

Mujeres

y Tratamiento de Drogas:

Sugerencias para el Abordaje
de Mujeres Embarazadas
Con Problemas de Drogas

Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes
(CONACE)
2010

El presente documento ha sido elaborado por la consultora PROGRESSA, con la colaboración técnica del área de tratamiento del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), a través de un proyecto denominado **ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA DETECCIÓN, MOTIVACIÓN AL CAMBIO Y TRATAMIENTO DE MUJERES EMBARAZADAS CON CONSUMO DE DROGAS**, ejecutado en 2009.

El objetivo es entregar al lector una revisión actualizada sobre embarazo, lactancia y consumo de drogas y nutrir los documentos desarrollados a la fecha por el Área Técnica de Tratamiento de CONACE, que abordan las particulares necesidades de atención de la población de mujeres con problemas de drogas y alcohol¹. En su elaboración participaron profesionales, expertos en la temática, a quienes se les agradece su colaboración.

- Ada Pérez, psicóloga asesora clínica de los programas de tratamiento para población específica de mujeres de CONACE
- Alejandra Hernández, psicóloga Consultora Progressa
- Carolina Hernández, matrona Consultora Progressa
- Enrique Jadresic, psiquiatra experto en psicopatología de la mujer
- Jacqueline Fazzolari, psiquiatra experta en adicciones y género
- Lauren Poupin, enfermera matrona, profesora retirada del Departamento Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, experta en embarazo
- Lorena Contreras, psicóloga Consultora Progressa
- Marcela Lara, psicóloga asesora Coordinadora del Programa de Tratamiento y Género del Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de CONACE
- Martín Arcila, psiquiatra Comunidad Terapéutica Talitá Kum, experto en adicciones
- Miguel Cordero, Coordinador de la Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud
- Milton Rojas, psicólogo, jefe del Servicio Lugar de Escucha-CEDRO de Perú, experto en adicciones
- Patricio Elgueta, psicólogo, supervisor y docente del Centro para el Desarrollo de la Psicoterapia Breve - Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile, experto en embarazo
- Vanessa Cantillano, psiquiatra Consultora Progressa

ISBN: 978-956-336-004-2

Propiedad Intelectual: 199.482

Diseño: Torrealba y Asociados S.A.

Impresión: Andros Impresores



1.- En estos documentos se aborda, entre otros temas, la perspectiva de género y sus implicancias en el tratamiento. Este documento releva la importancia de que el lector tome conocimiento de estos conceptos.

Índice

Introducción

Capítulo I: Epidemiología

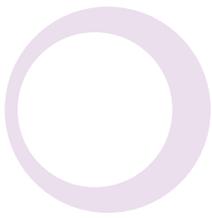
1. Epidemiología del uso de drogas y alcohol en mujeres
2. Epidemiología del uso de drogas y alcohol en mujeres embarazadas
3. Características psicosociales de las mujeres embarazadas con consumo de drogas y alcohol
4. Descripción de casos ingresados a una maternidad de la Región Metropolitana y a centros de tratamiento para consumo problemático de drogas

Capítulo II: Marco Conceptual

1. El embarazo: aspectos biopsicosociales
 - 1.1 Aspectos biológicos del embarazo y la lactancia
 - 1.2 Procesos psicológicos normales durante el embarazo
 - 1.3 Estrés prenatal y factores de riesgo psicosocial en el embarazo
 - 1.4 Teoría del apego y adicciones
2. El consumo de drogas en la mujer embarazada y el hijo en gestación: aspectos fisiológicos
 - 2.1 Transferencia de drogas en la placenta humana
 - 2.2 Teratogénesis de las drogas y desarrollo gestacional

Capítulo III: Levantamiento de Información

1. Descripción de la atención de la mujer embarazada con consumo de drogas en una muestra de consultorios de atención primaria y maternidades de la Región Metropolitana
 - 1.1 El control prenatal en nueve centros de atención primaria en salud de la Región Metropolitana
 - 1.2 La experiencia de la Maternidad del Hospital Luis Tisné Brousse
 - 1.3 La experiencia de la Maternidad del Hospital Sótero del Río
 - 1.4 La experiencia de los Programas de Mujeres en seis centros de tratamiento de consumo de drogas

- 
2. Evidencia internacional sobre detección y tratamiento del consumo de drogas en mujeres embarazadas
 - 2.1 Instrumento de pesquisa de consumo de drogas y alcohol
 - 2.2 Programas de tratamiento
 - 2.3 Experiencias de intervenciones exitosas
 - 2.4 Aspectos relacionados con el consumo de tabaco en embarazadas

Capítulo IV: Sugerencias y Desafíos

1. Aproximación general
2. Detección e intervención precoz
3. Intervención a nivel primario y secundario
4. Intervención a nivel terciario: centros de tratamiento
 - 4.1 Sugerencias generales
 - 4.2 Sugerencias específicas para la adecuación del programa de intervención
5. Trabajo en red

Anexos

- Anexo N° 1: Aspectos Fisiológicos del Embarazo y Transferencia de Drogas Feto-Placentaria
- Anexo N° 2: Flujograma de Atención Prenatal
Consultorios de Atención Primaria de Salud
- Anexo N° 3: Flujograma de Atención Hospital Luis Tisné
- Anexo N° 4: Descripción de casos de embarazadas con consumo de drogas ingresadas a una maternidad de RM
- Anexo N° 5: Instrumento las 4 P's Plus
- Anexo N° 6: Ejemplo de calendario de Timeline Follow Back
- Anexo N° 7: Uso de psicofármacos durante el embarazo
- Anexo N° 8: Stepped Care Model

Introducción

El consumo de sustancias lícitas (tabaco, alcohol y psicofármacos no prescritos por algún médico) e ilícitas durante la gestación, es siempre riesgoso para el desarrollo fetal saludable, así como también lo es el consumo de sustancias durante la lactancia para el recién nacido.

Por ello es recomendable motivar a la mujer embarazada a abandonar el consumo en este período, aunque no sea problemático; y en aquellos casos en que se detecte un consumo problemático, facilitar el acceso a un programa de tratamiento especializado.

Un estudio realizado por la doctora María Mena (2) en la maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río en 1999, ya daba cuenta de la asociación entre droga y embarazo. En éste, la frecuencia del abuso de drogas en el embarazo observada por el equipo clínico alcanzaba a 60% de bebidas alcohólicas, 25% de cigarrillos, 10% de drogas ilícitas y 7% de screening positivo.

El consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo puede causar bajo peso en el recién nacido, parto prematuro y desnutrición. Las consecuencias de la exposición prenatal a drogas son variadas (2):

- Aumento del riesgo de daño generacional progresivo (por vía congénita y/o genética con malformaciones), alteraciones neurológicas y de salud mental y predisposición a nuevas adicciones.
- Aumento del número de pacientes crónicos que requieren estrategias terapéuticas multidisciplinarias.
- Aumento de gastos en salud por mayor desnutrición, morbilidad, frecuencia y gravedad de hospitalizaciones, exámenes y procedimientos médico quirúrgicos complejos.
- Aumento del gasto social por disfunción familiar, maltrato infantil, déficit intelectual, delincuencia y drogadicción juvenil, embarazo en adolescentes e incapacidad laboral.

Las consecuencias biológicas del consumo de sustancias para el feto están ampliamente descritas, pero existen otros elementos de carácter psicosocial de gran importancia, que afectan el desarrollo saludable del niño o niña, dado que el consumo de drogas puede afectar la capacidad de la madre de responder a las necesidades físicas y emocionales de éstos y de ofrecerles estimulación apropiada a lo largo de su desarrollo (4-6).

La mayoría de las mujeres con problemas de drogas proviene de hogares disfuncionales, con experiencias traumáticas de abuso psicológico, físico y sexual. Por lo tanto, la experiencia de vínculos saludables es restringida en su biografía, lo que dificulta la construcción de un apego seguro con sus hijos (4-6).

Los datos sociodemográficos de las mujeres con consumo problemático de drogas que están en tratamiento en los 35 centros nacionales, públicos y privados, que ofrecen el programa especializado con perspectiva de género —denominado Planes de Tratamiento para Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas— en el contexto del convenio CONACE-FONASA-MINSAL arrojan que 82% inició el consumo entre los 12 y los 19 años. El 78% de las mujeres en tratamiento están en el rango etáreo de 20 y 35 años; la principal droga usada es la pasta base de cocaína (55%) y la mayor motivación para ingresar a tratamiento son sus hijos (77% de ellas tiene hijos).

La oportunidad de cambio para estas mujeres significa también una oportunidad para sus hijos. Por ello es necesario detectar el consumo tempranamente, motivarlas a abandonarlo y facilitarles el acceso a programas especializados de tratamiento cuando así lo requieran. Programas con equipos de salud multidisciplinarios, que se comprometan con la salud mental de la madre y su bebé y que respeten tanto los derechos del hijo como los de la madre, posibilitarán que este cambio se produzca.

La detección precoz del consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres embarazadas tiene la potencialidad de prevenir futuras alteraciones en el desarrollo de los niños (7). Llevar a aquellas mujeres con consumo problemático a tratamiento puede tener grandes beneficios en las mujeres consumidoras y en el bienestar de sus hijos, de ahí la relevancia de revisar este tema en profundidad.

Capítulo I: Epidemiología

1. Epidemiología del uso de drogas y alcohol en mujeres

En Chile la prevalencia del último año de cualquier trastorno relacionado con alcohol o drogas en mujeres es de 6,7% (9); y la prevalencia en los últimos seis meses, de 6,2% (10). La tasa de abuso de alcohol en mujeres es de 4,5% (11), mientras que 4,2% declara consumo reciente de marihuana, siendo esta droga la que más ha aumentado entre ellas (11). Esto es muy relevante para la temática a desarrollar en este documento, dado que la mayoría de las mujeres consumidoras están en edad fértil, lo que implica considerables riesgos para posibles embarazos y sus hijos.

Actualmente 26% de las personas en Planes de Tratamiento para Personas Adultas con Consumo Problemático de Drogas, convenio CONACE-FONASA-MINSAL corresponde a población femenina, según el registro del sistema COLABORA².

2. Epidemiología del uso de drogas y alcohol en mujeres embarazadas

Un reporte enviado al Congreso de los Estados Unidos en 1990 (8) reveló que cerca del 11% del total de nacimientos de ese año correspondían a madres que habían utilizado drogas ilícitas durante el embarazo. Encuestas poblacionales más actuales (7) revelan que 4% de las mujeres embarazadas había usado alguna droga ilícita en el último mes y 11,8% había usado alcohol en el último mes (además 0,7% bebía alcohol de forma excesiva).

Entre 1992-1993 el National Institute on Drug Abuse (NIDA) condujo una encuesta en Hospitales en Estados Unidos para determinar las proporciones del abuso de drogas entre las mujeres embarazadas, todavía esta encuesta nacional sobre el embarazo y la salud es la que ofrece los datos más recientes. En ella se encontró que de las 4 millones de mujeres que dieron a luz durante este período, 19% tomaron bebidas alcohólicas durante su embarazo y 21% fumaron cigarrillos. Se observó un fuerte vínculo entre cigarrillo, alcohol y uso de drogas ilícitas: 32% de las mujeres que dijeron que habían usado una droga, también fumaron cigarrillos y tomaron bebidas alcohólicas (12). En esta mues-



2.- Sistema de gestión institucional para el monitoreo y evaluación de los distintos programas y proyectos de CONACE.

tra, 6% de las mujeres usaron drogas ilícitas durante su embarazo y de estas drogas, marihuana y cocaína fueron las más prevalentes: 3% de marihuana y 1% de cocaína. En general, las tasas de uso de cualquier droga ilícita fueron más altas entre las mujeres que no estaban casadas, tenían menos de 16 años de educación formal, no estaban trabajando y dependían de alguna fuente pública de financiamiento para pagar su estadía en el hospital (12).

Pese a que la tendencia del uso de drogas generalmente comienza a disminuir cerca de tres meses antes de un embarazo planificado, y sigue bajando a través de todo el período de gestación, no todas las mujeres discontinúan el uso. Los estudios sobre mujeres en tratamiento indican que una vez que se desintoxica con éxito y se inscribe en un programa de rehabilitación, son sus hijos los que constituyen la motivación para mantenerse alejadas de las drogas (12). Esto constituye un argumento a favor de la inclusión de los hijos en programas de tratamiento, tal como se ha hecho en Chile en los Programas de Tratamiento Especializados para Mujeres, convenio CONACE-FONASA-MINSAL.

En España en las dos últimas décadas el uso de drogas ilícitas ha ido en aumento. La heroína utilizada en los 80 ha ido siendo sustituida por otras drogas de diseño que, aunque resulten más cómodas en su administración, no por eso son menos nocivas al feto y al recién nacido. Su incidencia se extiende en la sociedad y, como consecuencia, en las mujeres en edad de procrear, con repercusión en la futura adaptación de sus hijos (13).

Durante el 2001 en dicho país se registraron 126 casos de hijos de madre con alguna adicción, de un total de 16.839 recién nacidos vivos. Esto supone una incidencia media de 7,5 casos/1.000 recién nacidos vivos durante el decenio 1992-2001 y 2,7 % de los ingresos en la unidad neonatal del Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes (Asturias), durante ese período de tiempo (53).

Son pocos los estudios que utilizan pruebas biológicas como complemento a la entrevista, pero en reciente realizado en Uruguay (14) se determinaron prevalencias de consumo en embarazadas por medio de entrevistas cara a cara y análisis de meconio. Los resultados de la entrevista realizada 48 horas antes del nacimiento a una muestra de 900 mujeres, arrojó los siguientes resultados:

Sustancia	Consumo alguna vez en la vida	Consumo durante el embarazo
Alcohol	93,5	37,0
Tabaco	79,2	41,7
Tranquilizantes	18,5	16,5
Marihuana	12,9	1,5
Alucinógenos	0,8	0
Metanfetamina	0,6	0
Cocaína	4,1	0
Estimulantes	1,3	1,0
Pasta base de cocaína	1,3	0,4
Inhalables	1,0	0
Hashish	0,4	0
Opio / morfina	0,1	0

Total de la muestra n=996. El uso de heroína, crack o éxtasis no fue reportado.
Tomado de Margi et al. (14)

En este estudio las mujeres sobre 30 años tenían consumos más intensos de alcohol que las jóvenes. El consumo de drogas ilegales no era común, siendo la marihuana la más frecuente. En total, 68% de las entrevistadas reportó consumo de alcohol o alguna droga durante la gestación (14).

Además, se realizaron test de drogas en muestras de meconio, lo que permitió observar algunas diferencias en relación a lo reportado por las mujeres embarazadas. De acuerdo a estas muestras biológicas, el consumo de tabaco durante el embarazo fue 51,8%; de pasta base de cocaína, 2,5% y de alcohol, 45,3% (14).

Otro dato interesante de este estudio es que pocas mujeres fueron consultadas o informadas por su médico sobre uso de drogas o alcohol. Al 24,2% de las mujeres se les consultó (sin consejo) sobre consumo de alcohol, al 27% sobre tabaco y en el mismo porcentaje sobre drogas ilegales. El 27,9% recibió información sobre alcohol, el 35% sobre tabaco y el 7,8% sobre otras drogas (14).

Dos estudios realizados en Chile en 2004 (15;16) sobre prevalencia del consumo de drogas en embarazadas arrojaron los siguientes resultados:

Tabla 1

Cuadro comparativo sobre características biosociodemográficas de las mujeres participantes de ambos estudios.

Enero y febrero de 2004, Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río (N=120)(15)	Abril y mayo de 2004, Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río (N=280)(16)
Abril y mayo de 2004, Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río (N=280)(16)	70% de las mujeres es adulta joven
53% de las mujeres tiene entre 21 y 34 años de edad	70% de las mujeres es adulta joven
89% de las mujeres posee enseñanza básica completa; 27% de las mujeres posee enseñanza media incompleta y el 48% completó la educación media	92% de las mujeres completó la enseñanza básica; 28% posee enseñanza media incompleta y el 55% completó la educación media
60% de las mujeres tiene una pareja	68% de las mujeres tiene una pareja
El 40% de las parejas consume alcohol, el 81% tabaco y el 4% marihuana	Sin información
83% no recibe ingreso, en su mayoría (66%) por dedicarse a labores domésticas, mientras que el resto estudia o está sin trabajo	Sin información
67% de las mujeres no planificó su embarazo actual	Sin información
63% de las mujeres refiere consumir algún tipo de drogas	24% de las mujeres refiere consumir algún tipo de drogas
3% inició controles obstétricos tardíamente (después de 21 semanas de embarazo). Solo un 5% no presenta controles obstétricos al momento del parto, lo que corresponde a aquellas mujeres que presentan antecedentes de adicción a drogas	3,6% inició controles obstétricos tardíamente (después de 20 semanas de embarazo). Solo el 4,4% de las mujeres que consumen alguna droga presenta control tardío.
El 46% de las mujeres tiene antecedentes familiares de consumo problemático de drogas (alcohol marihuana, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína).	Sin información
5% de las mujeres reconoce un problema de adicción a drogas	Sin información

Es posible observar que las mujeres embarazadas corresponden a adultas jóvenes, cerca del 50% completó la educación media, en su mayoría poseen pareja estable y existe un porcentaje importante de consumo de drogas y alcohol. Aunque los resultados en ambos estudios difieren bastante, el primero muestra una cifra similar a la observada en Uruguay.

También se les consultó sobre el cambio de su conducta de uso de drogas y alcohol, al momento de conocer su estado de embarazo.

Tabla 2

Porcentaje de mujeres embarazadas según su reacción frente al consumo al conocer su estado de embarazo. Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río, enero-febrero de 2004 (N=120).

Reacción	Frecuencia	%
Dejó de consumir	40	33,3
Consumió lo mismo	6	5
Bajó el consumo	29	24,2
Aumentó el consumo	0	0
Nunca consumió	45	37,5
Total	120	100

Tabla 3

Porcentaje de mujeres embarazadas con consumo de drogas antes y durante el embarazo en la maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río.

Sustancia	Enero y febrero de 2004, Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río (N=120)(15)			Abril y mayo de 2004, Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río (N=280)(16)		
	Consumo antes del embarazo (%)	Consumo durante el embarazo (%)	Δ	Consumo antes del embarazo (%)	Consumo durante el embarazo (%)	Δ
Alcohol	38,3	14,2	24,1	46,4	23,9	22,5
Tabaco	59,2	27,5	31,7	49,3	28,3	21
Marihuana	8,3	1,7	6,6	14,6	7,3	7,3
Pasta base	2,5	1,7	0,8	3,2	0,4	2,8
Cocaína	2,5	0,8	1,7	4,6	0,4	4,2

En la muestra de 120 mujeres embarazadas (15), 25% consumió diariamente alcohol u otra droga durante su embarazo y otro 5% declaró haber requerido tratamiento por adicción; sin embargo, ninguna declaró haberse rehabilitado. Las mujeres que consumía marihuana, pasta base y cocaína lo hacían a solas.

En la muestra de 280 mujeres embarazadas (16), ningún consumo de drogas aumentó, excepto en relación al consumo de alcohol, que 6,5% de las embarazadas lo inició durante el período de gestación. Un 2,9% mantuvo su consumo de alcohol. Todas las demás mujeres que manifestaron tener algún consumo lo cesaron o disminuyeron. El 64,5% de las mujeres refirió que alguien de su entorno les recomendó beber alcohol (malta, vino con azúcar) durante el embarazo. La mayoría (64,7%) refirió no seguir esta recomendación.

