morelos la vida cotidiana se vive con una permanente sensación de estar siendo explotado, y por lo tanto, de ser víctima del abuso de los más poderosos.

De acuerdo con este autor, la realidad es percibida con una enorme carga de incertidumbre (perspectiva compartida por hombres y mujeres), sin embargo, en términos de género la visión del mundo difiere entre ambos sexos,

debido precisamente a las desigualdades que los diferencian. “Como consecuencia de sus condiciones de opresión, tanto hombres como mujeres tienden a tener una imagen negativa de sí mismos. No obstante, mientras que las opiniones que los hombres tienen sobre ellos, se originan en su condición económica, la que las mujeres tienen de sí mismas tienen una clara relación con la desigualdad de género”. “La subordinación de las mujeres se refleja, tanto en las suposiciones del sentido común, como en las normas, papeles y valores sociales cotidianos. Las mujeres sirven a los hombres y, al mismo tiempo, muchas de ellas les tienen temor”.¹⁶

Aun las mujeres que se quedan atrás en comunidades con alta migración, preponderantemente masculina, mantienen sus concepciones de sumisión, a pesar de que este proceso las ha obligado a asumir las funciones de los varones que migran.¹⁷

La pobreza no es exclusiva de las zonas rurales, en las zonas urbanas 35% de los hogares se ubican por debajo del nivel de pobreza alimentaria, de educación, salud y patrimonio.⁹

EL PAPEL DE LAS DROGAS

Las drogas coadyuvan a la reproducción del ciclo pobreza/dominio, como consecuencia, para la familia representa un desembolso importante el que uno de sus miembros tenga este hábito: ya sea porque la misma mujer sea la que abuse o haya desarrollado dependencia a una sustancia; o más frecuentemente, sea el padre, el marido o los hijos los que presenten el problema, con lo que la carga recae en la mujer quien se convierte en muchas ocasiones en el único sustento de la familia;¹⁸ el dominio se refuerza como resultado de ligas de dependencia que muchas mujeres desarrollan hacia el marido adicto o violento, lo que dificulta la ruptura de vínculos.¹⁹

Algunos autores han definido este proceso como codependencia, el cual se asume como un patrón de relación dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se encuentra enfocada en atender las necesidades de su pareja y de otras perso-

nas, sin tomar en cuenta las propias. Situación que está asociada con la negación del problema, un incompleto desarrollo de la identidad, la represión emocional y una orientación a ser la rescatadora de los demás.¹⁹

Otros autores han definido este problema desde tres perspectivas:

1. Como una psicopatología individual.²⁰
2. Como un problema de los hijos adultos de alcohólicos.²¹
3. Como un patrón derivado de la relación de pareja.^{22,23}

A este fenómeno de dependencia emocional se suma el de dependencia económica, dando como resultado el que las mujeres mexicanas tardan más tiempo en disolver sus uniones, lo que se asocia con un sufrimiento emocional importante para todos los miembros de la familia.

Natera y col,¹⁸ en sus estudios transculturales de familias con miembros adictos, han encontrado que el fenómeno del consumo de alcohol o drogas en el núcleo familiar afecta principalmente a la mujer, debido al papel tradicional que se le adjudica, ya que se espera que ella sea la cuidadora y responsable de formar a los miembros de la familia, que preserve la salud y educación de cada uno de ellos, además de generar la cohesión de la misma, lo que le genera un costo emocional muy alto. En México predomina el sentimiento de vergüenza, debido a que el consumo de alcohol o drogas por parte de algún familiar es un estigma, junto al clima de conflicto que ocasiona, se genera violencia física y psicológica que va dirigida principalmente a la mujer, especialmente cuando el usuario es su pareja. La mujer prefiere enfrentar esta problemática de manera tolerante e inactiva y guardar silencio por estas conductas para evitar conflictos mayores, disculpando y encubriendo al consumidor, lo que incrementa su estrés. Su papel de cuidadora la lleva a tratar de controlar el consumo y a sentirse responsable de convencer al usuario de buscar soluciones o acompañarlo a tratamiento. Cuando el consumo de sustancias psicotrópicas es crónico

genera problemas, tales como: violencia intrafamiliar (que incluyen el abuso sexual y el incesto); la separación de las parejas; las dificultades económicas; el desempleo; y, las incapacidades de salud, tanto en el familiar como en el consumidor, entre otras. El estrés que enfrenta la mujer va desde el sufrimiento por la salud y el daño que se hace el usuario, hasta los efectos negativos del consumo en la economía familiar. Aunado a esto, se encontró que las mujeres tienen un gran desconocimiento de los lugares a los que pueden acudir para que se atienda al consumidor y, además, no saben que ellas mismas pueden recibir apoyo, independientemente de que el usuario acuda o no a tratamiento.

Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones señalan que 29% de las mujeres adultas que habitan en zonas urbanas del país, y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta; en 60% de los casos de este tipo de violencia el alcohol estuvo involucrado.²⁴ En una encuesta de hogares llevada a cabo en la Ciudad de Pachuca, Hidalgo,²⁵ se encontró que a mayor intensidad de la violencia es mas alta la participación del alcohol: así sucedió en 8% en el caso de la violencia verbal, 26% cuando la violencia incluyó golpes y 52% cuando se les forzó a tener sexo

Alcohol, drogas y pobreza

Un fenómeno adicional en el que las adicciones incrementan la carga sobre los pobres se da en el contexto de las comunidades rurales productoras de enervantes. México es un país productor de marihuana, se estima que la superficie erradicada de esta droga en el año 2000 fue de 31,046 hectáreas (cantidad sólo superada por los registros de 1999, cuando abarcó 33,351 hectáreas erradicadas) donde el productor principal es el Estado de Sinaloa.²⁶ México es también uno de los cinco países que producen más heroína en el mundo. A pesar de que Afganistán y Myanmar producen alrededor de 95% del opio ilegal en el mundo, Colombia y México producen esta sustancia para los mercados locales, especialmente para



el de Estados Unidos. Hacia finales de la década de los noventa se estimó que 35% de la heroína decomisada en Estados Unidos provenía de México.²⁷

Contrariamente a lo que se piensa, la producción ilícita de drogas no promueve el desarrollo económico. Un análisis comparativo de los datos sobre la producción de drogas y la tasa de crecimiento económico de los principales países que cultivan drogas, realizado por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de Naciones Unidas,²⁸ muestra una correlación negativa entre la producción ilícita de drogas y el desarrollo económico. Se estima que sólo 1% de lo que gastan los toxicómanos de todo el mundo para mantener su adicción, corresponde a los ingresos que perciben las naciones que se dedican al cultivo ilícito de drogas en los países en desarrollo. El restante 99% va a parar a manos de otras personas que actúan a lo largo de la cadena del narcotráfico. Además, el grueso de las ganancias procedentes del narcotráfico no se refleja en los países en desarrollo, sino en los desarrollados. Los beneficios derivados del tráfico ilícito de drogas en los países desarrollados representan, por lo general, la mitad y hasta dos tercios del total de las ganancias procedentes del narcotráfico.²⁸

Las ganancias iniciales que la producción de drogas representa para las comunidades, en términos de empleo de mano de obra y venta de la producción, pronto se convierten en pérdidas derivadas de la corrupción y la violencia que se introduce en las comunidades por las actividades relacionadas: como asesinatos, aislamiento y poca participación en programas de desarrollo gubernamentales.

Actualmente, México se caracteriza por ser un país productor de marihuana y de tránsito de otras drogas (cocaína y heroína), situación que se intensificó a partir de los años noventa, cuando se convierte en proveedor de cocaína colombiana para el mercado sudoccidental de los Estados Unidos.²⁹ También se le identifica como país consumidor, a partir de esta década, cuando la tasa de experimentación con cocaína entre estudiantes de enseñanza media y media superior se incrementó en 400%^{30,31} y en cerca

de 300% en la población adulta entre los 18 y 65 años de edad.²⁴

El consumo de cocaína se ha convertido y permanece como la segunda droga de consumo después de la marihuana, desplazando a los solventes inhalables a un tercer lugar;³² mientras que el uso de cocaína ocupa el primer lugar en la demanda de tratamiento.³³ La heroína se consume en forma preponderante en la frontera norte del país, con una extensión reciente a otras regiones. De los pacientes que solicitan tratamiento en los Centros de Integración Juvenil del país, 4.6% informan haber consumido heroína; en contraste, los pacientes tratados en las ciudades de Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez, el uso de esta sustancia es de 24.4%, seis veces superior. Esta cifra ha venido descendido, desde 1996 cuando su consumo alcanzó 43.8%. Actualmente, el consumo de metanfetaminas entre los pacientes atendidos en estas ciudades es el más alto, el cual ha pasado de 29.5% en 1994 a 49.9% en el año 2001.³⁴

El nivel socioeconómico es un importante determinante en el uso de drogas, el índice de consumo se asocia con el poder adquisitivo, asimismo, el consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes se correlaciona positivamente con la escolaridad del jefe de familia.³⁵ Los estudiantes que trabajan consumen cocaína, en tanto que los que no trabajan prefieren los inhalables.³⁶ Sin embargo, la cocaína ha llegado también a las clases pobres. Ortiz y col,³⁷ como parte de un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud, han descrito el problema entre las personas con recursos y sin recursos económicos, y han documentado cómo las consecuencias entre los segundos son más importantes. Los pobres experimentan más problemas, los cuales se suman a los derivados de su condición económica. Esto se asocia con frecuencia al abuso de sustancias de baja calidad, y disponen de menos recursos para su atención.