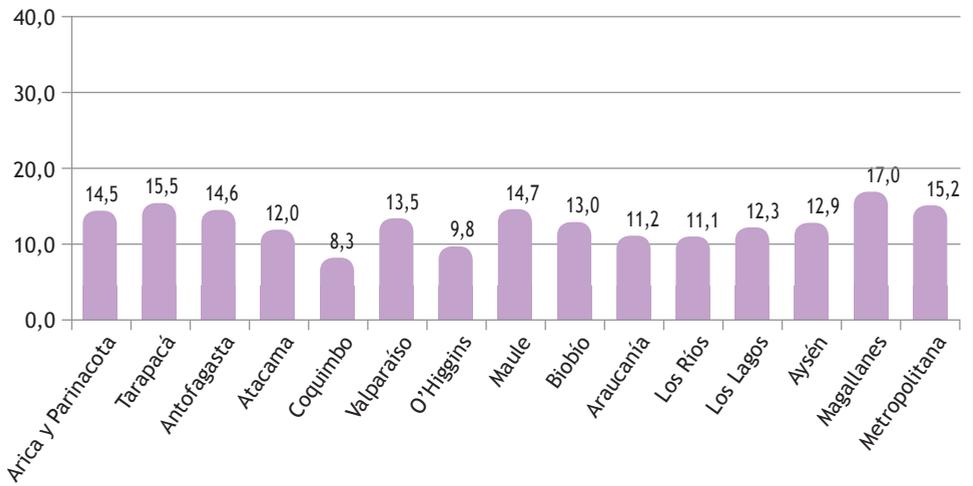
En un importante estudio prospectivo realizado en Chile entre 1995 y 2000 (17) entrevistaron a 9.628 mujeres que acudían a control prenatal en un policlínico que atiende a población de clase media baja de la Región Metropolitana. El 42,6% de las mujeres entrevistadas declaró no beber alcohol, el 57,4% declaró algún consumo de alcohol y el 3,7% refirió haber consumido al menos un trago estándar (15 ml de alcohol absoluto) por día. A través de métodos complementarios se determinó que 1% de la población estudiada bebía 4 o más tragos estándar por día, estableciendo un alto riesgo para desarrollar síndrome alcohólico fetal. Este estudio también identificó un set de preguntas que puede ayudar a identificar tempranamente un consumo de al menos 4 tragos por día: beber antes ($p = 0.01$) o durante ($p < 0.0001$) el embarazo, comenzar a beber a menor edad (15,7 años) ($p = 0.007$), signos de baja autoestima ($p < 0.0001$), trastornos del apetito y del sueño ($p < 0.0001$), malas relaciones interpersonales ($p < 0.0001$), miembros de la familia con características de síndrome alcohol fetal ($p < 0.009$).

El 3% de las mujeres embarazadas chilenas usuarias de la atención primaria del sistema público de salud, entre 2007 y 2009, presenta uso o abuso de sustancias (18). Entre aquellas mujeres embarazadas que presentan uno o más factores de riesgo, el 13,8% declara uso o abuso de sustancias (18).

De acuerdo a la información por región entregada por el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de Chile (19), durante 2008 el 13% (2.556 mujeres) de las embarazadas que ingresaron a control prenatal en centros de atención primaria respondió afirmativamente al uso o abuso de drogas (fármacos, tabaco, alcohol y otras drogas) en la Escala Psicosocial Abreviada del Sistema Chile Crece Contigo, que identifica factores de riesgo (Gráfico 1).

Gráfico 1

% Uso o Abuso de sustancias al ingreso del control prenatal (APS), del año 2208.



Fuente: Programa de Salud de la Mujer, MINSAL.

Tabla 4

Mujeres con uso o abuso de sustancias en mujeres embarazadas al ingreso del control prenatal (APS) en 2008.

Región	Uso o Abuso de Sustancias (n° de mujeres)	%
Arica y Parinacota	34	14,5
Tarapacá	61	15,5
Antofagasta	116	14,6
Atacama	42	12,0
Coquimbo	72	8,3
Valparaíso	232	13,5
O'Higgins	78	9,8
Maule	150	14,7
Biobío	550	13,0
Araucanía	183	11,2
Los Ríos	44	11,1
Los Lagos	151	12,3
Aysén	39	12,9
Magallanes	15	17,0
Metropolitana	789	15,2
<i>Metropolitano Central</i>	27	11,3
<i>Metropolitano Norte</i>	121	16,6
<i>Metropolitano Occidente</i>	155	13,1
<i>Metropolitano Oriente</i>	117	15,7
<i>Metropolitano Sur</i>	196	15,3
<i>Metropolitano Sur Oriente</i>	173	16,8
Total País	2556	13,3

Fuente: Programa de Salud de la Mujer, MINSAL.

En el gráfico se puede observar que las regiones con las más altas cifras proporcionales al número de mujeres en control prenatal son, en orden decreciente, Región de Magallanes (17%), Región de Tarapacá (15,5%) y Región Metropolitana (15,2%). Sin embargo, en cuanto al número de mujeres descrito en la Tabla 4, las más altas cifras se encuentran en la Región Metropolitana (789), Región del Biobío (550) y Región de Valparaíso (232). En los Servicios de Salud Metropolitanos Norte y Sur Oriente se registran los más altos porcentajes de uso y abuso de sustancias (16,6% y 16,8% respectivamente). Considerando el número de mujeres descrito en la Tabla 4, los Servicios de Salud Metropolitano Sur y Sur Oriente en conjunto constituyen el mayor volumen, con un total de 369 mujeres embarazadas con uso y abuso de drogas, cerca del 50% de la Región Metropolitana.

Un levantamiento de información en la Maternidad del Hospital Luis Tizné de la Región Metropolitana, registró 1% (13 mujeres) del total de partos, en los meses de mayo y junio de 2009, en donde la mujer develó consumo problemático de drogas al ingreso o se observaron signos de dependencia. Es importante considerar que esta maternidad es una de las más grandes del país, registrando para 2008 un total de 6.463 partos. Si se considerara cualquier tipo de consumo de drogas durante el embarazo seguramente la cifra sería muy superior.

Desde el punto de vista del tratamiento, el sistema Colabora reporta durante el primer semestre del año 2008 a 101 embarazadas, de un total de 1.253 mujeres en Planes de Tratamiento para Personas Adultas con Consumo Problemático de Drogas, convenio CONACE-FONASA-MINSAL (planes para población general), lo que equivale al 8%. Mientras que el primer semestre del año 2009, se registraron 770 mujeres tratadas en Planes de Tratamiento Especializado para Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas, convenio CONACE-FONASA-MINSAL (planes especializados), de las cuales el 16% estaba embarazada.

3. Características psicosociales de las mujeres embarazadas con consumo de drogas y alcohol

Considerar las características psicosociales del uso y abuso de drogas y alcohol en la población femenina resulta complejo, debido a que la percepción social y cultural de ellas —más aún de la mujer embarazada— está llena de prejuicios, estigmas y rechazos, manteniendo en muchas ocasiones en secreto su problema. Junto a esto, ya se ha planteado que generalmente una mujer consumidora problemática de drogas presente una serie de problemas psicosociales, que complejizan su situación vital.

Para comprender las características psicosociales se debe considerar que las mujeres latinoamericanas consumidoras problemáticas de drogas tienen menor acceso a la educación, capacitación técnica, salud y recreación, que los hombres consumidores problemáticos de drogas. Generalmente, la mayoría de estas mujeres están desempleadas o con escasas oportunidades laborales. En ocasiones son víctimas de violencia y viven en ambientes de consumo y con escaso apoyo familiar. En comparación con los hombres consumidores, cuyas parejas a menudo permanecen a su lado, haciéndose cargo de los hijos e incluso haciendo esfuerzos para lograr su rehabilitación, una mujer con consumo problemático de drogas es frecuentemente abandonada por su pareja y la custodia de los hijos le resulta compleja, pues deja de ser vista por la sociedad como buena esposa y madre. Esta es una de las causas que podría explicar que las mujeres consumidoras permanecen, a menudo, ocultas de la mirada social (20).

En Chile, se registra un 12,7% de violencia de género en mujeres gestantes (18). Esto es importante, ya que las mujeres que abusan de drogas y alcohol suelen iniciar el consumo para mantener relaciones afectivas y la proporción de violencia intrafamiliar en mujeres en tratamiento es cerca de 60% (21).

En algunas ocasiones, debido a la necesidad de financiar su consumo, estas mujeres realizan grandes gastos de dinero, pierden su empleo, roban y/o se prostituyen. Es usual que en estos encuentros sexuales se contagien de alguna enfermedad de transmisión sexual (20). La creciente tasa de la seropositividad del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre las mujeres que abusan de sustancias complejiza aún más su manejo (22).

El 10% de las mujeres embarazadas en nuestro país presenta síntomas depresivos, siendo el factor de riesgo con mayor incidencia (18). De las gestantes que presentan uno o más factores de riesgo, 45,8% presenta síntomas depresivos; 20,7% manifiesta conflictos con la maternidad y 17,4%, insuficiente apoyo familiar (18). Estudios internacionales (23) revelan que algunas mujeres embarazadas que abusan de sustancias, presentan trastornos afectivos y en ocasiones prefieren entregar la custodia de sus hijos recién nacidos a familiares, ya que se sienten incapaces de asumir su rol de madre, o bien debido a las presiones de sus familiares por la custodia de sus hijos.

En relación a este aspecto, se establece que aproximadamente un cuarto de las mujeres embarazadas con abuso de sustancias manifiesta sentimientos de angustia y rechazo por su embarazo, manteniéndolo oculto y en ocasiones manifiestan deseos de abortar. Esto último las lleva a no acudir a los controles, ni recibir los cuidados necesarios (24).

Ahora bien, las razones que han llevado a estas mujeres a no acudir a los controles de asistencia médica prenatal pueden ser heterogéneas y variadas, pero dentro de los factores que se presentan con mayor frecuencia está el temor de ser juzgadas al manifestar su dependencia a las drogas y la posibilidad de perder la custodia de sus bebés (24).

Igualmente, hay que considerar los cambios psicológicos y físicos que ocurren en las mujeres embarazadas que presentan un consumo problemático de drogas, entre los que se encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ánimo y de ansiedad, sensación de frustración y rabia, cansancio, impulsividad, agresividad y dificultades en las relaciones de pareja (23).

De acuerdo a la experiencia de la doctora Mónica Kimmelman³ en la maternidad del Hospital Barros Luco de la Región Metropolitana, el embarazo en mujeres consumidoras problemáticas de drogas suele ser no planificado y descubierto tardíamente, en un contexto de descuido y con un mal estado general de salud. Además, frecuentemente ingresan a los servicios de salud de urgencia, con trabajo de parto prematuro y la mayoría niega el consumo de drogas, por el temor consecuente al castigo social. Habitualmente, cuando la madre es descubierta, enfrenta la hostilidad del personal de salud, que se ve sobrepasado por la situación. Ante esta realidad, la madre suele fugarse y el bebé pasa al sistema de protección judicial, repitiéndose el ciclo de ruptura relacional.

Estas observaciones abren otro tema relevante a la hora de analizar la situación de mujeres embarazadas con consumo de drogas, la existencia de barreras al tratamiento que deben enfrentar de manera general las mujeres embarazadas con consumo problemático de drogas.

En primer lugar, se identifican algunas actitudes y habilidades de los profesionales de la salud (8). Pocas especialidades médicas enseñan técnicas de exploración de uso y abuso de drogas y alcohol y asesoría adecuados, por lo tanto, los profesionales involucrados en el control del embarazo que no han recibido capacitación específica, pueden sentirse inseguros y evitar indagar directamente, ya sea por temor a no responder adecuadamente a lo que surja o, por sentir que ofenden a la embarazada haciéndole este tipo de preguntas. Asimismo, pueden desconocer los centros de tratamiento especializados a donde referir a sus pacientes, ocasionando una pobre coordinación en el cuidado de la salud, tanto de la madre como del futuro bebé. Por otra parte, los prejuicios de la población en general en torno a la adicción y al consumo de drogas en la mujer pueden



3.- Médico psiquiatra, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile, Campus Sur. Experta en salud perinatal.

estar presentes también en los profesionales de la salud, lo que sumado a una falta de capacitación específica, redunde en una respuesta deficiente a este problema de salud. Esta falta de conocimiento, capacitación y protocolos específicos también es observada en la experiencia chilena y es un tema de preocupación para los equipos de salud que trabajan en las maternidades (25).

En segundo lugar, las propias actitudes de las mujeres abusadoras de drogas pueden constituirse también en una barrera (8). La mayoría de ellas desconfía de los sistemas de cuidado de la salud y cuando asisten, generalmente por el estilo de vida que llevan, no cuentan con las redes de apoyo suficientes para dejar al cuidado de otros los niños que ya tienen, o sienten temor de perder la custodia de los hijos que poseen o del que están esperando. A éstas mujeres se les dificulta admitir el consumo, no es algo que ellas acepten espontáneamente, y al cuestionarlas por qué no informan a sus médicos, afirman que nadie tampoco se los pregunta, presentándose una doble complicidad: la mujer lo calla porque le da vergüenza admitir el consumo y el médico no pregunta, pues no se espera que una mujer embarazada sea usuaria de alcohol o drogas. Cuando han admitido ante los médicos su consumo, generalmente, reciben regaños y en ocasiones incluso insultos (“malas madres”, o “madres inconscientes”), además de existir un gran desconocimiento de su enfermedad y poco interés en su propia salud (8).

Estas barreras son concordantes con la observación en terreno de equipos de centros de tratamiento que trabajan con mujeres con consumo problemático de drogas en el país y con profesionales de la salud que observan cómo muchas mujeres embarazadas con consumo gravemente problemático llegan a las maternidades en el período expulsivo, muchas veces sin control previo.

Por lo tanto, en el tratamiento y abordaje de mujeres embarazadas con problemas de drogas una de las principales dificultades observadas, es la manera de aproximarse a esta problemática en donde surgen cuestionamientos éticos, políticos y sociales. Se evidencia un desconocimiento en los equipos, algunos plantean medidas coercitivas en donde se impone la necesidad de cambiar su conducta adictiva, mientras que otros consideran su autonomía y libertad. Tanto la autonomía como el paternalismo deben enfatizar en la toma de decisiones de la persona considerando el espacio terapéutico como un lugar de encuentro entre dos personas, desde la horizontalidad, confidencialidad y respeto (26).

Algunos centros de tratamiento en los Estados Unidos establecen una serie de normas clínicas y éticas con el fin de generar una atención más personalizada, considerando las necesidades de las embarazadas y su dependencia, focalizando en la toma de decisiones de las personas acompañada por un seguimiento constante por parte del terapeuta para que los acuerdos establecidos se cumplan (26).

4. Descripción de casos ingresados a una maternidad de la Región Metropolitana y a centros de tratamiento por consumo problemático de drogas

Dado que no fue posible acceder a estadísticas públicas específicas de embarazadas con consumo de drogas en las maternidades de los hospitales del país, fue necesario realizar una indagatoria en terreno en la maternidad de un hospital público sobre las características de las púerperas ingresadas con consumo problemático de drogas. El escogido fue el Hospital Luis Tisné, correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, por su cobertura de atención (alrededor de 1.000 partos al año) y la disposición del personal a colaborar. El levantamiento de información se hizo entre el 1 de mayo y el 30 de junio de 2009 y en total se registraron 13 casos que presentaron las siguientes características:

- Edad promedio de 22 años
- 61,5% completó la enseñanza básica
- 23% era primigesta
- En promedio tenían ya 1 hijo
- Todas presentaron antecedentes de consumo problemático de drogas: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y pasta base de cocaína
- En 61,4% de los casos la droga principal era cocaína o pasta base, el 92,3% de los casos presentaban policonsumo y el 15% presentó consumo activo durante la gestación.
- 92% de las mujeres tenía pareja estable y en el 54% de los casos la pareja era consumidora de drogas
- En promedio estas mujeres asistieron a 5 controles prenatales, por debajo de lo mínimo necesario que corresponde a 7
- Al 31% no se le permitió lactancia materna, por presentar consumo activo o por problemas de salud del recién nacido.
- Se registró 15% de fuga hospitalaria, lo que corresponde a dos mujeres: una que huyó con el bebé y otra sin él.

En el Anexo N° 4 se presentan los antecedentes de cada caso en particular.

Según la experiencia relatada por el personal de la maternidad del Hospital Sótero del Río, jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, las mujeres embarazadas con consumo de drogas tienden a mostrarse (25) agresivas, cansadas, ansiosas, culposas y poco colaborativas. Muestran poca tolerancia al dolor y síntomas de síndrome de abstinencia, que al no ser tratado gatilla consumo escondido al interior del establecimiento y con la colaboración de familiares.

Por otra parte, sobre la base de los antecedentes levantados en las 71⁴ mujeres embarazadas que se encontraban participando de planes de tratamiento por consumo problemático de drogas, convenio CONACE-FONASA-MINSAL, durante el primer semestre del 2009, podemos describir el siguiente perfil:

- 26,8 años de edad promedio
- 64,8% ha completado la educación básica: 36,6% tiene enseñanza media completa y 22,5% enseñanza media incompleta
- Presentan en promedio 5,2 meses de embarazo
- Tienen en promedio 2,5 hijos
- Solo el 14% es primigesta
- 70,4% tiene pareja
- 94,4% la droga principal es clorhidrato de cocaína o pasta base de cocaína, el resto corresponde a marihuana, solventes y alcohol. Un 25,4% presenta policonsumo
- Escasa comorbilidad física, pero cuando aparece es grave cáncer, sífilis, VIH, tuberculosis
- 72% cuenta con red de apoyo, fundamentalmente pareja, madre u otro familiar

Al comparar ambos grupos, se repiten las características observadas en los estudios antes expuestos: escolaridad media, en su mayoría con pareja, bajo control prenatal y alto consumo de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína. Sin embargo, las embarazadas que se encuentran en tratamiento tienen un promedio de edad mayor, con mayor número de hijos y con menos frecuencia de policonsumo que aquellas que ingresaron a la maternidad sin registrar tratamiento especializado.



4.- 67 mujeres de planes de tratamientos especializados, 6 mujeres en planes de población general y 1 en un centro de tratamiento penitenciario.

Capítulo II: Marco Conceptual

1. El embarazo: aspectos biopsicosociales

Para generar una mejor comprensión al lector, se han separado los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relativos al embarazo y la lactancia. Sin embargo, es importante tener presente que es imposible separar totalmente las tres dimensiones de la experiencia humana. En cada dimensión aparecerán descripciones de las otras, por lo que este capítulo es también una invitación a nutrir la mirada biopsicosocial de manera integrada en la mujer embarazada.

1.1 Aspectos biológicos del embarazo y la lactancia

La maternidad cambia a la mujer para toda la vida, transformando estructural y funcionalmente su cerebro en forma irreversible. En el código genético femenino hay disparadores biológicos de la conducta maternal, que tienen su origen en las hormonas del embarazo manufacturadas por el feto y la placenta, activados por el parto y fortalecidos por el contacto físico directo con el hijo. Los circuitos cerebrales innatos de la mujer responden a los siguientes estímulos: el crecimiento del feto en su vientre, el nacimiento de su hijo, el amamantamiento, el contacto físico, el olor y la intimidad piel contra piel con él. Estos mecanismos también se generan en los padres adoptivos sólo por el contacto físico con su bebé (27).

Todas estas claves físicas habilitan circuitos neuroquímicos en el cerebro de la madre, que darán origen a un cerebro motivado, siempre atento y protector, y a una mujer cuyas reacciones y prioridades vitales habrán cambiado para siempre (27).

La determinante biológica es tal, que muchas mujeres pueden experimentar las primeras señales del cerebro maternal antes de concebir un hijo. El “deseo del bebé” puede aparecer en una mujer que simplemente haya acunado a un recién nacido de otra mujer. El suave aroma de la cabeza de un niño contiene feromonas que estimulan el cerebro femenino para que produzca oxitocina, la “droga del amor”, responsable de inducir el deseo de ser madre (27).

Durante los tres primeros meses la mujer embarazada está serena debido a la sedación de los circuitos cerebrales; también está somnolienta, con más apetito y sed, puede presentar antojos y sensibilidad ante ciertos olores, disminuir su agudeza táctil, auditiva y olfati-

va. Las náuseas matinales y los vómitos se deben a trastornos neurosimpáticos y psíquicos propios del embarazo. Además, el cerebro se reestructura y disminuye de tamaño: algunas zonas crecen (córtex) y otras se reducen (hasta los 6 meses postparto) (27).

En este trimestre ocurren una serie de cambios fisiológicos y muchos de ellos se traducen en múltiples molestias que pueden afectar su condición general y su adaptación a las exigencias de la rutina diaria: espasmos gástricos, constipación, meteorismo, gingivitis, odontalgias, caries dentales, insomnio o hipersomnia, neuralgias, cefaleas, ciática, parestesias, calambres, vértigos, lipotimias, síntomas vagotónicos (bradicardia, arritmias respiratorias, hipotensiones leves, trastornos digestivos), síntomas simpaticotónicos (taquicardia, hipertensión, cambios de coloración y temperatura de la piel, diarreas seguidas de constipación), entre otros. En el anexo 1 se entrega un resumen más detallado de los cambios fisiológicos del embarazo (27).

Durante el segundo trimestre, aumentan la progesterona y los estrógenos, lo que trae como consecuencia que se genere una protección contra las hormonas del estrés; además, siguen generándose cambios fisiológicos, pero las molestias más notorias han disminuido (27).

En el tercer trimestre, aumenta el cortisol (hormona del estrés) y, por tanto, se hace patente la mayor vigilancia sobre su propia seguridad, nutrición y entorno, en contraposición a una mayor distractibilidad y tendencia al olvido de otras tareas no relacionadas con la gestación. En esta etapa, el cerebro vuelve a crecer y se construyen redes de circuitos maternos, la mujer embarazada se preocupará casi exclusivamente de su bebé y preparará el nido (27).

En el 65% de los varones se produce el síndrome de incubación con malestares similares a las mujeres. Previo al parto, hay un aumento en el 20% de los niveles de prolactina, que es la hormona de la cría y la lactancia, se duplica la concentración de cortisol que gatilla un estado de mayor sensibilidad y alerta. Decrecen en un tercio los niveles de testosterona, hormona que reprime la conducta maternal en hombres y mujeres; esta disminución genera mayor agudeza auditiva frente al llanto del bebé y disminuye el impulso sexual. El aumento del estrógeno facilita la vinculación con el bebé, aunque no oigan tan bien sus gimoteos (sí el llanto) y sean más lentos en responder. Se ha planteado que esta respuesta neuroquímica es secundaria a las feromonas producidas por la mujer embarazada (27).

En el período postparto, la secreción de oxitocina y dopamina inducirán estados de euforia y alerta, producirán un enamoramiento del bebé por activación de los circuitos del placer que producen sentimientos de júbilo y apego, y desconexión del pensamiento juicioso y de las emociones negativas. En esta etapa el uso de anestésicos modifican los efectos de la oxitocina, retardando el proceso de apego. Los estrógenos y la oxitocina gatillan aflujos de dopamina. Esto es relevante ya que la dopamina es la sustancia química central en el circuito neuronal del placer y la recompensa, que también se activa por estados de comunicación íntima, el orgasmo y el consumo de drogas. Es frecuente que se presenten síntomas de abstinencia en las madres cuando están lejos de sus bebés y cuando los destetan. Algunas también sienten miedo, ansiedad y oleadas de pánico (27).

Como consecuencia del aumento de oxitocina (mediado por el contacto físico con el bebé) se producen los siguientes fenómenos (27;28):

- Distinción del olor, llanto y movimientos corporales de su bebé
- Agresividad maternal que se manifiesta en celo frente a todos los detalles del manejo de la casa, la seguridad infantil, la higiene, etc.
- Monitorización y seguimiento de su hijo: está particularmente sensible a todo lo que rodea al bebé
- Replanteamiento de las obligaciones del padre como proveedor
- Disminución o ausencia de deseo sexual por su pareja
- Mejora de la memoria espacial
- Mayor flexibilidad y adaptabilidad
- Valentía para custodiar y proteger a su bebé: en experimentos con ratas se ha observado que las ratas madres son más atrevidas, muestran menos actividad en los centros del miedo de sus cerebros, se desempeñan mejor en las pruebas de laberintos y son más eficientes para cazar presas.
- Falta de concentración mental, disminución de la atención, distraimiento, excepto para cuidar y proteger al bebé los primeros 6 meses de vida. El tamaño del cerebro vuelve a la normalidad 6 meses después del parto.

El amamantamiento refuerza la conducta maternal (como un recurso de supervivencia de la especie), ya que genera aflujos explosivos de oxitocina, dopamina y prolactina. Mientras más frecuente y duradero sea el amamantamiento, mayor será la respuesta prolactina-oxitocina. Por otra parte, dar pecho genera placer, baja la presión sanguínea, relaja e inunda a la madre con sentimientos amorosos por su bebé. La oxitocina dilata

los vasos sanguíneos del pecho, brindando calor y bienestar al bebé. La leche materna dilata el estómago del bebé, estimulando la liberación de oxitocina en su cerebro, hormona que lo sosiega y calma. La disminución de la oxitocina por la supresión o baja en la frecuencia de la lactancia (volver a trabajar, destete, otras causas de separación abrupta, etc.), provoca aflujos de hormonas del estrés (27).

La extrema capacidad del cerebro femenino para conectarse con otros mediante el sistema de lectura de las caras, interpretación de los tonos de voz, y registro de los matices de la emoción, prepara a las mujeres para captar los indicios de bebés que no hablan y preveer sus necesidades (27).

La crianza también es importante, estudios realizados en Canadá plantean que el tipo de cuidado que la madre brinda a sus crías altera la química del ADN de algunos genes involucrados en la respuesta al estrés (29). La zona del cerebro de las crías, llamada amígdala, cambia según la dedicación que reciben, especialmente las hembras. Estos cambios se transmiten a lo largo de tres generaciones, siempre y cuando no ocurra una modificación ambiental antes de la pubertad (29). Es decir, las hembras heredan la conducta maternal de sus progenitoras y la transmiten a sus hijas y nietas (herencia epigenética) (29).

En este sentido, la mayor dedicación y cuidado de la cría genera una menor secreción de hormonas del estrés (30). Un cuidado intenso por parte de un adulto cariñoso que infunde confianza, puede generar que los niños sean más listos, sanos y aptos para enfrentar el estrés (27). Cuando el cuidado es deficiente, se secretan hormonas del estrés, las que al estar presentes en altos montos por períodos prolongados, incrementan el riesgo de sufrir problemas físicos y mentales (30). Un trato maternal desatento o insuficiente, generará niños susceptibles al estrés, hiperreactivos, enfermos y temerosos como adultos (mayor liberación de cortisol ante el estrés) (27).

Por tanto, la salud física y mental de la madre es el factor clave que determina la calidad de la interacción madre-hijo. Padres que viven en entornos de pobreza, sufren algún trastorno mental o lidian con entornos altamente estresantes están mucho más predispuestos a la fatiga, irritabilidad y ansiedad, disminuyendo la calidad de la interacción con sus hijos (27;28;30). De esta manera, una *alomadre*⁵, que apoye a la madre, puede romper el ciclo de la maternidad desatenta y generar un entorno de crianza fiable y seguro, favorecerá el desarrollo de sus hijos, volviéndolos más sanos y seguros (27).



5.- Persona que acompaña y apoya a la madre en su función materna.

El factor ambiental es central, se ha visto que la predictibilidad y disponibilidad de recursos económicos, emocionales y sociales, son factores ambientales esenciales para una buena maternidad (27). Por otra parte, un ambiente impredecible genera madres miedosas y tímidas, crías con señales de depresión, aferradas a sus madres y con menos interés en explorar y jugar con otros (27).

1.2. Procesos psicológicos normales durante el embarazo

Durante el embarazo se producen importantes modificaciones a nivel afectivo, cognitivo y psicosocial. Estos cambios se suceden en un continuo que va desde la experimentación de leves modificaciones en el estado de ánimo hasta la vivencia de síntomas, que por su intensidad, imposibilitan a la mujer en la realización de las múltiples tareas que trae consigo este proceso (31). La representación mental que la mujer tiene acerca de su maternidad, las expectativas en torno al rol de madre y las reacciones emocionales van a variar de una mujer a otra.

Según Elgueta (31), se puede considerar el proceso de gestación como un tiempo de enorme sensibilidad y responsividad de emociones ambivalentes y de conflictos intrapsíquicos que a menudo se manifiestan a través de síntomas físicos y de sueños y fantasías. Algunas de las respuestas psicológicas de la madre, pueden reflejar expectativas culturales, cambios hormonales o tener sus raíces en el propio quehacer psicológico de la madre.

Un número importante de investigadores ha reconocido el embarazo como una crisis transicional normal (32) y han enfatizado el profundo desequilibrio emocional de la embarazada y su vulnerabilidad a los disturbios psicológicos.

Bibring (33) introdujo el concepto del embarazo como una crisis maduracional. Observó severas perturbaciones psicológicas en mujeres embarazadas que no presentaban sintomatología o historia psicopatológica previa. Concluyó que el embarazo es una crisis que puede ser resuelta solamente después del nacimiento del bebé, lo que sumado a la mediación de una intervención terapéutica, podía lograrse remisión inmediata de síntomas (31).

La mayoría de las mujeres con embarazos deseados presentan procesos comunes que se han descrito en tres etapas o trimestres (31).

- a. Primer trimestre: se experimenta alegría y satisfacción, junto a una gran ansiedad frente a la adaptación a una situación nueva. Surge el temor frente a la responsabilidad de dar a luz y criar un hijo, llegando a dudar de sus capacidades. Se van desarrollando algunos procesos de identificación, en el que el embarazo es aceptado e integrado como parte del sí mismo. Hay también una introversión asociada a estos procesos y un volcamiento hacia el embarazo que se acentuará hacia el final del trimestre y que perdurará en la primera mitad del segundo. La tendencia es a buscar activamente información sobre el embarazo y la crianza, a la vez que busca la compañía de otras mujeres que ya han tenido la experiencia; busca compartir, comunicarse y elaborar esta experiencia (31).
- b. Segundo trimestre: comienzan los primeros movimientos del feto que subraya su naturaleza separada de la madre. La mujer comienza a relacionarse con su vientre hablándole, acariciándolo o imaginando cómo es. Estas actividades marcan el inicio psicológico de la construcción de nido. Cuando los movimientos fetales se hacen regulares y constantes le dan a la madre la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza. Con frecuencia refieren sentirse felices, lo que se asocia a un incremento de la actividad y energía, acompañado por un aumento de la sensibilidad perceptual y de la capacidad de realización. Las fantasías que surgen acerca del futuro del niño son una importante fuente de gratificación y medio de adaptación, que permite hacer frente a las continuas tensiones del embarazo y futuro parto. El foco de atención cambia desde “mi embarazo” a “mi bebé” (31).
- c. Tercer trimestre: Este trimestre se caracteriza por la impaciencia que manifiestan la mayoría de las mujeres por terminar el embarazo y tener un lactante real en vez de uno imaginario. Este acto contribuye a la adaptación de la mujer ante la separación corporal después del parto. Puede consultar varias veces por creer que está con trabajo de parto, lo que permite reducir la ansiedad de los últimos días y familiarizarse con la forma en que desea participar en su parto. La angustia y la ansiedad le ayudan a enfrentar la tarea de la separación y a realizar los últimos preparativos, sobre los que se centra la atención. La disminución de los movimientos fetales por la reducción del espacio intrauterino provoca una vivencia angustiada asociada a muerte o agresión del niño (31).

El embarazo y el parto de un hijo representan un desafío mayor tanto para la mujer y su pareja, como para la relación misma. Como cualquier otra etapa significativa de la vida, puede ser una oportunidad de crecimiento o conflicto (34). Sin embargo, es imprescindible diferenciar entre los cambios emocionales normales del embarazo y los patológicos

(20). En el primer trimestre a veces la mujer se siente emocionalmente lábil. En la pareja pueden desarrollarse problemas en torno a la sexualidad y ansiedad relacionadas con la paternidad futura (34).

Frecuentemente se presentan temores de perder al hijo y se instalan preocupaciones que adquieren ocasionalmente un matiz obsesivo. La embarazada puede rumiar pensamientos asociados a ser buena madre, mantener a su hijo seguro, hacer todo lo necesario para él, sentirse culpable si tiene que tomar medicamentos o temer dañarlo. Estos pensamientos normales no impiden el desarrollo de la vida cotidiana ni están seguidos de rituales como en el trastorno obsesivo compulsivo (35).

Los pensamientos ansiosos, también son frecuentes y pueden confundirse con ansiedad patológica, ya que se relacionan con cambios fisiológicos normales pero observables en los trastornos de ansiedad, tales como aumento de la frecuencia cardiaca, sudoración y sensación de necesitar respirar. Sin embargo, en el embarazo normal los pensamientos ansiosos no son generalizados y se relacionan con la seguridad de la madre y el hijo. La taquicardia, hiperventilación, despersonalización y temores abrumadores de morir no son, sin embargo, normales y pueden indicar un trastorno médico o de personalidad (35).

Junto a los cambios antes descritos existen otros que se presentan recurrentemente durante el embarazo y que son resueltos durante el proceso de embarazo y post parto, o bien cuando la labor de crianza ha finalizado, época que habitualmente coincide con la menopausia y cambios en su ciclo evolutivo (31).

El embarazo puede ser considerado, ante todo, como una preparación psicológica y física para realizar la función maternal, marcando el comienzo de las relaciones entre la madre y su hijo y, entre la pareja como padres (31). Esto implica una readecuación de roles y expectativas para la que se deben realizar una serie de nuevos acuerdos al interior de la pareja, proceso que sólo comienza durante este período y que tendrá que ser revisado una y otra vez en el futuro de este sistema que se está estructurando (36).

Durante el embarazo y el parto hay un incremento significativo en la actividad fantasiosa a la que se le atribuye un rol crucial por su influencia en el bienestar físico. También existe una marcada inclinación hacia los estados de ensoñación y a un mirar interior permanente que se acentúa en algunos momentos y que se constituyen en una forma natural de acopio y formación de un sustrato psicológico efectivo para los tiempos posteriores. Hay una disminución en la capacidad de tomar contacto intenso con otra persona, pero una vez establecido, su calidad es significativamente mejor (31).

En grupo, las mujeres suelen hablar en forma más frecuente sobre la limpieza de los artefactos del hogar o de los cajones de la ropa, lo que manifiesta de igual forma la ocupación psicológica por la preparación del nido (31).

Los pasos psicológicos fundamentales durante el embarazo incluyen la incorporación y la diferenciación. La madre debe aceptar e incorporar al feto. Algunas mujeres presentan problemas con la incorporación, y signos de ello pueden ser leídos en la sintomatología física y psicológica, como por ejemplo las náuseas excesivas, los abortos continuos, un grado inusual de quejas, excesiva cavilación o rumiación, y pensamientos obsesivos. Muchas mujeres presentan dificultades para aceptar que algo está creciendo y desarrollándose en el interior de su cuerpo, acontecimiento que está desafiando sus esfuerzos conscientes y su capacidad de control, en particular aquellas que han tenido una particular “necesidad de control”.

La incorporación del bebé es la primera tarea psicológica que una mujer tiene que superar. Después de este avance, el feto puede ser reconocido como un objeto; es decir, un futuro niño, más allá que como una parte de si misma. Esto involucra un trabajo a través de las fases de separación y de individuación en la vida de una mujer y que enseguida es aplicado al bebé. El establecimiento de lazos y la separación son eventos críticos que se darán constantemente durante el embarazo, luego del nacimiento y a través del ciclo de vida. Los conflictos relacionados con esta separación pueden ser vistos usualmente como precipitadores de la depresión post parto (31).

La tarea final de la gestación es el nacimiento y aceptación de la pérdida del íntimo contacto corporal que existía con el niño intrauterinamente. La separación es sentida algunas veces intensamente y puede ser acompañada por sentimientos normales de pérdida, tristeza, duelo y abatimiento (31).

Para Elgueta (31) resulta fundamental el trabajo psicológico durante el embarazo, relacionado con el flujo de la identificación y la identidad maternal. La mujer embarazada se encuentra renegociando, a medida que se desarrollan los eventos, todo aquello relacionado con la separación, autonomía y dependencia respecto de su propia madre. En el acto del embarazo la mujer llegará a ser madre y, en el camino, se pondrá en los zapatos de su madre y estará compitiendo con ella. Entre otros factores, es por esta renegociación que hay una alta incidencia de sueños, de extensos períodos de ensoñaciones y somnolencia y que permiten llegar a una rápida solución de los mismos (37).

La transición hacia la maternidad involucra clarificación en el sentido del sí mismo y en el rol de cuidadora nutricia, en la relación con su pareja como compañero, en la relación de dependencia hacia el niño y en la relación con los propios padres. Esta clarificación una vez realizada puede estar acompañada por sentimientos de logro personal y autoestima (31).

Por otra parte, Offerman-Zuckerberg (37) ha identificado algunas señales psicológicas que dan cuenta de dificultades en la adaptación al embarazo. Las señales psicológicas serían:

- a. Excesivas preocupaciones o miedos relacionados con el daño a sí mismo durante la gestación, hacia el futuro hijo, hacia el matrimonio y a los padres. Esto puede ser acompañado por sentimientos de ser dañado o criticado.
- b. Fantasías inusuales o pensamientos experimentados como “fuera de control” relacionados con la pérdida de control durante el embarazo y parto o el abandono por parte del marido o la propia madre.
- c. Aguda y prolongada ansiedad de separación, manifestada en una depresión prolongada, peleas maritales crónicas focalizadas en miedos de abandono y celos, culpa hacia la propia madre y ambivalencia reeditada, conductas de “ser como una niña”, lloriqueos y agitación, dependiendo del estímulo.
- d. Períodos de responsividad emocional, sentimientos de “no sentir”, de “estar fuera de esto”, de “no siendo yo misma”, de sentirse como “estar viendo a alguien”.
- e. Cambios o variaciones inusuales del estado de ánimo sin una razón, de períodos de extrema labilidad a períodos de retracción y silencios hostiles, explosiones de rabia sin una explicación y sin memoria de ellos.
- f. Resistencia a la construcción de nido. No hay esfuerzos por seleccionar un nombre, por preparar una habitación, por ordenar y limpiar la casa, por trabajar en solidificar los vínculos maritales.

Todas las mujeres experimentan algunos de estos sentimientos. El grado, la duración y extensión de las señales puede ser un criterio de ayuda para orientar su interpretación. Es importante considerar que su forma de expresión será siempre diferente entre una mujer y otra.

Las señales físicas de problemas en la adaptación al embarazo serían (37):

- a. Aborto habitual
- b. Hipertensión
- c. Náuseas exageradas, o una completa ausencia de ellas
- d. Ganancia inusual de peso o abuso inusual en el consumo de alimentos
- e. Dolores vagos e inusuales, calambres y molestias en el área genital
- f. Bochorno y fatiga
- g. Dificultades respiratorias
- h. Molestias gastrointestinales
- i. Problemas de circulación y dolores o molestias generales

La presencia reiterada e intensa de estas señales deben alertar a los profesionales de la salud a evaluar de manera integral tanto la experiencia individual del embarazo como la influencia del entorno en el cual se está desarrollando. Como se ha dicho, la mujer atraviesa una crisis de identidad que constituye un riesgo psicológico, necesitando de compañía, sostén afectivo y escucha activa de su entorno familiar y vincular.

1.3. Estrés prenatal y factores de riesgo psicosocial en el embarazo

Las vivencias de la madre durante la etapa de gestación, tienen efectos irreversibles en el hijo a lo largo de la vida (28). Existe una clara unión entre los eventos traumáticos en la etapa intrauterina y los resultados adversos en la salud psíquica y física de los niños, adolescentes y adultos. Sucesos como el hambre crónica, estados emocionales alterados, consumo de sustancias adictivas en el embarazo están asociados a problemas a lo largo del ciclo de vida de los individuos (28).

Además, la presencia de factores de riesgo psicosocial durante el proceso gestacional aumenta la probabilidad de que la mujer presente síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los hijos/as, violencia e, incluso, enfermedades, tales como depresión, hipertensión arterial y otras (5).

Los estados psicológicos de la madre, como el miedo o la tristeza, pueden ser percibidos por el feto. Desde el punto de vista bioquímico, el miedo libera catecolaminas que pasan por el cordón al feto y son capaces de producir la misma reacción que en la madre, estas sustancias tienen como rol alertar al organismo, siendo un proceso biológico de supervivencia (28).