El alcohol, por su parte, puede ser considerado como un bien de consumo con mayores índices de ingestión entre los grupos de población ubicados en los deciles de ingreso más elevados. En México, 53% de la produc-

ción de alcohol es consumido por 30% de la población con mayores ingresos.¹² Los países con mayor nivel de desarrollo presentan tasas más altas de consumo, notablemente en estas naciones la tendencia (como parte de sus programas de reducción de problemas por alcohol) es hacia el decremento; en tanto que en los países en vías de desarrollo las cifras están elevándose.³⁸

Por ejemplo, en Francia, entre 1970 y 1988, el consumo de alcohol disminuyó 24%: al pasar de 22.3 a 16.9 litros, en tanto que la mortalidad por cirrosis bajó en 24%.³⁹ Entre 1970 y 1996, España tuvo una reducción de 34%, Suecia de 13% e Italia de 46%. La disminución promedio del consumo *per capita* en Europa fue de 28%, con reducciones entre 45 y 64% en los países mediterráneos y en Suecia.⁴⁰

En países en vías de desarrollo, el consumo *per capita* más alto del mundo ocurrió en América Latina.³⁸ De hecho, en doce países de la región este consumo aumentó entre 1970-72 y 1994-96: 87% en Paraguay, 74% en Brasil y entre 28 y 51% en países como El Salvador, Colombia, Costa Rica o México. Por su parte, disminuyó en cinco países, entre ellos Chile y Argentina, con 44%.⁴¹

En México este incremento se acompañó de un aumento en la tasa de mortalidad por cirrosis asociada al consumo de alcohol: así, entre 1970 y 1995, dicha tasa creció entre los hombres en 72% y entre las mujeres 13%. Durante el mismo periodo, la mortalidad por cirrosis hepática asociada a otras causas disminuyó 33% en los hombres y 20% en las mujeres.⁴²

Los productores de alcohol ven a regiones como América Latina como un mercado prometedor. Jernigan⁴³ ha documentado cómo las compañías alcohólicas internacionales han utilizado elaboradas estrategias de mercado y perfeccionado acciones políticas en los países desarrollados durante las tres décadas pasadas y describe cómo han encontrado un campo social y políticamente propicio para actuar; debido a una baja conciencia social hacia los problemas que causa el consumo de alcohol y a los pocos recursos que destinan estos países

para la prevención y el tratamiento. En 1995, la Philip Morris declaró, en relación con su subsidiaria la cervecera Miller, que: “Esperamos que más de dos terceras partes del crecimiento industrial en los próximos cinco años provengan de América Latina y Asia, y es ahí donde estamos enfocando nuestras iniciativas de expansión”.

En 1996, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud estimaron que en América Latina el consumo de alcohol era responsable de 9.6% del peso de la enfermedad, calculado a partir de la estimación de los días de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad. Esta proporción es cercana a la estimada para los países con economía de mercado (10.3%), y considerablemente superior al promedio estimado para los países en vías de desarrollo (2.7%).⁴⁴ En México, Frenk¹³ estimó que el abuso de alcohol, por sí solo, representa 9% del peso total de la enfermedad.

Así, aun cuando en el país se consume menos alcohol que en Estados Unidos, los índices de consumo *per capita* se han estimado en 5.4 y 8.9 litros, respectivamente.³⁸ Por su parte, los índices de dependencia siguen esta misma tendencia con una prevalencia de 8.2% en México y 15.1% en Estados Unidos.⁴⁵ Sin embargo, los ingresos a salas de urgencia de pacientes con concentraciones elevadas de alcohol en sangre son superiores en México (20.9% y 10.9%, respectivamente). Esta aparente contradicción se ha asociado con una pobre cultura con respecto al consumo de alcohol, con patrones de consumo asociados con altas cantidades por ocasión y conductas de riesgo durante la intoxicación (como manejar después de beber o subirse a un automóvil cuando el conductor ha bebido en exceso) especialmente entre varones.⁴⁶

Si bien, como se mencionó anteriormente, los índices de consumo son mayores entre las personas con alto nivel socioeconómico, los problemas se concentran más entre los que menos tienen. Las encuestas de hogares muestran cómo los índices de consumo aumentan con la escolaridad de los usuarios, no obstante, las cifras de consumo fuerte y los problemas son mayores entre aquellos que



tienen los niveles más bajos de escolaridad.¹ En la última Encuesta Nacional de Adicciones,³² se confirmaron observaciones realizadas en estudios anteriores, los cuales compararon consumo y problemas en poblaciones rurales y urbanas.⁴⁷ En zonas rurales coexistieron bajos índices de consumo y altas tasas de problemas; en tanto que, la cifra de abstención en hombres rurales alcanzó 15.4%, en comparación con 9.7% en la población urbana del mismo sexo; mientras que la proporción de dependencia fue de 10.5 y 9.3%, respectivamente.³²

Esta asociación ha sido también observada en otros países. Rehm⁴⁸ ha documentado cómo el consumo *per capita* puede tener efectos con mayor problemática en países en los que el consumo se concentra en menor número de personas. Es decir, en aquellos lugares donde existe un elevado índice de abstemios, se encuentra que mientras menor es el número de ocasiones en que se bebe el alcohol, mayores serán las consecuencias negativas. En México estos factores se observan con más frecuencia en poblaciones con recursos inferiores, en donde se concentra un mayor índice de problemas.