Además, como ya se ha descrito, las alteraciones emocionales de la madre hacen que segregue más hormonas del estrés (cortisol-beta endorfina y noradrenalina), las cuales destruyen neuronas y alteran sus sinapsis, modificando la organización y estructura cerebral del feto y su capacidad futura para enfrentar el estrés (28).

Bajo ecografía, se han revelado ciertas reacciones fetales de aumento de frecuencia cardíaca cuando la madre fumadora va a encender un cigarrillo, es decir, se agita. Cuando la madre es fumadora, el estímulo sensorial del feto frente al consumo de tabaco de la madre se repite en reiteradas ocasiones (28). Lo que también da cuenta de la capacidad de aprendizaje temprano en el hijo en gestación, lo cual puede ser estimulado positivamente.

Otras investigaciones muestran que el estrés materno durante la gestación provoca una mayor vulnerabilidad en los fetos para sufrir enfermedades mentales o problemas conductuales, tales como, déficit atencional, hiperactividad e incluso esquizofrenia (28). Además, los estados emocionales vividos por la madre en el embarazo afectan la capacidad del feto para amar y socializarse, más que si vivieran esa experiencia durante el primer año de vida extrauterina (28).

Si bien, el embarazo constituye un mayor vulnerabilidad biológica, también es una oportunidad valiosa de apoyar a la mujer y su familia para generar condiciones que faciliten la readecuación de los roles dentro de la familia, incluyendo la redistribución del trabajo doméstico. Detectar las determinantes biopsicosociales que generan desigualdades en el desarrollo integral de niños y niñas desde antes de nacer - potencialmente modificables en los primeros años de vida - e intervenir para aminorar su impacto, ha demostrado ser una estrategia efectiva para disminuir las inequidades sociales (5).

Entre las variables más críticas de riesgo psicosocial se encuentran (5):

1. Edad igual o menor a 17 años 11 meses
2. Escolaridad igual o menor a sexto básico
3. Ingreso a control prenatal después de las 20 semanas
4. Rechazo al embarazo
5. Ausencia de pareja, aislamiento social
6. Presencia de síntomas depresivos, antecedentes de depresión recurrente o de otro diagnóstico psiquiátrico severo
7. Presencia de Violencia Intrafamiliar o Abuso Sexual
8. Uso o abuso de sustancias: tabaco, alcohol, drogas adictivas.

Como se ha dicho, un punto importante entre las embarazadas con consumo de drogas es el inicio tardío de los controles prenatales. Entre ellas, el inicio tardío se asocia a limitaciones de acceso o sensación de seguridad en multíparas, pero también se ha observado asociación con violencia de género en primerizas, dificultad para aceptar el embarazo, ambivalencia u ocultamiento del embarazo por miedo o temor (adolescentes, relaciones extramaritales, abuso sexual o violación por parte de familiar, allegado u otro). El inicio tardío de los cuidados constituye un factor de riesgo para el logro del vínculo emocional con el niño o niña (5).

Cuando existe violencia durante la gestación se genera deterioro de la autoestima, síntomas depresivos y conductas de riesgo para la salud, como uso de sustancias, insuficiente adherencia a los cuidados prenatales, etc. Existe evidencia de que es frecuente que la violencia de parte de la pareja se inicie durante un embarazo y que se intensifique durante la gestación. El abuso o violencia psicológica o emocional puede ir acompañado de violencia física y, habitualmente, no desaparece con el parto. Es habitual encontrar antecedentes de violencia y/o abuso sexual, físico y psicológico entre las mujeres con consumo problemático de drogas (5).

El nivel socioeconómico bajo aumenta la probabilidad de parto prematuro, hipertensión, dislipidemias, obesidad y otros. Por esto se debe potenciar el acceso a redes de protección comunitaria, programas y beneficios del sistema de protección social (5).

Por otra parte, el rechazo activo al embarazo, es un factor de riesgo poderoso para conductas de maltrato intrauterino. Es común que en estas situaciones los sentimientos de ira lleven a consumir drogas, conductas parasuicidas y maniobras abortivas. Usualmente el rechazo activo al embarazo está acompañado de situaciones de violencia y de aislamiento social (5). El embarazo no deseado tiende a incrementar e intensificar sentimientos de angustia, los cambios físicos propios del embarazo pueden llegar a percibirse como agresiones y probablemente éstos se lleguen a experimentar hasta el final del embarazo, asimismo, se encuentran más sensibles ante los eventos que ocurren en su vida cotidiana (38;39). La aceptación del embarazo por parte de la pareja, también es un factor altamente influyente (39).

Se ha observado que el rechazo hacia el embarazo disminuye con la edad, posiblemente asociado a mayor madurez emocional por parte de las gestantes, la cual les permite hacer frente a las diversas situaciones de su vida cotidiana. Por otra parte, aquellas mujeres embarazadas con menos habilidad para pensar y solucionar problemas de la vida diaria con un costo mínimo de distrés, tienden a presentar con más frecuencia ansiedad, uso de sustancias y mayor nivel de estrés (39).

Como se dijo antes, en diversos estudios se han reportado que los estados emocionales afectan al feto; los estados de tensión en la mujer embarazada pueden trastornar el normal funcionamiento de su sistema endocrino, aumentando el ritmo cardíaco del feto (39). El estrés prolongado durante el embarazo hace del bebé un ser hiperactivo, irritable, con patrones irregulares de sueño y de alimentación, con movimientos excesivos en los intestinos, bajo peso al nacer, llanto persistente, además de una elevada necesidad de estar en brazos (28;39).

Las mujeres embarazadas con baja autoestima frecuentemente tienen sentimientos de inseguridad respecto a sus futuras habilidades como madre. Estos sentimientos de inseguridad pueden estar asociados a la vivencia de competencia y habilidades maternas con sus propias madres. Un factor que puede contribuir desfavorablemente en estas mujeres son los mensajes “alarmistas” provenientes de su entorno cercano, que sobreestiman posibles riesgos durante la gestación, o problemas durante el proceso de crianza. Existe una alta correlación entre la baja autoestima materna y el abuso, tanto infantil como intrafamiliar.

Entre 30% a 40% de las embarazadas presentan síntomas depresivos y/o ansiosos inespecíficos. La presencia de un trastorno depresivo durante la gestación aumenta considerablemente el riesgo de depresión postparto, incluso es posible que la depresión después del nacimiento de un hijo constituya la continuación de un trastorno depresivo preexistente. Los síntomas depresivos leves y moderados se asocian con frecuencia a una menor capacidad psíquica y física, promoviendo sentimientos de incompetencia e insuficiencia. La falta de apoyo social, los problemas de pareja y las dificultades económicas son las principales circunstancias relacionadas con la aparición de los síntomas depresivos (5). De esta manera es central promover entornos saludables para la mujer embarazada, aminorando los factores psicosociales negativos que pueden acompañar su embarazo.

1.4. Teoría del apego y adicciones

El comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño pequeño y sus cuidadores o padres para sobrevivir. Por una parte, es importante que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras de apego y, por otra, que estas figuras sean capaces de contener y proteger al niño, especialmente en momentos de estrés emocional o amenaza. No toda instancia relacional que se produce entre seres humanos es necesariamente generadora de vínculo de apego, sino que debe existir un patrón continuo de regulación/contención del estrés (40). Existen diferencias en la calidad de la relación de apego en las díadas madre-hijo y éstas son posibles de medir y clasificar; además la conducta de la madre en los primeros meses de la vida del

niño es un buen predictor del tipo de relación entre ambos (41). Se han descrito cuatro patrones generales de apego que se relacionan con cuatro estilos parentales (42):

- **Estilo autónomo:** adultos que se muestran accesibles a sus hijos, sensibles a sus necesidades, que favorecen el contacto cuando éstos lo necesitan y que a la vez estimulan y permiten la autonomía. Ellos tienen una mayor probabilidad de tener hijos con patrón de apego seguro.
- **Estilo preocupado:** adultos que se muestran ambivalentes e imprevisibles ante las posibilidades de acceder a ellos cuando sus hijos los necesitan, lo cual llevaría a desarrollar con mayor probabilidad en sus hijos un patrón de apego ansioso-ambivalente.
- **Estilo rechazante:** adultos que se muestran insensibles y tienden a impedirles a sus hijos o hijas el acceso al contacto cuando los necesitan. Ellos tienen una mayor probabilidad de tener niños con patrón de apego evitativo.
- **Estilo no resuelto:** adultos que se muestran desorientados y confusos en la manera en que se relacionan con sus hijos y otras personas, característica del contacto que llevaría a que sus niños desarrollen un patrón de apego de tipo desorganizado.

Existe una asociación entre abuso de sustancias y determinados estilos de apego, de acuerdo al sentido que tiene el uso de sustancias para la persona, de esta manera, el apego evitativo busca aumentar las emociones positivas; el apego ambivalente, disminuir las emociones negativas; y el apego desorganizado, intenta regular experiencias caóticas (4).

Un estudio (42) en la Región Metropolitana sobre madres primerizas, de entre 19 y 40 años, de nivel socioeconómico medio, medio-bajo y bajo, mostró la distribución de estilos de apego en estas mujeres: 63,3% presentaron estilo autónomo (apego seguro); 20,1%, estilo preocupado (apego ambivalente); 15,1% estilo rechazante (apego evitativo); y 1,4% no resuelto (apego desorganizado).

Un porcentaje importante de abusadores de drogas tienden a presentar un estilo desorganizado, historias de apego traumáticas, descontrol vincular y patrones desorganizados de relación con sus hijos (43). Existe una fuerte asociación entre abuso de sustancias y estilos parentales desorganizados, abuso sexual y físico, abandono, negligencia y disciplina autoritaria (4).

El consumo de drogas en la madre es el mayor predictor de pérdida de custodia de sus hijos y tutela de otra persona (fuera de casa) (44). La pérdida de los hijos es más frecuente si estas madres tuvieron infancias con abusos sexuales, negligencia y violencia; si tuvieron baja educación, embarazo adolescente, sin pareja y desempleo crónico (44).

Desde la teoría del apego, existiría una transmisión intergeneracional de los estilos de apego y, por lo tanto, una vulnerabilidad al uso de sustancias en hijos de madres abusadoras, en un ciclo similar al siguiente: experiencias tempranas desorganizantes del cuidador, generan déficit en la regulación de los afectos, en el que se instala el abuso de drogas como una manera de regular el estrés. Esto genera un apego desorganizado en el hijo, el cual a su vez desarrolla estrategias desorganizadas de regulación, instalando nuevamente una tendencia al abuso de sustancias como modo de regulación del estrés (43).

Durante el embarazo hay una mayor sensibilidad de la mujer a las interacciones, se genera una movilización corporal que gatilla el despertar de la memoria corporal, acompañada de una inestabilidad emocional. La experiencia del embarazo es una etapa en el ciclo vital que genera un proceso de redefinición, con amplias posibilidades de modificar el estilo de apego de la mujer. El primer embarazo constituye el momento idóneo para intervenir, de modo de poder actuar preventivamente en los vínculos que se desarrollarán con el bebé (42).

El apego materno-fetal transita por tres fases: aceptación del embarazo, aceptación del feto que crece como una persona diferente a ella y preparación para el nacimiento y la crianza. A lo largo de estas fases el organismo materno sufre cambios en pro de tener un ambiente adecuado para el hijo, el ambiente influye en este nuevo ser, por tanto es de gran importancia que la embarazada reconozca estos cambios, los acepten y reciba como el mejor trabajo de crianza que ellas puedan desarrollar para promover el bienestar de sus hijos (28).

Respecto del apego prenatal, existen tres eventos favorables para la formación de una futura madre (28):

- Planificación del embarazo
- Confirmación del embarazo, aceptación de los movimientos fetales y del feto como persona
- Después del parto, reconocer al hijo, tocarlo y cuidarlo

Entre los factores protectores del apego prenatal se encuentran el tener pareja estable, que el embarazo haya sido deseado por la mujer y que el embarazo y el parto sean normales. También es protector del apego, el facilitar y estimular el contacto de la madre con su feto de manera de desarrollar tempranamente la sensibilidad materna hacia su hijo. Un buen apego prenatal equivaldrá a que cada mujer desarrolle una percepción adecuada, una interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño (28).

En este contexto, es central promover la reparación de vínculos desorganizados en la mujer embarazada con consumo problemático de sustancias, así como también, utilizar intervenciones que promuevan encuentros “maternos fetales”⁶ (28) tendientes a desarrollar mayor estabilidad, seguridad y sensibilidad de ella con su hijo.

2. El consumo de drogas en la mujer embarazada y el hijo en gestación: aspectos fisiológicos

La mayor parte de los estudios nacionales e internacionales publicados abordan el tema de consumo de alcohol en mujeres embarazadas. Un menor número de estudios trata aspectos relacionados con el consumo de otras sustancias durante el embarazo.

En el caso de mujeres embarazadas cabe distinguir dos aspectos:

- Consumo de alcohol y sustancias en mujeres que no presentan síntomas de un consumo problemático de alcohol y otras sustancias.
- Consumo de alcohol y sustancias en mujeres que presentan, además, síntomas de un consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

En ambos casos el feto en desarrollo está expuesto a riesgos. En el primer caso la mujer no presenta síntomas de descontrol o problemas asociados al consumo, por lo que es posible que muchos de los instrumentos utilizados para screening no resulten efectivos. En este sentido, los instrumentos de medición de cantidad y frecuencia (como el TLFB descrito más adelante) tienen la ventaja de revelar patrones de consumo de alcohol u



6.- La profesora Lauren Poupin (28) plantea la necesidad de estimular el conocimiento y contacto consciente entre la madre y el hijo intrauterino, como una manera de promover la salud desde el inicio de la vida, conocer y sentir las modificaciones del cuerpo para adaptarse a los cambios impuestos por el embarazo. Este conocimiento corporal capacita a las madres para interactuar con sus hijos, a través de su lenguaje corporal. Además, se logra una representación mental del hijo, aprende su lenguaje y reconoce sus señales. Estas experiencias entregan beneficios para el parto y la lactancia, ya que hay un tiempo ganado que es clave para el logro de un adecuado acoplamiento y amamantamiento exitoso.

otras sustancias que pueden no constituir un problema para la mujer, pero que sí pueden producir un impacto en el feto en desarrollo (45).

Por años se mantuvo la idea de que el consumo de drogas de abuso conducía a la esterilidad. Sin embargo, estudios estadísticos recientes muestran que inicialmente no llegan a causar esterilidad, aunque en el largo plazo pueden producir trastornos en la fisiología femenina y alterar de esta manera su potencial reproductivo (20).

El consumo de drogas por vía parenteral durante la gestación genera una gran variedad de complicaciones médicas y obstétricas debidas tanto a la acción directa de la droga como a los factores asociados a la adicción a drogas.

A pesar de que el embarazo genera cambios metabólicos que afectan los procesos de absorción, distribución, metabolización y excreción de fármacos, los efectos que éstos ejercen sobre la madre no difieren mucho de los que se manifiestan en mujeres que no están embarazadas (20).

Las consecuencias más importantes que el abuso de drogas y fármacos genera en el embarazo es un deterioro general de la salud de la madre, por la nutrición inadecuada y la asistencia prenatal deficiente, la incidencia de enfermedades infecciosas severas y los estresores psicosociales. Además, se da el fenómeno de transar droga por sexo, lo que aumenta la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, la adicción a drogas suele condicionar un estilo de vida poco compatible con el cuidado de la salud personal (20).

Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo de una mujer con problemas de adicción son la hepatitis, la endocarditis y las enfermedades venéreas. Entre las complicaciones no infecciosas, la anemia es la más frecuente. (20;46).

La investigación muestra que el consumo de drogas en la mujer embarazada puede generar daños neurológicos en el embrión que se manifiestan en las áreas verbal y ejecutiva del futuro niño antes de los tres o cuatro años. El daño neurológico se manifiesta en la resolución de conflictos, en el escuchar receptivamente, en el mantenimiento de la atención y en el control de impulsos; todos estos factores están involucrados en la aparición de trastornos de conducta y de abuso de drogas como factores de riesgo (20).

2.1 Transferencia de drogas en la placenta humana

La transferencia de drogas presenta distintas características dependiendo del tipo de drogas o vía de administración (47):

- **Inhalatorios:** Las drogas inhaladas cruzan muy bien la placenta por difusión simple, son sustancias liposolubles, de bajo peso molecular, su traspaso depende de las concentraciones administradas y tiempo de exposición entre otras.
- **Intravenosos:** Todas estas drogas pasan por vía placentaria y muy rápidamente, algunas drogas demoran 3 minutos hasta llegar a la vena umbilical fetal.
- **Opioides:** Todos los opioides rebasan la barrera placentaria en mayor o menor grado dependiendo de sus características físico-químicas.
- **Benzodiazepinas:** Cruzan muy bien la placenta con buena unión a proteínas. Por ejemplo el diazepam es más lipofílico y como efectos clínicos observables en los neonatos pudiesen presentarse hiporreflexia, hipotonicidad e hipotermia, y con dosis superiores a 30mg de diazepam se han reportado casos de hiperbilirrubinemia.

2.2. Teratogénesis de las drogas y desarrollo gestacional

A menudo el feto, con tejidos en rápido crecimiento, mostrará alteraciones celulares tras la exposición al fármaco o droga. El principio fundamental consiste en que la administración afectará al tejido con un máximo índice de crecimiento y menor diferenciación en el momento de la exposición (47).

Se pueden diferenciar tres períodos básicos en el desarrollo del feto: fertilización o preembrionario, embrionario y fetal. En estos períodos pueden aparecer diferentes secuelas tras la exposición a un agente químico (47):

- **Período Preembrionario (Concepción - día 17):** células totipotenciales en división. El efecto en esta etapa es todo (aborto) o nada. En esta etapa la droga interrumpe la división celular y conlleva a la muerte fetal.
- **Período Embrionario (día 18-56 de gestación):** diferenciación celular y formación de órganos. Durante esta etapa tienen lugar la mayoría de los efectos teratogénicos que determinarán la aparición de malformaciones funcionales unidas a un grado importante de pérdida fetal.
- **Período Fetal (desde el día 57 hasta el parto):** algunos órganos como corteza cerebral y glomérulo renal se continúan diferenciando y pueden ser vulnerables.

Las drogas pueden afectar el crecimiento y función de los órganos. De esta manera se pueden presentar algunos efectos teratogénicos, pero lo más significativo suele ser el retraso del crecimiento intrauterino con aparición de alteraciones morfológicas y fisiológicas menores de manifestación tardía y, en consecuencia, difíciles de confirmar.

Las malformaciones más graves se originan durante las primeras 4 y 10 semanas de gestación, ya que éste es el período de organogénesis. Esto es sumamente importante dado que, a menudo, un embarazo temprano pasa inadvertido tanto para la madre como para el médico, lo que puede determinar una exposición a fármacos teratogénicos en la fase más crítica de la gestación (47-50).

Efectos de las drogas en el período de gestación

- **Tabaco**

El embarazo es un momento de especial motivación para que la mujer deje de fumar, ya que a los efectos nocivos sobre la propia persona, se suman los efectos sobre un tercero. Alrededor del 20% de las embarazadas que asisten a controles de obstetricia dejan de fumar espontáneamente. Sin embargo, un porcentaje elevado de quienes han dejado de fumar durante el embarazo recaen en el primer año tras el parto, gran parte de ellas en el primer mes. Esto sugiere poca conciencia en relación con las consecuencias del tabaco sobre la salud, por ello el diagnóstico de embarazo es una circunstancia oportuna, no sólo para que la mujer deje de fumar sino para que se mantenga fuera del tabaco en forma permanente (20).

Existe poca evidencia para la asociación entre fumar durante el embarazo y malformaciones. Sin embargo, se han informado deformidades faciales, enfermedades cardíacas, congénitas y gástricas. Por otra parte, el consumo de tabaco durante el embarazo aumenta el aborto espontáneo, la placenta previa, la mortalidad perinatal, la prematuridad y el pobre crecimiento fetal. Algunas de estas anomalías ocurren de acuerdo a la dosis. También se han observado cambios cardio-respiratorios en la madre y en el feto; aumento en el ritmo cardíaco fetal; disminución de los movimientos fetales y la respiración; daño a la placenta y alteraciones en la oxigenación fetal. Entre los problemas postnatales, se observa que el peso tiende a verse disminuido en aquellos bebés que estuvieron expuestos al tabaco, sus pulmones se ven afectados por una incidencia elevada a enfermedades del aparato respiratorio bajo y la mayor parte de la evidencia apoya el vínculo entre la exposición al cigarro y el Síndrome de Muerte Súbita (8).

- **Alcohol**

El alcohol es una de las drogas más ampliamente utilizada, estimulada socialmente y presente en el consumo de otras sustancias adictivas, como por ejemplo, en la pasta base de cocaína (51).

La mayoría de las mujeres deja de beber o disminuye la ingesta cuando sabe que está embarazada, pero un porcentaje significativo continúa consumiendo alcohol en cantidades consideradas de muy alto riesgo. La literatura indica que en esta situación, la probabilidad de que el niño presente alteraciones es un 30-50% (20). La exposición prenatal a alcohol es considerada la mayor causa prevenible de defectos del nacimiento, retardo mental y alteraciones del neurodesarrollo, entre ellas el Síndrome Alcohólico Fetal (52). En la actualidad, se considera más bien un espectro de manifestaciones que un síndrome y se le ha dado el nombre de "Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD (espectro de trastornos alcohólico fetal). Los problemas comprenden: retardo en el desarrollo fetal, deficiencias cognoscitivas, problemas conductuales, dificultades de aprendizaje y la dismorfología facial característica (45;53;54).

La mujer embarazada dependiente del alcohol y otras sustancias tóxicas requiere una mayor atención perinatal, y es considerada dentro del grupo de pacientes de alto riesgo obstétrico, ya que presenta frecuentes complicaciones médicas, como enfermedades infecciosas graves, malnutrición, tensiones psicosociales y obstétricas como aborto espontáneo, desprendimiento de la placenta, parto prolongado y retraso del crecimiento intrauterino (55). En algunos casos se ha informado de 7 a 10 veces mayor probabilidad de mortalidad perinatal e infantil y prematuridad. Se ha documentado consistentemente una asociación entre altos niveles de exposición al alcohol (> 60 ml de alcohol absoluto por día) y el pobre crecimiento fetal. Entre las complicaciones postnatales del consumo de alcohol, algunos estudios con electroencefalogramas de sueño, han demostrado anomalías tempranas y sostenidas de la función cerebral en infantes expuestos al alcohol (8).

El consumo de alcohol durante el embarazo produce vasodilatación de los vasos sanguíneos, pero en los vasos umbilicales provoca vasoconstricción como una protección innata al feto lo que genera una disminución del aporte sanguíneo con las respectivas consecuencias (51).

Lauren Poupin (51) señala que tanto el alcohol como las otras drogas generan estrés en el feto, quien sufre los efectos del alcohol durante más tiempo que la madre, pues el feto no tiene deshidrogenasa láctica para metabolizarlo. Sin embargo, aún no se ha establecido con qué cantidad de alcohol se producirá el daño, ya que cada embarazada y feto responderán de manera diferente de acuerdo a su capacidad metabólica.

Lo importante es que cada vez que se consume alcohol durante el embarazo se está produciendo un gran daño en el feto, que aunque no se manifieste con alteraciones morfológicas evidentes, si se producen daños parciales que afectan su desarrollo (51).

Por lo tanto, cualquier momento en que se logre detener el consumo es beneficioso para el feto, debido a que su desarrollo cerebral no se completa ni en el parto ni en los primeros años de vida extrauterina, por lo que cada vez que se le exponga al consumo, sufrirá secuelas en el desarrollo de su sistema nervioso (51).

- **Cannabis**

El cannabis es la droga ilícita más comúnmente usada entre las mujeres embarazadas y la exposición intrauterina a esta droga es riesgosa para el feto en desarrollo. Un estudio (56) realizado en 7.452 madres examinó la relación entre el uso materno de cannabis y el crecimiento fetal hasta el nacimiento, ya que está demostrada la importancia que tiene el crecimiento intrauterino en el desarrollo psicológico y conductual posterior. En este estudio, el crecimiento fetal fue determinado usando mediciones ecográficas (ultrasonido) en el período temprano, medio y tardío del embarazo.

El consumo materno de cannabis durante el embarazo se asocia con restricciones o retardo en el crecimiento fetal durante el período medio y tardío del embarazo y con un menor peso de nacimiento. Esta reducción en el crecimiento es más pronunciada en fetos expuestos de manera continua al uso materno de cannabis durante el embarazo. El peso fetal en los fetos expuestos a cannabis mostró una reducción en el crecimiento de -14.44 g/semana y de la circunferencia de cráneo -0.21 mm/semana, comparado con los fetos no expuestos a la droga. En conclusión, el uso materno de cannabis durante la gestación, incluso por un período breve, puede asociarse con varios efectos adversos en el crecimiento fetal, siendo más pronunciada que la producida por consumo de tabaco. El uso paterno de cannabis no se asoció con restricciones del crecimiento fetal (57).

- **Cocaína**

Se sabe que los efectos agudos de la cocaína en la madre gestante provocan hipertensión arterial y taquicardia durante los episodios de consumo, lo que lleva a una disminución del flujo sanguíneo placentario, vasoconstricción en los vasos de la placenta y disminución del transporte de oxígeno al feto (58). Respecto de la posibilidad de malformaciones, diversos estudios han documentado anomalías genitourinarias y en el sistema cardiovascular, defectos en el esqueleto y perturbaciones vasculares en infantes expuestos a la cocaína in útero. Sin embargo, no existe un patrón consistente entre las anormalidades congénitas observadas (8).

La mayoría de los estudios clínicos documentan un aumento en los problemas perinatales como el aborto espontáneo, pobre cuidado prenatal, parto pretérmino, menor edad gestacional, bajo peso al nacer, bebés pequeños para su edad gestacional, complicaciones por enfermedades infecciosas y mayor riesgo de sífilis y VIH. Sobre los efectos postnatales, se ha demostrado que estos niños tienen velocidades sistólicas, diastólicas y flujo en las arterias cerebrales mayores. Además de esta elevación en la velocidad del flujo sanguíneo, aumenta el riesgo de hemorragias intracraneales (8).

- **Heroína - Metadona**

El uso de heroína o metadona en el embarazo puede generar daño cromosómico, también se ha asociado a un aumento de la mortalidad infantil, acidosis fetal e hipoxia, disminución de la circunferencia de la cabeza. Entre las complicaciones postnatales, se observa bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento intrauterino, síndrome de abstinencia neonatal y una maduración de órganos mayores acelerada, entre ellos los pulmones y el hígado (8).

Capítulo III: Levantamiento de Información

1. Descripción de la atención de la mujer embarazada con consumo de drogas en una muestra de consultorios de atención primaria y maternidades de la Región Metropolitana.

Para conocer la experiencia chilena de atención a la mujer embarazada con consumo problemático de drogas, se realizó un levantamiento de información en terreno circunscrito a algunas comunas de las Región Metropolitana, tanto en el sistema público de atención primaria y secundaria de mujeres embarazadas, como en centros privados que atienden embarazadas con consumo problemático de drogas, en convenio CONACE-FONASA-MINSAL.

1.1. El control prenatal en nueve centros de atención primaria en salud de la Región Metropolitana

Las necesidades de salud de la mujer embarazada en el país para el grupo de menor riesgo en general se resuelven en los establecimientos de atención primaria. El grupo de alto riesgo, en cambio, requiere ser atendido en niveles de mayor complejidad y capacidad resolutoria, ya sea ambulatorios (consultorios de nivel secundario) u hospitalarios, por personal especializado. El nivel primario de atención está conformado por: consultorios generales urbanos y rurales, centros de salud familiar, postas rurales y estaciones médicorurales. Aquí se realizan diversas actividades relacionadas con la vigilancia activa del proceso reproductivo de la mujer en sus diferentes etapas, descritas en el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud (5). La tendencia actual está orientada a la detección de patologías que evalúan el grado de riesgo.

En Chile la frecuencia del control prenatal es, en la mayoría de los consultorios de atención primaria indagados, la siguiente:

- Control cada 6 semanas hasta las 32 semanas de gestación.
- Cada 3 semanas hasta las 37 semanas de gestación.
- Control semanal hasta las 41 semanas de gestación.

El nuevo modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (59) pretende disminuir los controles prenatales a 4 y enfatizar aquellas acciones efectivas según medicina basada en evidencia, para mejores resultados maternos y perinatales. Este modelo se basa en la evaluación del primer control de embarazo, que identifica a la mujer embarazada según su nivel de riesgo. La mujer de “bajo riesgo” recibe un control de rutina basado en actividades orientadas a objetivos definidos; aquellas embarazadas que necesiten mayor cuidado son referidas a un centro especializado de nivel secundario y/o terciario. En Chile la realidad es diferente, las mujeres embarazadas requieren al menos 6 controles prenatales para mejores resultados maternos y perinatales.

La evaluación inicial de ingreso al control prenatal está a cargo de la matrona⁷ de su sector⁸ y dura 40 minutos. En ella se realiza una anamnesis y examen físico en base a un protocolo que consta de los siguientes ítemes:

1. Historia Obstétrica:

- Antecedente de muerte fetal o neonatal previa
- 3 o más abortos sucesivos
- Peso de nacimiento previo bajo 2.500 grs o mayor a 4.500 grs
- Parto prematuro previo menor a 35 semanas
- Anomalía congénita mayor
- Hospitalizaciones por hipertensión, preeclampsia o eclampsia en último embarazo
- Cirugía uterina previa (por cesárea u otra causa)

2. Complicación del embarazo actual:

- Gestación múltiple
- Edad materna menor a 16 años (se deriva al policlínico de adolescentes de Centro de Referencia de Salud - CRS) o mayor de 40 años
- Isoinmunización por factor Rh
- Sangramiento vaginal
- Presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mg/hg al momento del control prenatal

7.- Con el fin de simplificar la lectura del documento, se usará solo el género femenino para referirse al profesional matron, sin desmerecer la presencia de varones en este gremio.

8.- Cada centros de atención primaria está dividido en “sectores” que abarcan divisiones territoriales de la zona atendida por el consultorio.

- Masa pélvica
- Según peso fetal (diagnosticado por ecografía), retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) o macrosomía fetal, se derivan a nivel secundario para confirmación y estudio.
- Patologías médicas generales: Hipertensión, enfermedad broncopulmonar, neuropatías, mesenquimopatías, endocrinopatías que al ingreso del control prenatal deben derivarse al especialista respectivo para formular un plan de manejo en conjunto.
- Embarazo en vías de prolongación, 41 semanas
- Abuso de sustancias, incluido el alcohol
- Cualquier otra patología o condición médica que implique riesgo materno o fetal

La respuesta positiva para cualquiera de las preguntas del punto 2 califica a la mujer embarazada como de alto riesgo obstétrico, requiriendo la atención específica para la condición de riesgo que presenta.

En los controles posteriores se procura que sea el mismo profesional quien controle el embarazo durante toda la gestación. En estos controles el rendimiento de atención, según normativa, es de tres usuarias por hora, pero debido a la demanda muchas veces el número de atenciones sobrepasa esta cantidad, disminuyendo los tiempos de atención.

En resumen, un control prenatal en consultorio (5) se fundamenta en intervenciones con propósitos definidos:

- Detección de patologías.
- Consejería y promoción de la salud: nutrición, reposo y evitar el trabajo físico intenso, abstenerse de uso de tabaco, alcohol y drogas adictivas, lactancia y planificación familiar.
- Preparación para el parto.
- Capacidades de respuesta adecuada y oportuna ante complicaciones.

Según la información obtenida a través de la colaboración de profesionales de algunos centros de atención primaria en salud⁹ de la Región Metropolitana, las mujeres embarazadas son atendidas por un equipo multidisciplinario conformado por profesional: matron/a, psicólogo, asistente social y médico si se requiere. Los consultorios están divididos internamente en cuatro sectores territoriales y cada sector tiene a lo menos tres profesionales a cargo. Los consultorios trabajan con una atención en red con el nivel secundario y terciario de atención en salud.

En los centros contactados está funcionando “Chile Crece Contigo”, programa creado a nivel de gobierno desde el mes de Octubre de 2006, que se define como un sistema de protección integral a la primera infancia, dirigido a todos los niños del país, de manera de apoyarlos en su desarrollo desde la gestación hasta que cumplan 4 años de edad e ingresen a prekinder. Se han contratado varios profesionales de salud, principalmente matronas y psicólogos para apoyar y llevar a cabo este programa.

Dentro de la anamnesis que realiza la matrona existe la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPA) (5) que contiene una pregunta sobre consumo de tabaco, alcohol u otras drogas:

Es aquí donde se detectan la mayoría de los casos de mujeres embarazadas con este factor de riesgo, además de la evaluación derivada del examen físico. Ante una respuesta afirmativa, generalmente las matronas intervienen diciendo que el consumo de cualquier droga es “malo” para su bebé, informan sobre los posibles efectos nocivos y fomentan la adherencia a los controles prenatales. Estas intervenciones surgen desde su formación general y no cuentan con capacitación específica en el abordaje de mujeres con consumo problemático de drogas.

En caso de detección de consumo de drogas, la mujer embarazada se deriva al programa Chile Crece Contigo, en donde es entrevistada por la asistente social para evaluar el riesgo del entorno y red de apoyo familiar, también se deriva a psicólogo/a. En algunos centros la calificación de riesgo y posterior derivación al programa Chile Crece Contigo se hace incluso si la mujer refiere haber consumido antes de estar embarazada o si la pareja consume drogas.

Cuando el consumo de drogas es evidente y con riesgo fetal, según cada caso en particular y según normativa y/o por criterio del profesional, se deriva al nivel de atención secundario, para una evaluación más acuciosa.

● ● ● ● ● ● ● ●
9.- Comuna de Peñalolén: consultorios Carol Urzúa, Lo Hermida, Raúl Silva Henríquez y La Faena; Comuna de Macul: consultorios Santa Julia y Félix de Amesti; Comuna de la Reina: consultorio la Reina; Comuna de Lo Barnechea: consultorio Lo Barnechea; Comuna de Recoleta: CESFAM Cristo Vive.

De acuerdo a lo indagado, no existe un programa específico de tratamiento referente a mujeres embarazadas consumidoras de drogas, si existe un Programa de Tratamiento de Drogas y Alcohol (Garantía AUGE para personas menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de riesgo bajo o moderado a alcohol y/o drogas). A este programa se derivan las pesquisas que realiza la matrona. Sin embargo, para personas mayores de 20 años se deben activar derivaciones a la red de prestadores públicos y privados que cuenten con Plan de Tratamiento para Personas Adultas con Consumo Problemático de Drogas, convenio CONACE-FONASA-MINSAL, o bien Plan de Tratamiento Especializado para Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas, del mismo convenio. En este caso, no todos los centros cuentan con adecuados vínculos de derivación.

La mujer embarazada con consumo de drogas en la mayoría de los casos, continua sus controles prenatales con la matrona de su sector y el equipo de salud en el consultorio y en ocasiones se les deriva al Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) para tratamiento específico, donde esta mujer comparte con otras consumidoras/es de drogas embarazadas o no.

En los consultorios consultados se realizan visitas domiciliarias por parte de algún miembro del equipo de salud, ya sea matrona, psicólogo, asistente social, nutricionista o médico, para evaluar en terreno la red de apoyo que presenta esta mujer, enfocándose principalmente en la vulnerabilidad del feto y posteriormente del recién nacido. La intervención social se orienta generalmente a tomar acciones para modificar el lugar de residencia, si éste es de alto riesgo para la mujer embarazada (tráfico o consumo de drogas en la familia, por ejemplo).

En algunos centros, cuando la usuaria manifiesta motivación a recibir ayuda se deriva a un centro de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas; sin embargo, es poco frecuente que esto suceda. Asimismo, han observado que un porcentaje importante de las usuarias derivadas deserta de tratamiento, refiriendo que “se aburren”. Es importante plantear que hay un baja coordinación con estos centros especializados y, además, es probable que los cambios psicológicos propios del embarazo generen que a medida que avanzan los meses, los temas centrales de preocupación tengan que ver con la preparación de la llegada del bebé, el aumento de los controles prenatales, el mayor cansancio o limitación física para el traslado, pasando a segundo plano la preocupación por su consumo de drogas. En los centros de tratamiento que cuentan con planes ambulatorios para tratar el consumo de drogas han referido que las mujeres embarazadas comienzan a discontinuar el tratamiento al menos 2 meses antes de la fecha posible de parto y lo retoman luego de 30 o 40 días posteriores al parto.

En la mayoría de los consultorios existe una comunicación directa entre la asistente social de nivel primario con la asistente social de la maternidad, donde se informan algunos de los casos más graves de mujeres embarazadas consumidoras de drogas detectadas en el nivel primario. La coordinación entre los diferentes niveles de la red asistencial requiere de un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado - atención continua, que defina con claridad las causas, vías y destinos de derivación así como las instancias de comunicación disponibles. Sin embargo, esto no siempre es posible, ya sea por escaso o nulo control prenatal por parte de la usuaria o problemas de comunicación de los diferentes niveles de atención.

En ciertos casos cuando el riesgo fetal es evidente, ya sea porque la madre consume drogas y/o asociado a otras patologías de riesgo inminente, tales como síntoma de parto prematuro, preeclampsia, metrorragia, entre otras ya mencionadas, la mujer embarazada es derivada por la matrona del consultorio a la urgencia de maternidad del hospital correspondiente. Aquí, tras la evaluación, muchas veces ingresa para hospitalización con el fin de tener mayor control y/o resolución del parto, según cada caso en particular.

En el Anexo 2 se muestra un esquema de atención.

1.2. La experiencia de la Maternidad del Hospital Luis Tisné Brousse

Para conocer la experiencia hospitalaria de atención de la mujer embarazada con consumo de drogas, se indagó en una maternidad ubicada en Peñalolén que corresponde al Hospital Luis Tisné Brousse. Este hospital de alta complejidad y referencia en neonatología de todo Chile, abarca la atención de mujeres embarazadas de comunas de área oriente de salud y las derivaciones de casos de alto riesgo obstétrico de otras regiones de Chile.

En el Hospital Tisné toda mujer embarazada ingresa por el policlínico de urgencia maternal donde es atendida por la matrona de turno, quien pesquiza el consumo de drogas, a través de la anamnesis, examen físico general y/o segmentario, o a través de los datos obtenidos por el carné de control maternal traído desde el consultorio. Cuando detecta el consumo de alguna droga, ya sea de ella o su pareja, la matrona lo escribe en la ficha de ingreso hospitalario. La mayoría de las veces escribe con rojo “Caso social”, lo que da pie a la evaluación posterior por la asistente social del hospital. En el diagnóstico de ingreso se agrega la frase: “Antecedente de consumo de drogas”, dato que también queda consignado en la ficha del recién nacido.

Tras la elaboración de la ficha clínica y dado el diagnóstico de ingreso, la mujer embarazada con consumo de drogas es derivada a la Unidad de Pre partos si se encuentra en trabajo de parto, ya sea de término, prematuro o se asocie a otra patología como metrorragia o preeclampsia, eclampsia; o se deriva a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico para evaluación y manejo. En otros casos, cuando llega en período expulsivo, ingresa directo al pabellón,.

(a) Unidad de Alto riesgo obstétrico:

En su ingreso a la sala de alto riesgo, la mujer con consumo de drogas es evaluada siempre por el médico gineco-obstetra de turno o de la unidad de alto riesgo y, por lo general, la matrona, quien también controla la unidad feto-placentaria, coordina la evaluación de la gestante por la asistente social y por la psicóloga¹⁰. Usualmente, el pediatra de turno toma conocimiento del caso en el momento del parto, a no ser que haya amenaza de parto prematuro u otra patología fetal grave. En estas situaciones todo el personal está atento por el alto riesgo fetal que implica. El equipo se enfocó, principalmente, en la condición de pre-término o en la patología asociada, más que en el consumo de drogas de la madre.