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE MUJERES

Alcohol

En México el consumo de alcohol entre las mujeres se ha incrementado en los últimos años, lo cual se manifiesta en una disminución importante de la tasa de abstención, que se redujo de 63.5 a 55.3%, entre 1988 y 1998. En contraste, entre los varones los índices disminuyeron en menor proporción durante el mismo periodo, al pasar de 27 a 23%. Entre los hombres la reducción más importante se dio entre los más jóvenes: así, en el grupo de 18 a 29 años pasó de 27 a 22% y en el de 30 a 39 años de 24 a 18%, en tanto que en los de mayor edad, no se observaron diferencias considerables. En las mujeres, en cambio, las variaciones más importantes se observaron en aquellas de mayor edad. La tendencia hacia el decremento disminuyó con la edad: en el grupo

de 18 a 29 años bajó de 61 a 55% y hubo reducciones de 7, 10 y 12% en los siguientes grupos de edad considerados en el análisis, 30-39, 40-49 y 50-65, respectivamente.^{24,49} En la encuesta de 2002, los niveles de consumo en mujeres adultas se mantuvieron estables en comparación con lo observado en la encuesta de 1998, no obstante, el índice de consumo de los adolescentes aumentó de 18 a 25%.³²

El patrón de consumo típico en los varones es de cinco copas o más por ocasión de consumo; mientras que las mujeres tienden a beber moderadamente. Sesenta y seis por ciento de los varones bebedores informaron ingerir de cinco a siete copas por ocasión, en tanto que en las mujeres esto sólo se observó en 16%. En contraste, 56% de las mujeres que beben, la cantidad modal de consumo fue de una a dos copas; en tanto que en los varones, esto ocurrió en 33% de los usuarios. Entre los segundos el mayor índice de consumo fuerte (cinco copas o más) se observó entre los 30 y 39 años (72% de los bebedores *vs.* 65% en el grupo entre 18 a 29 años); mientras que en las primeras, el mayor consumo alto relativo se observa en el grupo más joven (18 y 29 años) 28% de las bebedoras *vs.* 18% en el grupo de 30 a 39 años).²⁴

Las mujeres inician el consumo de alcohol en edades posteriores en comparación con lo que ocurre en los varones: 35% de los varones y 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad. Entre éstas, la edad más frecuente para "iniciar el consumo" fue entre los 18 a 29 años, en tanto que entre los hombres se encontraron dos etapas importantes: entre los 12 y 15 años y al llegar a la mayoría de edad.²⁴

Los índices más bajos de consumo coinciden con las expectativas sociales que señalan que la mujer no debe beber. Esto se refleja en normas de consumo diferentes para hombres y mujeres, con raíces antiguas muy arraigadas en la sociedad. Los estudios de migración internacional han documentado cómo los hombres nacidos en México que migran a los Estados Unidos, mantienen el hábito de ingerir grandes cantidades de alcohol cuando beben, e incrementan la frecuencia en que lo

hacen, después de cinco años de migración (se ha observado que la frecuencia de consumo es similar a la de los hombres de aquel país); las mujeres, en cambio, beben con poca frecuencia y ni el tiempo de vivir en Estados Unidos ni la generación en ese país se relacionan con cambios en sus patrones de consumo (la variable que predice el cambio es el grado de aculturación).⁵⁰

Los resultados de las encuestas de población documentan la existencia de dobles parámetros para evaluar el consumo de hombres y mujeres. Esto es, se piensa simultáneamente que está bien que los hombres beban y hasta se emborrachen ocasionalmente, pero se considera que la mujer no debe beber. En un estudio llevado a cabo en comunidades urbanas y rurales del Estado de Michoacán,⁴⁷ los hombres y mujeres entrevistados mostraron consenso con respecto al consumo de alcohol por parte de menores de edad de cualquiera de los dos sexos: 85% de la población consideró que los adolescentes no deben beber ni una copa. Sin embargo, en las normas para población adulta se hicieron patentes expectativas diferentes para la conducta de hombres y mujeres: por ejemplo, 24% de los varones consideraron aceptable que un hombre de 30 años sintiera los efectos del alcohol, pero sólo 6% lo consideraron apropiado para la mujer. Por su parte, ellas estaban de acuerdo con esta doble normatividad: 20% consideró aceptable que un hombre de esta edad bebiera hasta sentir los efectos, pero sólo 6% opinó que la misma conducta era apropiada para las mujeres.

El consumo en lugares públicos está más restringido para las mujeres, por ejemplo, 72% consideró que era adecuado para un hombre beber en una cantina con sus amigos, pero sólo 35% consideró que esta actividad era adecuada para una mujer. En cuanto a qué tan aceptable era que el hombre beba después del trabajo, antes de regresar a casa: 30% respondió afirmativamente, pero sólo 8% informó que sería adecuado que una mujer lo hiciera. En otra encuesta en población rural y urbana que habitaba en el sur de la Ciudad de México, solamente 22% de la muestra consideró que hombres y

mujeres tenían los mismos derechos a beber, a sentir los efectos o embriagarse.⁵¹

A pesar de tener los índices más bajos de consumo, las mujeres tienden a experimentar muchos problemas derivados, por una parte, por este condicionamiento social. Por ejemplo, las mujeres que desarrollan dependencia llegan al tratamiento con mayores pérdidas,¹⁸ son rechazadas con más frecuencia por conductas similares a las que informaron tener los hombres y también, debido a factores relacionados con una mayor vulnerabilidad biológica, se sabe que las mujeres producen menos alcohol-deshidrogenasa gástrica y tienen una menor proporción de agua en el organismo; asimismo, se ha encontrado que alcanzan niveles mayores de concentración de alcohol con la misma cantidad de consumo (controlado por variables como el peso y por la estatura) con más énfasis en la fase premenstrual.⁵² También se ha observado que desarrollan hepatitis y cirrosis a una edad más temprana, con un menor consumo de alcohol. Las mujeres alcohólicas tienen mayores problemas psiquiátricos y emocionales.⁵³ Con frecuencia presentan depresión previa,⁵⁴ muy comúnmente ligado el consumo con un evento estresante. En tratamiento muestran un número más elevado de síntomas de problemas emocionales que los varones, tienen su autoestima más afectada y utilizan psicotrópicos con una frecuencia superior.⁵² Los disparadores de tratamiento más comunes, son los problemas con la familia y los hijos, en tanto que los varones muestran un número mayor de problemas en el trabajo.

Drogas

Durante muchos años, México se mantuvo con bajos índices de consumo. El cambio de ser un país de tránsito a ser un país consumidor, afectó de manera diferente a ricos y pobres. Por ejemplo, en la década de los setenta, el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población. Sin embargo, para 1984 los usuarios de estas sustancias mostraban índices similares en escuelas ubicadas en zonas con diferente nivel de servicios y características de ingreso y empleo de sus habitantes.⁵⁵ No es sino hasta los últimos



años que el uso de esta sustancia disminuye ante el cambio de preferencias de la población usuaria por cocaína;^{32,55} aunque el uso de inhalables sigue siendo la droga de preferencia entre niños pobres trabajadores.^{56,57} El consumo de cocaína, a su vez, se inició en los grupos de alto poder adquisitivo para extenderse después a los sectores más desfavorecidos de la población.

Esta transición ha afectado de manera diferencial a hombres y mujeres de distintos grupos de edad. Las mujeres se han incorporado de manera más tardía al consumo, mantienen aún cifras más bajas en comparación con los hombres, pero el índice de crecimiento es mayor entre ellas. Datos de la última encuesta de adicciones confirman que el consumo de drogas es más frecuente entre los varones (8.6% de los hombres y 2.1% de las mujeres entre 12 y 65 años de edad, que habitan localidades rurales y urbanas, habían usado drogas) con una razón de cuatro varones por cada mujer.

El uso de drogas también afecta a las niñas trabajadoras, este fenómeno fue analizado en una muestra de esta población compuesta por 41,226 menores entre seis y 17 años: 28% eran mujeres, 23% trabajaban como cerillos, 44% como vendedores, menos de 3% reportó dedicarse a la mendicidad y menos de 1% a la prostitución. La mayoría de ellos vivía con familiares (90% con figuras paternas), 2% vivía en la calle y 65% estaban matriculados en la escuela. No se observaron diferencias importantes entre niños y niñas en los indicadores estudiados.⁵⁶

Veintidós por ciento de las niñas informan que en sus lugares de trabajo les ofrecían sustancias ilegales. Las drogas que más les ofrecen son la marihuana y los inhalables; la cocaína, aunque en una proporción menor, tiene ya presencia en el entorno en que trabajan estos menores. Las niñas están menos expuestas a las drogas, ya que se las ofrecen 2.2 veces menos frecuentemente que a los varones. El lugar de residencia influye de manera importante, es cinco veces más probable que le ofrezcan drogas a una mujer que vive en la calle que a la que vive en casa.

Siete de cada 100 menores varones y dos de cada 100 mujeres han probado drogas sin incluir en esta proporción al tabaco y al alcohol. Las drogas más frecuentemente consumidas son los inhalables y la marihuana, y en una menor proporción la cocaína y las pastillas psicotrópicas. A pesar de que las mujeres consumen con menor frecuencia que los varones, cuando éstas deciden iniciar el uso de drogas, su patrón de consumo es muy similar al de ellos. Aproximadamente la misma proporción de varones y mujeres que usan sustancias lo hacen diariamente (12.8 y 12.6%, respectivamente). De la misma manera, aproximadamente una cuarta parte de cada grupo ha consumido más de una sustancia. Hombres y mujeres que empiezan por utilizar inhalables, después de los 14 años la marihuana pasa a ser la droga de mayor preferencia.

El índice de uso está estrechamente relacionado con la edad: es cuatro veces más probable que use drogas una niña de entre 12 y 17 años, que aquella que sólo tiene entre seis y 11 años. El consumo es también mayor entre aquellas que han dejado el hogar: 43.2% entre los 12 y 17 años informó consumirlas, en comparación con 2.8% en el grupo que vive con su familia. El tipo de actividad es también importante: mientras que solamente 0.5% de las mayores de 12 años que trabajan como "cerillos" en las tiendas de autoservicio declararon consumirlas; esto se observó en 33% de quienes se dedicaban a la prostitución o a la mendicidad.