En la hospitalización de la mujer embarazada con consumo de drogas se dan diferentes comportamientos o actitudes de los funcionarios de la salud, observados o referidos por el personal. Estos comportamientos hacia la mujer embarazada consumidora de drogas tienen alta relación, por una parte, con el impacto emocional que tiende a generar esta problemática en las personas y, por otra, por el desconocimiento del manejo adecuado de esta patología. Algunos ejemplos de actitudes y comportamientos son: brindar atención de manera indiferente, juzgarlas por su condición, aislamiento ya sea por su apariencia física o por los problemas que causa a las otras embarazadas (muchas veces, este tipo de pacientes merodea por los pasillos hablando con un tono de voz fuerte que llama la atención del resto de las usuarias y del personal de turno), retarlas por esta “irresponsabilidad” y por no tomar “conciencia” del embarazo que muchas veces es mal controlado e incluso sin control, con pocos o nulos exámenes y ecografías a su ingreso.

En general, se trata de evitar hablar dentro del equipo sobre qué medidas tomar con respecto al problema relacionado con sustancias y se enfoca más bien en la evaluación fetal y en obtener los mejores resultados obstétricos y perinatales. Es probable que exista poca esperanza de contar con un tratamiento efectivo, o bien, que sus intervenciones tengan algún impacto. Muchas de ellas se comportan agresivas con el personal de salud



10.- Estos profesionales trabajan sólo de lunes a viernes en el hospital, en un horario de 8:00 a 17:00 hrs.

e intentan escapar del recinto hospitalario. Existe también otro grupo de personal de la salud, que se comporta de manera amable e intenta conversar con esta usuaria y hacerle ver lo importante que es el abandono del consumo de drogas para su salud y el bienestar del futuro bebé. En algunos casos, los profesionales conversan también con la pareja y/o familiar que la visita, para mostrarle la preocupación por su situación y la necesidad de recibir ayuda con apoyo de un entorno favorable. El hospital cuenta con una sala de reuniones que, a veces, se dispone para conversar a solas con ella y su acompañante o familiar. Participa en esta conversación la matrona, la psicóloga y la asistente social.

(b) Unidad de Pre partos:

En su ingreso a la sala de partos, la mujer embarazada con consumo de drogas, permanece solitaria la mayor parte del tiempo, muchas llegan al hospital sin acompañante (de no ser así el acompañante ingresa a sala de pre partos cada dos horas siempre que se den las condiciones para ello) y recibe la atención de médico gineco-obstetra quien determina la conducta a seguir, tal cual como lo realiza con el resto de las pacientes. La matrona es quien la acompaña, hace el manejo y a veces conversa con ella hasta el momento del parto. La gestante consumidora de drogas se destaca, frecuentemente, por su bajo umbral de dolor. Por esto, tienden a solicitar con mayor ímpetu anestesia para calmar sus contracciones y gran parte de ellas, se muestran más quejumbrosa que el resto de las usuarias. Durante la semana, y si se encuentra dentro del horario disponible, estas mujeres embarazadas con consumo de drogas reciben la compañía de la psicóloga que le brinda apoyo hasta el parto, haciendo el papel de duola¹¹. Siempre se fomenta el apego tras el parto.

(c) Sala de Recuperación:

En la sala de recuperación obstétrica, toda mujer permanece entre dos y cuatro horas. Ninguna recibe visitas de familiares o acompañantes por ser un lugar de extremo cuidado y control, ya que también hay mujeres en proceso de aborto. En esta sala donde trabaja una matrona de turno y dos paramédicos, las puérperas están en compañía de sus recién nacidos siempre que se encuentran en condiciones de atenderlos y amamantarlos. En los casos de mujeres con consumo de droga activo se fomenta el vínculo pero no siempre la lactancia, según si existe riesgo o no para el recién nacido, de acuerdo a lo que evalúe el pediatra.

● ● ● ● ● ● ● ●
11.- Asistente sin titulación oficial que proporciona información, apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.

(d) Sala de Puerperio:

En la mayoría de los casos, las madres con recién nacido de término, permanecen con sus bebés en la sala de puerperio durante dos o tres días. Las matronas y el equipo de salud promueven siempre la lactancia materna. Hay casos en que el pediatra lo contraindica, cuando el consumo de drogas es excesivo, evidente y presenta riesgo para la salud del recién nacido, o si se sospecha VIH.

Muchas puérperas se quejan de dolor y la mayoría son demandantes de pastillas que alivien sus molestias (entuentos, episiorrafia o herida operatoria), tienen dificultad de conciliar el sueño y tienden a caminar por los pasillos durante la noche. A veces, se les otorga un tratamiento inespecífico para que puedan dormir. Existen casos de grandes multíparas que desean esterilización tubaria y se logra tras un parto normal gracias a la gestión que realizan las matronas de turno en conjunto con los médicos obstetras, siempre que exista la disponibilidad de pabellón y la voluntad del equipo. Es importante mencionar que no se toma ningún examen de detección de drogas ni a las madres ni a los recién nacidos. En esta unidad también se cuenta con una sala de reuniones donde la matrona o psicóloga entrevistan, en ocasiones, a estas mujeres.

Según lo referido, las mujeres embarazadas con consumo de drogas o puérperas, tienden a fugarse del hospital, por lo que el personal de salud las vigila y observa, principalmente durante el horario de visita (11:00 -17:00 hrs todos los días del año), ya que se busca evitar que sus familiares o visitas les entreguen sustancias o bebidas a tomar. Todas estas usuarias son evaluadas diariamente por la matrona de turno, los bebés son evaluados por otra matrona y pediatra y casi todas, por asistente social y psicóloga. Aquellas puérperas consumidoras de drogas que tienen a sus recién nacidos hospitalizados (prematurez, retardo de crecimiento, hipoglicemias, dificultad respiratoria, entre otras), se les fomenta la visita diaria para fortalecer el vínculo. La psicóloga del programa Chile Crece Contigo, participa en el proceso de parto con aquellas mujeres embarazadas que no cuentan con apoyo familiar, acompañándola y entregándole apoyo emocional, y también las acompañan en la visita de sus recién nacidos hospitalizados y en su estadía en el puerperio.

Según lo referido, la matrona y los técnicos paramédicos en general, no tienen conocimiento sobre las intervenciones a realizar en cuanto a drogadicción y embarazo, no hay protocolos al respecto y la conducta se da según las propias experiencias de cada funcionario de la salud, tampoco refieren formación en el pregrado. Sin embargo, refieren que son la asistente social o la psicóloga quienes conocen mejor el manejo y posterior derivación a su consultorio o centro especializado. La mayoría de las veces es la asistente social quien realiza la retroalimentación con el consultorio que le corresponde y la evaluación con enfoque en la vulnerabilidad del feto o recién nacido.

En los casos en que la mujer se fuga con su recién nacido, la asistente social se contacta con el consultorio para realizar la visita a domicilio y continuar el control. En caso de que se fugue sin el recién nacido, la mayoría de las mujeres con adicciones vuelven al hospital de manera voluntaria y conversan directamente con la asistente social para pedirle ayuda u orientación, además de visitar a sus bebés. Si por el contrario, la mujer no vuelve a presentarse al hospital, la asistente social se contacta con el SENAME para tomar una medida de protección, a través del tribunal de familia. Se llega a esta instancia cuando la asistente social no logra ubicar a la madre consumidora de drogas tras varios intentos fallidos. La asistente social realiza un informe escrito del caso donde da a conocer que el bebé se encuentra en condición de abandono.

Existe comunicación directa entre las asistentes sociales de consultorios del área con la asistente social del hospital y en el momento del alta o fuga, el contacto se da vía telefónica o mail. En algunos casos participa también en esta retroalimentación la psicóloga y matrona. En los casos en que las mujeres embarazadas se fugan, no hay controles prenatales en un centro de salud y no se logra ubicarlas vía telefónica o visita a domicilio, se pierde el caso y su seguimiento. En el Anexo 3 se muestra un flujograma del ingreso hospitalario descrito.

Siempre se intenta que toda mujer embarazada controle su gestación y es posible percibir una fuerte sanción social al no control, por lo que al parecer está interiorizado en nuestra cultura. En nuestro país, existen excelentes registros tanto de controles prenatales como de resultados obstétricos, sin embargo, queda mucho por hacer principalmente en el caso de mujeres embarazadas con consumo de drogas, cuyo porcentaje de control prenatal casi siempre es inferior al promedio y hay desconocimiento del equipo de salud sobre derivación y seguimiento. Por esto, es urgente mejorar el procedimiento que permita exigir desde el hospital una inscripción al día en el consultorio correspondiente durante la hospitalización, que permita vincularla a la red de salud.

1.3. La experiencia de la Maternidad del Hospital Sótero del Río

El protocolo de atención en esta maternidad es muy similar al descrito en la experiencia anterior, por lo que sólo se presentarán algunos aspectos más llamativos por el aporte que puedan brindar al diseño de una buena práctica.

En primer lugar hay que destacar que esta maternidad cuenta con asistentes sociales y psicólogos propios y no dependientes del programa Chile Crece Contigo. Estos profesionales realizan entrevistas, evaluaciones y visitas domiciliarias a las usuarias de la maternidad.

En el ingreso al policlínico de urgencia maternal, la mujer es atendida por la matrona de turno, quien pesquiza el consumo de drogas, a través de la anamnesis, examen físico general y/o segmentario, o a través de los datos obtenidos por el carné de control maternal traído desde el consultorio. Con esta información, la mujer embarazada es clasificada en dos tipos:

- **Tipo 1:** Presenta consumo de drogas en algún momento de su vida e inicia el embarazo sin consumo de drogas.
- **Tipo 2:** Presenta consumo de drogas antes del embarazo, lo mantiene durante el embarazo y/o presenta consumo activo en el momento del parto.

En las usuarias tipo 2 se focaliza la atención que consta de una intervención motivacional, acompañada de una derivación con interconsulta al COSAM o Centro de Tratamiento para Consumo Problemático de Drogas.

Los profesionales entrevistados refieren que, en general, la actitud de los profesionales y para-profesionales es de preocupación frente a una mujer embarazada con consumo de drogas. Conversan con ella a lo largo de todo el proceso de hospitalización con el fin de generar un vínculo y desde allí motivarla a recibir ayuda y desistir del consumo. La dificultad se encuentra al momento de solicitar una atención especializada dentro o fuera del hospital.

Por una parte, cuando se solicita interconsulta a psiquiatría de enlace, la evaluación se retarda y no se realiza oportunamente; además, el síndrome de abstinencia no es adecuadamente tratado, ya sea por desconocimiento o por falta de medicación atingente. Esto último genera un evidente desajuste conductual en la usuaria, lo que dificulta una adecuada atención por parte del equipo médico.

Por otra, la derivación a un centro de tratamiento para consumo problemático de drogas es difícil. En esta experiencia han vivido una fuerte dificultad en lograr el ingreso a un programa, no sólo porque se requiere activar y afianzar la motivación al cambio por parte de la usuaria; si no también porque el proceso de derivación a un centro de atención es percibido como engorroso y no acorde a los tiempos que se manejan en las maternidades. Generalmente el centro demanda una entrevista con un apoderado o familiar, luego entrevista con psicólogo y después con psiquiatra, para decidir el ingreso, proceso que generalmente toma varios días y semanas, sin considerar que en reiteradas ocasiones no encuentran cupos disponibles. Esto también genera desmotivación por parte de los asistentes sociales que están intentando hacer la derivación.

Un aspecto central en términos prácticos es que generalmente se les da una hora de atención para cinco días más, en circunstancias que la hospitalización en puerperio toma 2 o 3 días, luego de lo cual la usuaria es dada de alta. Los profesionales entrevistados consideran que los pocos días de hospitalización constituyen un período crítico de mayor permeabilidad para la intervención, por lo que la derivación de mujeres embarazadas debiera tener protocolos que le dieran prioridad e inmediatez a su atención.

Luego del alta, el asistente social hace un seguimiento del caso y cuando detecta que no asiste a control en el consultorio, se contactan directamente con la asistente social de éste para realizar una visita domiciliaria. Luego de esta visita, el asistente social de la maternidad mantiene comunicación y pide retroalimentación al colega del consultorio vía mail o teléfono.

Otro aspecto central de esta maternidad, es que recientemente se realizó un seminario sobre “Asistencia hospitalaria en situación de drogadicción o conductas adictivas en pacientes embarazadas o puérperas”, organizado por Magdalena Peña, matrona jefe de la Unidad de Embarazo Patológico de Alto Riesgo. En esta actividad expusieron distintos profesionales de la misma maternidad y constituyó un espacio de capacitación interna dirigida a todos los miembros de la maternidad. Lo relevante es que aquí se expuso la necesidad de diseñar un protocolo de atención de la mujer embarazada con consumo de drogas, documento en el cual se encuentra actualmente trabajando un grupo liderado por el Dr. Luis Medina, del Centro de Diagnóstico Perinatal, CEDIP.

1.4. La experiencia de los Programas de Mujeres en seis centros de tratamiento de consumo de drogas

Desde 2002 CONACE ha desarrollado una serie de iniciativas que apuntan a potenciar y profundizar el conocimiento teórico y de habilidades terapéuticas en los equipos de tratamiento en convenio, lo que redundó específicamente en el desarrollo de orientaciones técnicas para el tratamiento de mujeres con consumo problemático de drogas. En 2005 se iniciaron proyectos piloto de atención especializada en mujeres y, actualmente, existen 35 centros públicos y privados que brindan atención especializada a la población femenina adulta mayor de 20 años a lo largo del país, en modalidad ambulatoria intensiva y residencial a través de un convenio suscrito entre CONACE, FONASA y MINSAL.

Una motivación fundamental ha sido favorecer los mecanismos de detección precoz y mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas con el fin de fortalecer la adherencia de las mujeres en tratamiento. En este sentido, por ejemplo, se ha considerado fundamental incorporar la perspectiva de género, el trabajo con la díada madre-hijo, la

incorporación a tratamiento residencial con hijos preferentemente menores de 5 años, entre otros aspectos. Es por eso, que el comenzar a visualizar la atención temprana de mujeres embarazadas que presentan consumo de drogas es un paso más de desarrollo en esta línea.

Con el fin de conocer más de cerca la experiencia de tratamiento de mujeres embarazadas, se realizó un grupo focal con representantes de 6 centros de tratamiento que, actualmente, se encuentran ejecutando planes de tratamiento especializado en mujeres y que han atendido mujeres embarazadas. Los centros participantes fueron: Comunidad Terapéutica Dianova, ONG Dianova Chile; Centro de Tratamiento Rayun de La Florida, Sociedad de Profesionales de Puente Alto; Cosam de Pudahuel, Corporación Municipal de Pudahuel; Centro Femenino de Rehabilitación Madre Teresa de Calcuta, Corporación La Esperanza; y Centro Comunidad Terapéutica Colina. También se desarrollaron entrevistas en profundidad a los encargados de tratamiento de Comunidad Terapéutica Dianova, ONG Dianova Chile y Comunidad Terapéutica Talita Kum, Fundación Cristo Vive. A continuación se presentan los principales hallazgos.

El proceso de incorporación de una mujer embarazada despierta algunas aprehensiones en los equipos de tratamiento. Una de ellas es el temor a no saber cómo integrar en el trabajo terapéutico a la madre y su bebé: “existen fantasías y temores de qué va a pasar con la guagua, si es de alto riesgo”. También se observan diferencias en la forma de abordar la posibilidad de ingresos de mujeres embarazadas. En este sentido, un centro realiza test de embarazo opcional para constatar el estado de embarazo y disponer prestaciones específicas para ellas. Sin embargo, otros equipos plantean que no sienten aprensiones (“nunca nos asustamos como equipo”), pero enfatizan en que intervenir con mujeres embarazadas requiere de un mayor trabajo de coordinación con las redes asistenciales (“es un trabajo permanente de mediación entre profesional y consultorio”), para garantizar un adecuado control del embarazo, considerando la particularidad que otorga ser o haber sido consumidora de drogas.

En este punto surge también una dificultad muy importante para los equipos y es la que se genera con la rotación al interior de los profesionales de los consultorios, especialmente matronas, con quienes enfatizan un trabajo más cercano y personal entre un representante del centro y la matrona del consultorio que atiende a la usuaria: “Si cambian las matronas hay que hacer todo de nuevo”.

La acogida se desarrolla de manera diferente si la usuaria llega embarazada o se embaraza estando en tratamiento. En ambos casos el trabajo en redes es crucial y el acompañamiento debe ser permanente. Los centros además manifiestan que muchas mujeres

temen que sus familias les quiten a sus hijos, o que las traten mal en la consulta médica al saber que son consumidoras, lo que refuerza la idea de trabajar cercanamente con el equipo del consultorio de salud.

Se vislumbra una mayor necesidad de apoyo, contención y establecimiento de vínculo terapéutico con la mujer embarazada, “las mujeres embarazadas requieren apoyo, para bajar sus angustias y para manejar el proceso de embarazo, requieren apoyo psicológico. Hay vulnerabilidad psicológica “.

Durante el tratamiento se enfatiza la promoción de la abstinencia. Se observa que muchas mujeres detienen su consumo cuando descubren que están embarazadas. Sin embargo, en otros casos no, y mantener abstinencia es difícil por lo que se trabaja en estrategias de reducción de daño, principalmente, a través del manejo de la lactancia y estimulación del vínculo entre la madre y su bebé. El consumo es visto como un factor de riesgo. Una diferencia en el logro de la abstinencia está dada por la modalidad del programa, de acuerdo a lo referido por los centros, en los programas ambulatorios es más difícil lograr total abstinencia.

Algunos centros evitan que las mujeres embarazadas entren a intervenciones grupales, si se abordan temáticas de alto contenido emocional: “Hay ciertas líneas temáticas que se deben trabajar con límites o con mucha contención, hasta donde ella se sienta capaz”, “el embarazo, es una experiencia única y hace revisar la propia experiencia con la madre”. Sin embargo, frente a este punto no hay consenso, ya que otros centros opinan que no debe haber diferencias y motivan la participación en los distintos grupos, pues también esa es una experiencia contenedora. En este sentido, se deja entrever que la participación de la mujer embarazada en intervenciones grupales dependerá de los recursos psicológicos de la mujer, la capacidad de contención del grupo y del terapeuta a cargo y de los temas presentes en la dinámica grupal.

Se promueve una atención más personalizada y ajustada a las necesidades temáticas de la mujer embarazada y, en general, se disminuye la participación en actividades grupales. A medida que se acerca el momento del parto, los temas de la mujer se centran en la preparación de la llegada del bebé y dejan de hablar de su proceso de tratamiento de drogas. Esto es acogido por los equipos y el acompañamiento se da en esta línea, con el fin de mantener el vínculo hasta que pueda retomar el tratamiento.

Una mujer embarazada es más sensible al acompañamiento. Si son acompañadas a los controles de salud en el consultorio, ya sea por sus familiares o por algún miembro del equipo, se potencia la construcción de vínculos.

En el caso de los programas ambulatorios, se enfatizan las visitas domiciliarias y los contactos telefónicos, ya que se asume que durante al menos 4 meses en torno al parto (pre y post) disminuirá la asistencia a tratamiento. Se enfatiza en el seguimiento e incluso acompañamiento a controles de salud. En muchas ocasiones, las embarazadas manifiestan dificultades para trasladarse de forma regular al centro de tratamiento, debido a esto se pueden implementar intervenciones de carácter terapéutico en los domicilios de las propias usuarias. Por lo demás, sólo pueden volver al centro cuando el pediatra autoriza que el recién nacido salga del hogar y eso no se produciría antes del mes de vida. Se hace énfasis en el trabajo en red y con la familia de la usuaria, y se da importancia a trabajar la prevención de recaídas.