Estudios realizados en la Ciudad de México han documentado una proporción similar de mujeres (en censos realizados en 1992 y 1995 por el Departamento del Distrito Federal) 28 y 31%, respectivamente. Proporción que ha aumentado si se le compara con la que se observó en décadas pasadas, por ejemplo, en un estudio realizado en la década de los setenta por nuestro grupo, se encontró una participación de la mujer seis veces inferior.⁵⁶

La incorporación de la mujer a esta práctica ha significado un problema adicional: el embarazo adolescente en condiciones poco propicias. Así, a la escasa o nula atención prenatal, la desnutrición y los riesgos

adicionales que se derivan de vivir en las calles, se suma la inhalación durante el embarazo y la exposición de los bebés a los inhalables.

Dos fuentes de información nos hablan de la mujer adolescente, las encuestas nacionales de adicciones y las encuestas en población estudiantil de enseñanza media y media superior llevadas a cabo por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Según datos de la Encuesta Nacional de 2002, más de 200 mil adolescentes han usado drogas. La relación por sexo es de 3.5 hombres consumidores por cada mujer usuaria, situación similar a la observada en la población de 18 años en adelante (3.3 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes varones y mujeres la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, en los hombres los inhalables ocupan el segundo lugar seguidos por la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos son el último lugar de preferencia. En las mujeres el orden de preferencia es un tanto diferente: la marihuana es el primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar, con porcentajes de consumo muy similares.³²

Otros estudios han analizado los factores asociados con la experimentación y el uso continuo de drogas entre hombres y mujeres.⁵⁶ Se ha observado que en los varones, el no estudiar es un factor estrechamente asociado con la probabilidad de consumir drogas; mientras que entre las mujeres, la matriculación escolar no juega un papel importante en las prácticas de consumo.

Entre los adolescentes incorporados al sistema educativo las diferencias en los niveles de consumo de hombres y mujeres parecen haberse reducido; si bien más hombres informan haber experimentado con drogas, existe una proporción muy similar en ambos géneros, que reporta haber consumido en el año y mes previos a la encuesta. Las diferencias son más notorias cuando se analiza el consumo por tipo de sustancia con una tendencia a que las mujeres prefieran drogas médicas.

Las encuestas realizadas en la población estudiantil entre 1993 y 1997 en la Ciudad de México, señalan que aumentaron los índices de consumo de marihuana de 0.3 a 1.82%; siendo los inhalables la droga de mayor preferencia entre ellas, la cual pasó de 0.9 a 1.7% y la cocaína de 0.2 a 1.4%.⁵⁵

En general, son similares los factores que llevan a hombres y mujeres a experimentar, continuar usando drogas, usar más de una sustancia o desarrollar problemas. Lo que apoya la hipótesis de la tendencia de la población femenina a copiar modelos masculinos. En ambos grupos, los predictores más potentes para el inicio y continuación del uso de drogas fueron la percepción de disponibilidad de drogas y la tolerancia social; la probabilidad de consumo era mayor cuando la adolescente percibía que a sus amigos les daba igual o aprobaban su consumo y cuando no tenían una alta percepción de riesgo asociada con el uso.

Los estudiantes que experimentan con drogas tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no usan sustancias. Esto puede tratarse de un factor subyacente que probablemente lleve a los jóvenes a usar drogas como una manera de enfrentar sus problemas. Si bien, las mujeres informaron sufrir con más frecuencia que los varones estados depresivos, ésta es también una variable importante en el caso de los varones.

A pesar de la evidencia importante de que existen variaciones por género en las prácticas de consumo de alcohol y las necesidades de atención, pocos programas se han diseñado para atender las necesidades específicas de las mujeres. Esto puede deberse a que son contados los tomadores de decisión que consideran las formas en que las mujeres utilizan los servicios, las barreras hacia el tratamiento y otras necesidades particulares que tienen: tales como la atención de la salud reproductiva, el cuidado de los hijos, incluyendo problemas en los recién nacidos derivados de la exposición *in utero*; la atención a los problemas psicológicos, usualmente expresados como culpa y vergüenza, derivados de concepciones adoptadas, tanto por los varones



como por ellas mismas, y por su papel como responsables del bienestar del marido y de los hijos. De hecho, una de las barreras para el tratamiento que se observa en este grupo es el miedo de perder a sus hijos, lo que refuerza la importancia de considerar las necesidades específicas de este grupo al diseñar programas.

PERSPECTIVAS

La información que se presenta en este artículo documenta cómo el trinomio mujer-pobreza-adicciones se asocia con problemas derivados de esta condición de vulnerabilidad y señala la importancia de desarrollar programas de atención dirigidos a las necesidades especiales de este grupo.

A pesar de las importantes diferencias entre hombres y mujeres, tradicionalmente la investigación social y de salud se ha enfocado en los hábitos y problemas de consumo de los varones. Los métodos de medición utilizados actualmente para estudiar el problema, así como las alternativas de tratamiento y prevención se han desarrollado sin considerar la condición especial de la mujer y mucho menos de la mujer pobre. Se requiere más investigación que analice las implicaciones de esta doble vulnerabilidad, utilizando medidas más adecuadas.

Buscar mejorar la calidad de vida y la equidad entre géneros debe ser la base de los programas de prevención, con especial atención en los factores que aumentan el riesgo para las muje-

res, tales como problemas afectivos, rechazo social, falta de oportunidades y exceso de responsabilidades.

También son necesarios programas de tratamiento diseñados para atender las necesidades especiales de las mujeres, tales como:

1. Su mayor riesgo de padecer comorbilidad psiquiátrica y alteraciones emocionales y físicas derivadas de su mayor vulnerabilidad.
2. De los factores derivados de su condición, como son su salud reproductiva, el cuidado de los niños, etc.
3. El tener un nivel más alto de rechazo social que se asocia con aislamiento, culpa, etc.

Deben incluir acciones especiales de detección de mujeres con problemas, especialmente aquéllas que viven en condiciones de pobreza, tomando en cuenta las barreras para la atención que se han observado para este grupo. Estos programas también deben proporcionar servicios para mujeres que, sin ser usuarias de sustancias, están afectadas por los hábitos de consumo y por los problemas de otras personas, a su vez, deben involucrar a las mujeres tanto en el diseño de los programas como en el tratamiento.

En resumen, las políticas de salud en general y los programas de desarrollo social en particular deben enfatizar el desarrollo psicológico y social de las mujeres pobres basados en los principios de los derechos humanos.

ABSTRACT

The consumption of drugs is a complex problem that recrudesces when it is presented among the female population, due to its biological condition of a bigger vulnerability like the social role that she has been awarded in contrast with the male, so much it which she gets complicated even more when the phenomenon is presented among the poor women, for the inequity that bears this economic condition, since these three united factors represent them a bigger number of problems at all levels.

The results of different investigations carried out in our country, reflect that consumption of tobacco, alcohol and drugs have increased through the time among women, mainly in what refers to alcoholic drinks and drugs as cocaine. For the rising thing, it is suggested that the treatment programs that will be directed for this population are based on the conditions and the women's specific necessities.

KEY WORDS: *Woman, poverty, adictions*

REFERENCIAS

1. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia R. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Ment* 2001; 24: 3-19.
2. Galván J, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rojas E, Berenzon S, Juárez F, Carreño S, López E. Conducta antisocial asociada al uso de cocaína en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. *Anales. Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1994; p. 65-72.
3. Juárez F, Berenzon S, Medina-Mora ME, Villatoro J, Carreño S, López E, Galván J, Rojas E. Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. *Anales. Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1994; 85-93.
4. Medina-Mora ME. La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Lara, MA, Salgado VN. (eds). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Pax; 2002; p. 71-84.
5. Romero M, Díaz A. En: Lara MA, Salgado VN. (eds). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Pax; 2002; p. 85-103.
6. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of poor: What do we know? What can we do? *Bull World Health Organ* 2000; 78: 3-18.
7. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M. Alcohol and the developing world: a public health perspective. *Hakapaino, Helsinki Noruega: Finnish Foundation for Alcohol Studies-World Health Organization* 2002.
8. World Bank. *Poverty reduction and the World Bank: progress and challenges in the 1990s*. Washington, DC, the World Bank 1996. Citado en: Gwatkin DR. Health inequalities and the health of poor: What do we know? What can we do? *Bull World Health Organ* 2000; 78: 3-18.
9. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2002*.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *México. Censo General de Población y Vivienda; 1990*.



11. Bolvitnik J, Hernández E. Pobreza y distribución del ingreso en México. México: Siglo Veintiuno Editores; 1999.
12. Consultores Internacionales. Prospectiva del mercado mexicano de bebidas alcohólicas destiladas al año 2000. Fundación de Investigaciones Sociales, México. 1999.
13. Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. 2a. ed. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Indicadores del desarrollo humano. En: Informe sobre desarrollo humano 2000. España: Mundi-Prensa; 2000, p. 141-236.
15. Salgado N, Díaz-Pérez MJ. Salud mental en las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas. En: Lara MA, Salgado VN. (eds). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Pax; 2002, p. 151-72.
16. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2000.
17. Salgado N, Díaz-Pérez MJ. El impacto de la migración internacional México-Estados Unidos en los roles de género. *Psicol Salud* 1995; 5: 93-103.
18. Natera G, Mora J, Tiburcio M. Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares. En: Lara MA, Salgado VN. (eds). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Pax; 2002, p. 71-84.
19. Noriega MG. Detección de codependencia y factores asociados: una perspectiva desde el análisis transaccional. UNAM; 2002.
20. Cermak TL. Diagnosing and treating codependency. A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and childrens. Mineapolis: Johnson Institute; 1986. Citado en: Noriega MG. Detección de codependencia y factores asociados: una perspectiva desde el análisis transaccional. UNAM; 2002.
21. Brown S. Adult children of alcoholics: an expanded framework for assessment and diagnosis. En: Abbott S. (Ed.). *Children of alcoholics: selected readings*. Rockville: Na Coa, EUA: 1996, p. 41-77. Citado en: Noriega MG. Detección de codependencia y factores asociados: una perspectiva desde el análisis transaccional. UNAM; 2002.
22. Wright S, Wright L. Addictive love, adjustive relating, or both? *Contemporary family therapy* 1991; 13: 435-54. Citado en: Noriega MG. Detección de codependencia y factores asociados: una perspectiva desde el análisis transaccional. UNAM; 2002.
23. Wright S, Wright L. The two faces of Codependent relating: a research-based perspective. *Contemporary family therapy* 1999; 21(4): 527-43. Citado en: Noriega MG. Detección de codependencia y factores asociados: una perspectiva desde el análisis transaccional. UNAM; 2002.
24. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones*. 1998.
25. Natera G, López JL. *Agencias del Ministerio Público: violencia y consumo de alcohol en Pachuca, Hidalgo*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Informe Preliminar. 1997.
26. Procuraduría General de la República. *Programa Nacional para el Control de Drogas 2001-2006*. México, DF: 2002.
27. International Narcotics Control Board. *Report 2001*. United Nations, Vienna, 2002.
28. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Informe 2002*. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas; 2003.
29. United Nations (UN). *World Drug Report*. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Great Britain; 2000.
30. Medina ME, Rojas E, Juárez F, Berenzon S, Carreño S, Galván J, Villatoro J y col. *Consumo*