En los programas residenciales se dan más permisos para salidas con el fin de potenciar el vínculo y la integración familiar. Es habitual que alguien del equipo acompañe a la usuaria a los controles prenatales. Asimismo, una vez que la usuaria es dada de alta de la maternidad, van a buscarla para traerla nuevamente al centro. Al establecer una mayor contención se reducen las tasas de recaídas.

Los equipos de ambas modalidades de tratamiento, concuerdan en que a medida que avanzan los meses de embarazo “se pierde un poco el tratamiento”, “los temas se centran en su embarazo, luego del nacimiento se retoma su proceso”. Debido a esto, la duración del tratamiento tiende a extenderse.

Dentro de las atenciones individuales encontramos la atención que brinda la enfermera, quien monitorea constantemente todo lo relacionado al autocuidado y utilización de las redes de salud. Respecto al uso de fármacos, existen aprensiones y posiciones diferentes entre los distintos centros: “A veces el psiquiatra recomienda benzodiazepinas y eso genera dudas en el centro porque es adicta y embarazada”. Otros establecen acuerdos con el médico para aumentar el número de controles: “Las embarazadas tienen más atenciones médicas que el resto”.

Un aspecto central durante el tratamiento de una mujer embarazada con consumo problemático es el proceso de prevención de recaídas. Un centro plantea que es vital el fomentar la lactancia como una forma de prevenir las recaídas. Se ha observado que cuando una mujer deja de amamantar es más probable que vuelva a consumir; por tanto, es importante promover el amamantamiento, ya que así se puede estimular el apego y disminuir las tasa de recaída. De forma individual se pueden establecer una serie de acuerdos frente a su decisión de dejar o continuar su consumo. Si decide consumir se trabaja con estrategias de reducción del daño, tales como amamantar antes del consumo, almacenar la leche antes del consumo y extraer la leche después de cuatro horas para desecharla.

En resumen, se vislumbran los siguientes elementos como centrales a la hora de brindar tratamiento por consumo problemático de drogas a mujeres embarazadas:

- Trabajo en red coordinado cercanamente
- Visión biopsicosocial
- Acompañamiento permanente (cuidados continuos)
- Trabajo en sus motivaciones y prevención de recaídas
- Atenciones personalizadas: ajustarse a las necesidades y etapa de su ciclo vital
- Promoción de la lactancia y del vínculo madre-hijo
- Flexibilidad frente al tipo, duración y modalidad de atención

2. Evidencia internacional sobre detección y tratamiento del consumo de drogas en mujeres embarazadas

La detección temprana de consumo de drogas y alcohol en la mujer embarazada es central para proteger al hijo en desarrollo y para ofrecer atención oportuna y adecuada a sus necesidades. Una vez que detectados distintos niveles de consumo es importante saber cuál es la estrategia más adecuada para orientar, derivar y/o tratar a esta mujer en particular. A continuación se desarrollan estos puntos en función de lo que reporta la literatura actual.

2.1. Instrumento de pesquisa de consumo de drogas y alcohol

En Canadá, el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup” propone los siguientes tres niveles de screening para pesquisa de consumo de drogas y alcohol en mujeres embarazadas, los cuales deberían realizarse bajo consentimiento informado (60):

- Nivel I: el screening involucra aproximaciones basadas en la práctica que pueden ser utilizadas por los profesionales de salud, cuando abordan con las mujeres el tópico de consumo de alcohol. Por ejemplo, entrevista motivacional (61).
- Nivel II: el screening incluye uso de algunos instrumentos de aproximación directa (TLFB) o indirecta del consumo de alcohol (AUDIT, BMAST / SMAST, CAGE, CRAFFT, T-ACE, TWEAK), que serán descritos más adelante.
- Nivel III: el screening incluye herramientas de laboratorio que pueden ser utilizadas para confirmar la presencia de drogas y sus niveles, además de determinar la eventual presencia de múltiples sustancias.

Entre los instrumentos recomendados internacionalmente para uso en mujeres embarazadas se distinguen tres categorías:

- **Autoreporte:** preguntas abiertas sobre el consumo de alcohol y otras sustancias realizado durante las visitas regulares a controles de salud
- **Instrumentos:** screening general y medición de cantidad y frecuencia de consumo
- **Exámenes de laboratorio:** alcohol en aire espirado drogas en orina, drogas en cabello, drogas en meconio (62).

A la hora de realizar detección de consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres embarazadas es imprescindible considerar los aspectos psicosociales que están presentes en ellas y que se han descrito anteriormente, como son la situación social y legal de embarazadas que consumen drogas ilícitas, el temor a las sanciones, así como al involucramiento de servicios sociales (7), lo que puede ser diferente en distintas instituciones y países de acuerdo a su normativa, legislación y aspectos culturales.

El primer aspecto en el enfrentamiento del consumo de alcohol y otras sustancias en las mujeres embarazadas en Chile es su detección. Entre los instrumentos de screening general (60) de consumo de drogas y alcohol se describen a continuación: AUDIT (1;63), CAGE (64), TWEAK (64), T-ACE (65), MAST (65) y para el screening sobre uso de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas en mujeres embarazadas, el 4 P's Plus (66).

Instrumentos de screening general

a) Screening 4 P's Plus (Parents, Partner, Past, Pregnancy) (66).

En el campo de las adicciones, el DSM IV (67) ha sido el “gold standard” para diagnóstico de abuso y dependencia de sustancias en la población general. Aunque útiles, en el caso de las mujeres embarazadas estos manuales no logran capturar niveles de consumo de sustancias que, si bien no alcanzan a cumplir los criterios, pueden representar un riesgo importante para la mujer y su hijo(a). El 4 P's Plus (ver anexo 5) es capaz de capturar consumos que pueden ser de riesgo en mujeres embarazadas, pero que están por debajo de los criterios diagnósticos de los manuales estadísticos habituales; ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en esta población (67). Identificando tempranamente estas mujeres en riesgo es posible intervenir de manera breve y realizar una adecuada derivación a centros de tratamiento en los casos necesarios, además de realizar un apropiado seguimiento de la mujer embarazada y su hijo(a). El uso de este instrumento, administrado en clínicas prenatales ha logrado identificar en los Estados Unidos,

hasta un 9 % de mujeres como usuarias de sustancias ilícitas, más alto que estadísticas nacionales (5,5%) (68)

b) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (69)

Instrumento de screening diseñado para la identificación y manejo de los problemas relacionados con alcohol. Ha sido utilizado ampliamente en el mundo en atención primaria y en diversas poblaciones para evaluar abuso y dependencia de alcohol (69). El AUDIT ha sido validado en Chile para población adolescente mostrando adecuados parámetros psicométricos (1). Este instrumento está validado en otros países en mujeres y se ha recomendado su uso para mujeres embarazadas, por organismos internacionales como el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup” (60). Actualmente se encuentra recomendada su aplicación en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud de Chile (5).

c) CAGE (70) (Cutting down drinking, Annoyance at others' concern about drinking, feeling Guilty about drinking, and using alcohol as an Eye-opener in the morning)

Instrumento de screening diseñado para ser utilizado por médicos en settings de atención primaria y especialidades, bastante breve, incluye preguntas relacionadas con aspectos clínicos de la dependencia de alcohol como el deseo de disminuir el consumo, la preocupación de otros respecto del propio consumo, los sentimientos de culpa asociados al patrón de consumo y síntomas de abstinencia en las mañanas. Este instrumento evalúa dependencia de alcohol y no ha sido validado en población chilena, existe un estudio de validación en Colombia (71) y Brasil (64). Este instrumento está validado en otros países en mujeres (incluyendo en mujeres embarazadas) y se ha recomendado su uso para mujeres embarazadas, por organismos internacionales como el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup” (60)

d) TWEAK (Tolerance, Wife complain, and Eye opener, Amnesia, Cut down K) (65)

Instrumento que también evalúa dependencia de alcohol; consiste en 4 preguntas acerca de Tolerancia, quejas de pareja por consume de alcohol, presencia de consume en las mañanas (síntomas de abstinencia), amnesia luego de episodios de consumo. Las preguntas 2, 3 y 4 provienen del instrumento MAST y las pregun-

tas 3, 4 y 5 provienen del CAGE. Existen estudios de su validez en población de Brasil (64). Este instrumento está validado en otros países en mujeres embarazadas y se ha recomendado su uso para esta población por organismos internacionales como el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup” (60)

e) T-ACE (T = tolerance, A = annoyed, C = cut down, E = eye-opener) (65)

Instrumento que consiste en cuatro preguntas, tres de ellas en común con las del instrumento TWEAK, evalúa también dependencia de alcohol (72). Emplea una pregunta de otro instrumento, el CAGE (¿le han criticado por la forma en que bebe?). Se otorgan dos puntos por respuesta positiva en la pregunta sobre tolerancia y 1 punto por cada respuesta positiva en las otras tres, siendo un puntaje total posible de 5 puntos. Ha sido validado en Brasil (64). Este instrumento está validado en otros países en mujeres embarazadas y se ha recomendado su uso para esta población por organismos internacionales como el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup” (60)

f) MAST (“Michigan Assessment Screening Test”) (65)

Este instrumento corresponde a una entrevista estructurada de screening de problemas relacionados con alcohol, que puede ser utilizada tanto por profesionales como no profesionales. Es mucho más larga que los otros instrumentos de screening considerados en esta revisión: tiene 25 preguntas, a cada una se asigna un puntaje de 0, 1, 2, o 5, que puede llevar a un total de 53 puntos. No hay estudios de validación de este instrumento en español. Existe una versión que evalúa problemas con otras sustancias (MAST/AD) (73). También existe una versión abreviada de este instrumento (B-MAST), que cuenta con 10 ítems y detecta consumo problemático de alcohol; su foco es el consumo a lo largo de la vida más que consumo actual (74). B-MAST está validado en otros países para uso en mujeres y se ha recomendado su uso para esta población por organismos internacionales como el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup” (60).

g) ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (75)

Fue desarrollado por indicación de la ONU como un instrumento adaptable culturalmente de screening de consumo riesgoso y problemático de sustancias. Este instrumento cuenta con preguntas acerca del consumo a lo largo de la vida de cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias, además de preguntas sobre consumo de alcohol y tabaco (que

se incluyen entre otras preguntas acerca de salud general y estilo de vida) (75). Su mayor uso es en atención primaria, para evaluar a personas que utilizan una o varias sustancias y presentan distintos grados de gravedad de problemas relacionados con sustancias (76). Ha sido utilizado para evaluar población privada de libertad (77) y no ha sido testeado para mujeres embarazadas.

Algunos estudios han demostrado superioridad de TWEAK y T-ACE sobre el CAGE y el MAST (65). Al centrar el foco en mujeres embarazadas la evaluación de exposición fetal, además de problemas relacionados con sustancias en las mujeres, la mayor ventaja para la pesquisa de consumo de alcohol y otras sustancias está en el uso de instrumentos breves, de fácil utilización por profesionales de salud y con validez conocida en mujeres embarazadas, requisitos que ASSIST no cumple.

Instrumentos de medición de cantidad y frecuencia

Los instrumentos de medición de cantidad y frecuencia de consumo tienen la ventaja de detectar consumos no problemáticos para la mujer, aunque igualmente de riesgos para el feto en desarrollo. Además, puede evaluar patrones de consumo de alcohol en el tiempo.

El más estudiado de estos instrumentos es el TLFB (Time Line Follow-Back) (Anexo N° 6), método desarrollado por investigadores en el campo del alcohol en los '70. Ofrece una estimación retrospectiva del consumo diario de alcohol en un período específico (usualmente 1 a 12 meses).

En este método el paciente identifica, con el apoyo de un calendario, los cambios en el consumo de alcohol a través del tiempo y en relación a eventos vitales claves (78). Tiene una validez y consistencia demostradas en la evaluación de población con problemas relacionados con alcohol y ha sido utilizado de manera extensa en distintos settings y sobre intervalos de tiempo variados (78;79). Una de las fortalezas de este instrumento es que muestra de manera gráfica los patrones de uso de alcohol y su relación con eventos vitales. Ha sido utilizado también en la evaluación de consumidores problemáticos de cocaína y heroína, mostrando validez y consistencia en esta población (80). Se ha recomendado su uso para esta población por organismos internacionales como el "FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) Advisory Workgroup" (60)

2.2. Programas de tratamiento

El impacto negativo de la adicción en una mujer embarazada, tanto en su propia salud física y psicológica como en la de el niño en gestación, está bien documentado (81). La evidencia sugiere que el consumo de drogas en el embarazo es perjudicial, requiere tratamiento específico y que los mejores resultados se han establecido para mujeres que reciben apoyo, junto a su control regular del embarazo (82). El tratamiento que se inicia durante el embarazo es más efectivo, por lo que las consultas prenatales son el lugar prioritario para la identificación de mujeres con problemas relacionados con sustancias (68).

Se ha demostrado que las mujeres que ingresan a tratamientos por problemas relacionados con sustancias presentan al ingreso una asociación más frecuente con otros problemas de salud mental, comparado con los hombres. Además, logran mejores resultados en reducción del consumo si reciben un enfoque de género y atención para otras patologías de salud mental (68). La relevancia de dar una adecuada atención a estas mujeres y sus hijos y de adecuar los servicios de tratamiento a sus necesidades ha sido enfatizada en la literatura (81). Los estudios han demostrado que hay mejores resultados cuando el tratamiento otorga cuidado para los hijos, atención del embarazo, servicios de salud mental, foco en problemas de la mujer, un tratamiento comprensivo y servicios de tratamiento sólo para mujeres (68).

Principios de unidades de tratamiento de mujeres embarazadas con problemas relacionados con sustancias

La investigación acerca de experiencias exitosas de unidades de tratamiento de adicciones para mujeres embarazadas ha mostrado que es importante cumplir con los siguientes principios generales:

- Promover desde los equipos de salud y centros de tratamientos de abuso y dependencia de sustancias, un apoyo y actitud no enjuiciadora hacia las mujeres embarazadas con problemas relacionados con sustancias (83)
- Vincular a las mujeres a tratamiento durante su embarazo y más allá del período del mismo (84)
- Entregar apoyo emocional y práctico (acceso a red de servicios) a las mujeres con problemas relacionados con alcohol y otras sustancias, durante su embarazo y período temprano de maternidad (84)
- Coherencia y consistencia institucional (políticas claras, transparencia en la información) (83)
- Promover el uso de los servicios de salud pre y post natales (84)

Objetivos generales de las intervenciones con mujeres embarazadas con problemas relacionados con sustancias:

- Detección precoz y tratamiento antenatal de las mujeres con problemas relacionados con sustancias (83)
- Apoyo a los madres y sus parejas (si presentan problemas relacionados con sustancias) en el abandono del consumo de alcohol y otras sustancias; entrega de apoyo para ayudarlos a mantenerse en tratamiento (84)
- Mejorar la salud materna y fetal de mujeres embarazadas con problemas relacionados con sustancias (60)
- Promover el bienestar de los hijos de mujeres con problemas relacionados con alcohol y otras sustancias (60)
- Identificación temprana de niños expuestos a alcohol u otras sustancias durante el período prenatal (60)

También es muy importante realizar un adecuado diagnóstico de patologías de salud mental y detectar casos de patología dual (85) para ofrecer un tratamiento adecuado, que puede incluir el uso de psicofármacos de manera segura (ver anexo 7).

Intervenciones psicosociales

Considerando que los mejores resultados se presentan en mujeres que adhieren a los programas de tratamiento por un tiempo más prolongado (68), las intervenciones psicosociales cobran importancia como una estrategia para promover la permanencia de estas mujeres por el mayor tiempo posible (86). Las mujeres embarazadas se enfrentan a dificultades para adherir a los programas de tratamiento y las intervenciones psicosociales pueden ayudarlas a sobrepasar las barreras para permanecer en ellos (87). Un programa psicosocial puede incluir terapia psicológica individual o grupal, manejo de casos, visitas domiciliarias, intervenciones psicoeducativas y terapia ocupacional como complemento de la intervención biomédica.

La literatura es aún limitada en la investigación comparativa de distintas intervenciones psicosociales, por diversas razones: uso de muestras pequeñas, variables confundentes, dificultades para tener observadores ciegos a las intervenciones y baja posibilidad de realizar randomización. Además, en este grupo habitualmente los tratamientos son variables de acuerdo a las necesidades de las usuarias, lo que limita la posibilidad de realizar comparaciones. Por esto, se plantea como necesario para futuros estudios considerar mayor claridad en variables de resultados y seguimientos a largo plazo (68).

Dentro de las intervenciones que se han utilizado y que muestran resultados promisorios están las intervenciones basadas en la Entrevista Motivacional (EM) (61) y las terapias conductuales, como el manejo de contingencias, que utiliza refuerzos positivos a las conductas de cambio conductual como la abstinencia a sustancias (81).

Aunque con pocos estudios hasta ahora, la EM parece ser un enfoque adecuado para este grupo de personas (68). La Entrevista Motivacional es una forma de guiar (colaborativa y centrada en la persona) que busca evocar y fortalecer la motivación al cambio (88); de esta manera promueve una actitud no enjuiciadora hacia el/la paciente o usuario(a), lo que puede ser de gran utilidad en el área de intervención con mujeres embarazadas con problemas relacionados con sustancias, donde el temor al enjuiciamiento puede significar una barrera de las mujeres a acudir a tratamiento. La EM intenta aumentar la motivación intrínseca al cambio a través de la empatía, colaboración y negociación de metas para el logro del cambio (61). Los estudios han encontrado una asociación entre asistencia a sesiones de EM y menor consumo de drogas en mujeres embarazadas con problemas relacionados con sustancias; aunque no se han encontrado diferencias en relación al involucramiento de sus hijos en medidas de protección, al compararlas con intervenciones educacionales (68;89).

Una revisión sistemática, que incluyó estudios realizados mayoritariamente en Estados Unidos, encontró que el manejo de contingencias es efectivo en mejorar la retención de las mujeres embarazadas en los programas de tratamiento de adicciones, con un mínimo efecto en la abstinencia. Las intervenciones que utilizaron la Entrevista Motivacional tuvieron un mejor efecto, aunque discreto, en aumentar la retención en tratamiento y la abstinencia de sustancias en este grupo de mujeres (87).

Otros estudios han enfatizado la importancia de incluir estrategias para traer a los familiares (pareja especialmente) al tratamiento de las mujeres embarazadas que presentan problemas relacionados con alcohol u otras drogas, como una manera de impactar en la adherencia al tratamiento y en los resultados (85). También existen enfoques que se dirigen a los aspectos emocionales del vínculo madre-hijo durante el tratamiento en este grupo de mujeres; esta aproximación ayuda a la mujer a mejorar su comprensión sobre el impacto de sus estados emocionales en su hijo, reduciendo el estrés relacionado con la maternidad y los índices de depresión, además de incrementar el conocimiento en relación al cuidado de sus hijos (68;90).

También se han probado otros tipos de intervenciones domiciliarias y manejo de casos. Estos enfoques han sido especialmente útiles en usuarias con mayor desventaja social; en este grupo los resultados de la intervención se asociaron con la mantención de custodia de los hijos, menor consumo de drogas y mayor asistencia a tratamiento (68).

Un modelo de aproximación costo-efectiva

Un modelo de administración de recursos a tener en cuenta y que se ha postulado recientemente es el “Stepped Care Model” (que podría traducirse como Modelo de Cuidado en Pasos) (91), cuyo esquema se muestra en el anexo 8). Este modelo surge inicialmente del tratamiento de problemas relacionados con el alcohol y desde otras áreas de intervención en salud; luego fue extrapolado al tratamiento de problemas relacionados con otras sustancias. Este modelo plantea comenzar con la intervención menos intensiva, costosa e intrusiva, reservando la más intensiva y cara para aquellos usuarios que no responden a los primeros niveles de intervención.

De esta manera se incrementa el costo-efectividad de las intervenciones, ya que quienes responden positivamente a una intervención breve inicial y no requieren más acciones, a menos que sufran una recurrencia, no pasan al siguiente nivel. Así la proporción de individuos que necesita intervenciones más intensivas disminuye progresivamente, con un manejo más racional de los recursos (92).

De acuerdo a este modelo, los abordajes más costo-efectivos serían los individualizados, consistentes con la evidencia de la investigación y apoyados por una red coordinada de servicios (91).