- de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Sal Ment* 1993; 16(3): 2-8.
31. Villatoro J, Medina-Mora ME, Cardiel H, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S, Parra J, Néquiz G. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997. *Sal Ment* 1999; 22: 18-30.
 32. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones. 2002.
 33. Tapia-Conyer R, Kuri P, Cravioto P y col. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México: CONADIC, SSA; 2002, p. 33-61.
 34. Castillo-Franco I, Gutiérrez-López A, Díaz-Negrete B, Sánchez-Huesca R, Guisa-Cruz V. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD) Centros de Integración Juvenil. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México: CONADIC, SSA; 2002, p. 63-81.
 35. Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en la comunidad escolar. 1991.
 36. Medina-Mora ME, Villatoro J, López EK, Berenzon S, Carreño S, Juárez F. Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gac Med Mex* 1995; 131: 383-93.
 37. Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, González L. Aspectos cualitativos sobre el consumo de cocaína. En: Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México, DF: CONADIC, SSA; 1993, p. 106-11.
 38. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol. Ginebra, Suiza: WHO; 1999.
 39. Rutherford D. Alcohol policy in Europe: lessons learned and new challenges. *J Substance Use* 2000; 5: 21-9.
 40. Ramstedt M. Liver cirrhosis mortality in 15 European countries. Differences and trends during the post-war period. *Nordic studies on alcohol and drugs. English Supplement* 1999; 16: 55-73.
 41. FAO 1998. Food and Agriculture Organization of the United Nations FAOSTAT Statistic database. In: World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol. Ginebra, WHO; 1999.
 42. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística Informática. Tabulación sobre defunciones, 1970 y 1998.
 43. Jernigan D, Monteiro M, Room R, Saxena S. Towards a global alcohol policy. *Int J Pub Health* 2000; 78: 491-9.
 44. Murray C, Lopez A. The global burden of disease, Boston, Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. Harvard University Press. 1996.
 45. Vega L, Gutiérrez R. La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como "de la calle". *Sal Ment* 1998; 21: 1-9.
 46. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México: CONADIC, SSA; 2002, p.15-25.
 47. Medina-Mora ME. Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol: resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán. UNAM; 1993.
 48. Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jernigan D, Frick U, Graham K. Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research* 2001; 7: 138-47.
 49. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1989. Primera Encuesta Nacional de Adicciones.



50. Caetano R, Medina-Mora ME. Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *J Studies Alcohol* 1988; 49: 462-71.
51. Castro ME, Rojas E, García G, De la Serna J. Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Sal Ment* 1986; 9: 80-6.
52. Blume SB: Psychiatric problems of alcoholic women. In: Solomon J. (ed). *Alcoholism and clinical psychiatry*. New York: Plenum Publishing Corp; 1982, p. 179-93.
53. Del Boca FK. Sex, gender and alcoholic typologies. In: Babor TF, Hesselbrock V, Meyer R, Shoemaker W. (eds). *Types of alcoholics evidence from clinical experimental and genetic research*. New York: Ann N Y Acad Sci; 1994, p. 34-48.
54. Romero M, Mondragón L, Cherpitel C, Medina-Mora ME, Borges G. Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units. *Alcohol consumption and related problems*. *Sal Pub* 2001; 43: 537-43.
55. Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C J, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P, Juárez F. ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes. *Medición Otoño del 2000*. *Sal Ment* 2002; 25: 43-54.
56. Medina-Mora ME, Villatoro J, Fleiz C. Uso indebido de sustancias. En: *Estudio de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años. Trabajadores en la Ciudad de México: México: DIF; 2001*.
57. Gutiérrez R, Vega L. 1998. La inhalación deliberada de petroquímicos en niñas y adolescentes consideradas de la calle: problema y alternativas. En: Comexani (ed). *Los hechos se burlan de los derechos. Informe sobre los derechos y situación de la infancia en México 1994-1997*. México: Comexani; 1998, p. 276-86.