2.3. Experiencias de intervenciones exitosas

a) Programa Early Start (Estados Unidos) (82)

Una experiencia publicada es la del centro KNPC (“Kaiser Permanente Northern California”) en Estados Unidos, centro que creó en 2003 un programa cuyos objetivos fueron:

- o Disminuir los problemas de abuso de sustancias en las mujeres embarazadas.
- o Reducir los problemas asociados en el parto, derivados del uso prenatal de sustancias.
- o Mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de tratamiento especializado.
- o Mejorar la satisfacción y eficacia de los clínicos.

Para lograr estos objetivos el equipo a cargo realizó las siguientes acciones (82):

- o Incorporó un profesional especialista en adicciones en el centro de atención prenatal.

- o Realizó educación a todas las mujeres embarazadas sobre los riesgos del consumo de sustancias durante el embarazo.
- o Implementó un screening de riesgo en el primer control prenatal mediante cuestionarios auto administrados y test de drogas en orina (con consentimiento).
- o Entrenó intensivamente a los profesionales de la salud que trabajaban en la atención obstétrica acerca de los aspectos médicos del abuso de sustancias y de herramientas para derivaciones efectivas.
- o Incorporó el apoyo terapéutico y manejo de casos de todas las mujeres embarazadas en riesgo, dando opción de mantener controles hasta un año después del parto.
- o Implementó entrenamientos, grupos de trabajo e interconsultas entre las distintas disciplinas involucradas en el cuidado de estas pacientes (Pediatría, Adicciones, Psiquiatría, Servicios Sociales).
- o Incorporó una filosofía de comprensión del abuso de sustancias durante el embarazo como otra complicación obstétrica más, a ser abordada en equipo y de manera adecuada.
- o Instaló la investigación y evaluación de programas, como una forma de alinearse con la meta de entregar a las mujeres servicios especializados, personalizados y de calidad.

La evidencia muestra que las mujeres embarazadas que recibieron screening, evaluación y tratamiento del problema de abuso de sustancias durante el embarazo en este programa, tuvieron significativamente menores complicaciones obstétricas y mejores parámetros en sus recién nacidos (necesidad de ventilación asistida, peso de nacimiento, etc), comparado con las mujeres que recibieron solo screening.

Las evaluaciones de este programa permitieron concluir que un servicio de atención de los problemas de abuso de sustancias integrado (en el espacio físico del control prenatal) a la atención médica de la mujer embarazada tiene beneficios significativos en los Recién Nacidos y sus madres.

Se logró una mejora en la satisfacción de las usuarias y de los profesionales de salud de la clínica prenatal. Además, se evidenció mayor éxito en la aceptabilidad de las derivaciones entre las mujeres en riesgo. El 92% de las mujeres referidas por los profesionales de salud aceptaban la referencia al profesional especialista en abuso de sustancias incorporado al equipo.

b) Unidad de Tratamiento de Adicciones Especializada en Mujeres en alianza con un Centro de Cuidados Prenatal y del Recién Nacido (Reino Unido) (83)

Otra experiencia exitosa es la de una unidad de tratamiento de adicciones especializada en mujeres y con trabajo coordinado con centros de cuidados prenatal y del recién nacido. Esta unidad se caracterizó por:

- o Proporcionar un ambiente adecuado, a través de una actitud sin prejuicios.
- o Brindar atención de especialidad, que aporta apoyo emocional y acceso a red de servicios.

Estudios que evaluaron esta experiencia encontraron que la creación de una unidad especializada con estas características, permitió mejorar de manera importante los resultados en el parto y los parámetros de los recién nacidos. Estos resultados fueron comparados entre mujeres atendidas durante su embarazo por adicción a sustancias en esa unidad, y casos similares tratados antes de la implementación de la unidad especializada. Por ejemplo, luego de la implementación de este programa especializado, el índice de ingreso de recién nacidos a Unidades de Cuidados Intensivos bajó de 57% a 13,2%; el involucramiento en procesos de protección a los niños (tribunales) bajó de 52% a 16,9%.

c) Programa de Apoyo a Madres con Consumo Problemático de Drogas o en Proceso de Rehabilitación (Chile) (93)

Esta experiencia se instaló en el Hospital Regional de Antofagasta, con el fin de ejecutar un plan de intervención para gestantes y puérperas que presentan problemas de adicción en el contexto del Programa Chile Crece Contigo.

Inicialmente el equipo a cargo (matrón, psicóloga y asistente social) estableció las siguientes prioridades

- o Diseñar un plan de intervención biopsicosocial dirigido a madres que presentan problemas de drogadicción y se encuentran en la fase de contemplación y preparación al cambio, hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Antofagasta.
- o Entregar apoyo social, psicológico y orientación en salud.
- o Reestablecer las redes sociales y familiares de las usuarias.
- o Motivar la adherencia a tratamiento de rehabilitación.

Objetivos generales del programa:

- o Propiciar un ambiente favorable para el desarrollo del recién nacido.
- o Desarrollar habilidades Parentales en las madres.
- o Potenciar los recursos personales de las participantes.

Objetivos Específicos:

- o Acoger y Motivar la voluntad de cambio de las usuarias y la adherencia a tratamiento.
- o Desarrollar la capacidad para cuidar y proteger a sus hijos/as en un ambiente emocionalmente favorable en las madres que han presentado adicción.
- o Fortalecer las habilidades Sociales de las participantes.

La intervención es de carácter biopsicosocial y recoge aspectos del modelo de red y modelo sistémico planteando una metodología a nivel individual, grupal y comunitaria. Se establecen cuatro etapas de intervención que permiten evaluar procesos y avances de las participantes: Pesquisa y Derivación, Acogida y Diagnóstico; Intervención Biopsicosocial; Egreso y Seguimiento. En la última etapa se coordina la derivación a programas especializados en rehabilitación de drogas ambulatorio o residencial.

Para lograr los objetivos se establecen las siguientes actividades: entrevista de la asistente social con modelo motivacional (Modelo Transteórico del Cambio), entrevista del matrn con enfoque relacional materno-fetal o materno-recién nacido, entrevista psicosocial a cargo de psicóloga, psicoterapia breve, taller de habilidades parentales, apoyo emocional a los acompañantes de las madres y entrenamiento en el uso de redes sociales.

En caso que se haya requerido una medida de protección, el equipo da a conocer al tribunal los resultados de la intervención y los avances presentados por las madres.

La intervención fue acogida positivamente tanto por los equipos clínicos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, como por las usuarias. El taller grupal fue una instancia de apoyo social y autoayuda mientras permanecen hospitalizadas.

Además, se genera un proyecto de Cuidadores Afectivos voluntarios que cumplen la función de estimular afectivamente a estos niños/as, y entregar cuidados básicos que fomenten el proceso de vinculación sana mientras permanecen hospitalizados sin visitas.

d) Plan de Tratamiento Especializado para Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas Convenio CONACE-FONASA-MINSAL

Con el propósito de consolidar la integralidad de la atención de las personas beneficiarias de los programas de tratamiento se desarrollaron distintas modalidades de intervención, de acuerdo a las características y necesidades de las personas que consultan, en este caso mujeres. Para aumentar la probabilidad de efectividad de las intervenciones en los planes de tratamiento se redefinieron las prestaciones, incorporando aspectos técnico-clínicos necesarios de considerar al implementar un plan de tratamiento y rehabilitación determinado.

Los diferentes planes de tratamiento comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento, considerando etapas o períodos en que las acciones terapéuticas son llevadas a cabo para el logro del objetivo, de acuerdo a la especificidad de la intervención.

Los objetivos de estos planes son:

- o Establecer un diagnóstico integral.
- o Definir un plan de intervención según diagnóstico y ejecutar intervenciones tanto terapéuticas como educativas dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo.
- o Promover y acompañar el proceso de motivación al cambio.
- o Intervenir sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- o Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- o Instalar y /o fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- o Fortalecer y reparar las relaciones vinculares significativas.
- o Reeducar en habilidades sociales.
- o Orientar y fomentar la integración social y ocupacional.
- o Contribuir a reestructurar los estilos de vida.
- o Entrenar en estilos de crianza saludables
- o Facilitar relaciones saludables de díada madre-hijo cuando corresponda

Para esto se requiere un recurso humano con capacitación y competencias técnicas, de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género. Se debe incluir personal femenino en el centro. Los prestadores pueden ser centros públicos o privados.

Las prestaciones son consulta médico-psiquiátrica, consulta de salud mental individual y familiar; consulta psicológica, individual y familiar; psicoterapia individual; psicoterapia de grupo; intervención psicosocial de grupo; psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos si corresponde); exámenes de laboratorio que se requieran y prescripción y dispensación de medicamentos si corresponde.

Tipos de planes:

1. Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico:

Dirigido a mujeres adultas, con y sin hijos, embarazadas o no, que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve a moderado, que desempeñan una actividad ocupacional (laboral, incluida las labores de casa y educacionales) parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar. La duración aproximada es de seis meses, con una frecuencia de asistencia de 3 días por semana, con 3 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 2 a 3 intervenciones por día.

2. Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo:

Dirigido a mujeres adultas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no y compromiso biopsicosocial moderado a severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática moderada, sin actividad ocupacional y con algún grado de soporte familiar). Duración aproximada de ocho meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 4 a 5 prestaciones por día. Incluye alimentación diaria.

3. Plan de Tratamiento Residencial:

Internación de 24 horas, preferentemente en una modalidad de comunidad terapéutica, destinado a mujeres adultas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no, con compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar y social, con trastorno psiquiátrico severo compensado, percepción disminuida o ausente de autoeficacia).

Se debe incluir personal femenino en el centro, tanto en el día como, en los turnos de noche y las prestaciones incluyen día cama. Duración aproximada de 12 meses con permanencia de 7 días, en una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

2.4. Aspectos relacionados con el consumo de tabaco en embarazadas

El tabaco es una sustancia reconocidamente dañina para la salud de la población general. En las mujeres además dificulta la concepción, aumenta el riesgo de aborto, el riesgo de nacidos prematuros y de bajo peso y acorta el tiempo de lactancia materna.

Diversos meta análisis han demostrado que la implementación de programas que ayudan a mujeres embarazadas a dejar de fumar, reduce la incidencia de recién nacido de bajo peso y parto prematuro (94;95).

La nicotina es un vasoconstrictor y existe preocupación teórica (aunque no evidencia) de que productos sustitutos de ésta puedan dañar al feto. La velocidad de metabolización de la nicotina se incrementa en 30% en las mujeres embarazadas, lo cual podría disminuir la efectividad de productos de nicotina de reemplazo. Sería recomendable el manejo de mujeres embarazadas (o en período de lactancia) con dependencia de nicotina en contextos de especialista y discutir con la paciente el uso de productos de nicotina de reemplazo prefiriendo aquellos que minimicen la exposición del feto a nicotina (chicles, inhaladores, parches 16 horas) (94;95).

En este contexto cobran relevancia las intervenciones psicológicas, en especial las de tipo cognitivo-conductual, para apoyar el tratamiento para dejar de fumar en las mujeres embarazadas con dependencia de nicotina, siendo estas intervenciones las de primera línea en esta población (94;95).

Capítulo IV: Sugerencias y Desafíos

En esta sección se entregan sugerencias derivadas del estudio de la literatura sobre consumo de drogas en mujeres embarazadas y del levantamiento de información con distintos grupos humanos, que trabajan en diferentes niveles con la mujer embarazada consumidora de drogas. El presente documento muestra exclusivamente lo que se logró conocer respecto del trabajo de los centros de tratamiento, consultorios de salud y maternidades de la Región Metropolitana citados. Si bien es información valiosa y útil, aún no es posible extrapolar esta experiencia a todos los centros del país.

Las sugerencias y desafíos se han ordenado en cinco puntos: la aproximación o actitud permanente de los equipos profesionales que atienden mujeres embarazadas con consumo de drogas; sugerencias para la detección precoz e intervención en los distintos niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario); y sugerencias relativas al trabajo en red, que emerge como un aspecto central en la atención de calidad de esta población específica.

Sin duda, la elaboración de este documento ha levantado la necesidad de seguir profundizando en el conocimiento del fenómeno del consumo de drogas en mujeres embarazadas, con el fin de desarrollar una mejor oferta de atención oportuna y adecuada. Especialmente, se hacen necesarios estudios relativos al estilo de pensamiento, creencias, mitos y cogniciones de la mujer embarazada con consumo de drogas, que permitan orientar intervenciones psicoterapéuticas más específicas; estudios sobre motivación al cambio en esta población específica; validación y adaptación de instrumentos de pesquisa y diagnóstico específicos para esta población; y seguimiento clínico de una muestra de embarazadas con consumo de drogas, entre otros.

1. Aproximación general:

Las mujeres embarazadas con consumo de drogas necesitan una atención que considere sus necesidades tanto desde el punto de vista físico –debido a las posibles complicaciones y riesgos asociados al consumo– como psicológicas y sociales. La mujer embarazada con consumo de drogas requiere mayor apoyo social, por lo que se debe promover su ingreso al sistema de salud y éste, a su vez, debe contar con múltiples conexiones con la red de servicios sociales.

Algunos estudios muestran la existencia de prejuicios y desconocimientos en la forma de abordar esta problemática al interior de los equipos de salud, dificultando que este grupo de mayor vulnerabilidad acceda a controles y cuidados durante su embarazo (23). Las actitudes negativas de algún miembro del sistema de salud, incluyendo al recepcionista, pueden hacer que la mujer se sienta estigmatizada y no quieran acceder a él. En este sentido es vital que en el momento en que una mujer hable de su consumo y/o adicción, se sienta acogida, respetada, considerando sus recursos personales y necesidades. Para esto es necesario que los miembros del sistema de salud que se relacionan con mujeres embarazadas con potencial consumo de drogas participen de experiencias formativas orientadas a:

- Conocer la perspectiva de género en el consumo de drogas en la población femenina.
- Sensibilizar sobre el efecto de los prejuicios con esta población y las barreras al tratamiento.
- Desarrollar una actitud no enjuiciadora en la atención de la mujer embarazada con consumo de drogas.
- Aprender estrategias de detección precoz, intervención breve y derivación oportuna a centros de tratamiento especializado.

Hemos observado que existe una fuerte articulación entre los distintos niveles de atención de la mujer embarazada en el sistema de salud; además, es frecuente encontrar equipos de salud preocupados por la situación de la mujer embarazada con consumo de drogas. Por tanto, una vez que los miembros del sistema de salud están preparados para actuar adecuadamente frente al consumo de drogas y alcohol es fundamental que creen y cultiven redes de apoyo y derivación con centros especializados en drogas, de manera de facilitar la referencia inmediata. Esto requiere del desarrollo de procedimientos estandarizados para pesquisa y detección precoz, protocolos de derivación y seguimiento, y vínculos cara a cara entre los distintos miembros de la red. Sin duda, estos aspectos constituyen un desafío futuro muy importante.

Por otra parte, entre los profesionales de la salud debiera existir una actitud más clara respecto de si es posible o no algún tipo de consumo de drogas o alcohol durante el embarazo. En este sentido, se sugiere la generación de campañas de promoción de la abstinencia total de alcohol y otras drogas, durante el embarazo y la lactancia; que esto sea transmitido por los profesionales encargados del control prenatal tanto público como privado o, como sugiere la profesora Poupin (y como ocurre en otros países), que en los envases de bebidas alcohólicas se indique que este producto no puede ser consumido por mujeres embarazadas o amamantando.

2. Detección e intervención precoz

La detección e intervención precoz de los casos en los centros de atención de embarazadas es una estrategia fundamental en el trabajo con mujeres con consumo de alcohol y drogas. Las matronas y otros profesionales de salud que están involucrados en el cuidado tienen un rol fundamental y debieran fortalecer sus herramientas y habilidades para pesquisar, intervenir de manera adecuada y trabajar una derivación a centros de tratamiento con las usuarias que lo requieran. Numerosos estudios clínicos han demostrado que las mujeres pueden ser exitosamente vinculadas a tratamiento cuando son intervenidas durante sus evaluaciones obstétricas habituales (85).

Para llevar a cabo una detección e intervención precoz, los equipos de salud que trabajan con mujeres embarazadas debieran estar preparados para realizar las siguientes intervenciones:

- Exploración del consumo de alcohol y drogas en todas las mujeres embarazadas que asisten a control. Para esto se recomienda la utilización del instrumento screening 4 P's Plus (66) (Anexo N° 5), instrumento sencillo, fácil de utilizar y que puede mejorar la pesquisa (duplicarla) del consumo de alcohol y drogas en las mujeres embarazadas. Puede ser un complemento a la pregunta sobre consumo de alcohol y otras drogas de la escala EPSA.
- Entrega de información (oral y por escrito) sobre los riesgos del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo. Se recomienda realizarla a todas las mujeres en control y, de manera especial, a aquellas que reporten consumo en el pasado o consumo ocasional de alcohol y drogas. La entrega de esta información debe ser en el contexto de una relación de colaboración con el profesional de salud, aceptado por la usuaria (se sugiere pedir permiso antes de realizar la entrega de información) y manteniendo una actitud no enjuiciadora que permita, al establecer una relación de confianza, que la usuaria exprese sus inquietudes y clarifique sus dudas.
- Aplicación de instrumentos que ayuden a evaluar tanto la exposición fetal a alcohol y drogas, como el abuso o dependencia de alcohol y drogas de las mujeres embarazadas durante sus controles prenatales. El instrumento TLFB (78) (Anexo N° 6) cumple con esta doble función ya que, utilizando un calendario, permite obtener un cuadro visual del patrón, frecuencia e intensidad del consumo de alcohol en un período definido de tiempo. Se puede trabajar con la usuaria las posibles consecuencias del patrón de consumo y definir algunos gatillantes de episodios de consumo. El instrumento AUDIT permite evaluar posibles problemas relacionados con consumo de alcohol; ha sido validado en población chilena (1) y

está sugerido por el MINSAL y recomendado por organismos internacionales para su uso en mujeres embarazadas.

- Feedback en estilo motivacional. La utilización conjunta de instrumentos como el TLFB y AUDIT ha sido recomendada para detectar consumo de riesgo en mujeres embarazadas (96). El uso adecuado de los resultados obtenidos tras su aplicación puede permitir la implementación de intervenciones breves (por ejemplo, una o dos sesiones de una hora) (97). A través del uso de las microhabilidades (Preguntas abiertas, Reflejos, Afirmación, Resúmenes) un profesional capacitado en la técnica de Entrevista Motivacional puede —manteniendo durante la intervención una actitud no enjuiciadora (61)— permitir que la entrega del feedback sobre los resultados de la evaluación realizada con estos instrumentos apoye la motivación al cambio de la usuaria (98). La entrega de feedback en estilo motivacional está considerada dentro de las intervenciones breves (IB) especializadas. Éstas son intervenciones estructuradas y realizadas en sesiones más largas (por ejemplo de 1 hora), por profesionales de salud mental capacitados en Entrevista Motivacional (99); en contraposición a las IB oportunistas, que son de duración más breve y realizada en settings en que existe la oportunidad de hacer una intervención (controles de salud, urgencia) muy corta y habitualmente por un profesional de salud (no salud mental). Se ha estudiado la efectividad de las IB con población adulta y se ha comprobado que mejoran, en promedio, en 27% los resultados en consumo de alcohol de personas con beber problemático y abuso. Se ha visto, además, en varios estudios un efecto positivo de la evaluación y aplicación de instrumentos de screening (100), lo que enfatiza la importancia de contar con instrumentos validados y utilizarlos de manera apropiada. Hay que recordar que las IB no son efectivas cuando existen problemas de alcohol y drogas más severos; estos casos requerirán tratamientos especializados, de ahí la importancia de la derivación a centros de tratamiento. Además en algunos settings (en urgencias, por ejemplo) las IB no han demostrado ser efectivas (101-109).
- Derivación vincular: el profesional capacitado interviene para promover la motivación de la usuaria en la derivación indicada a un centro de tratamiento; se puede trabajar en generar mayor motivación y aceptabilidad de la indicación de derivación. La capacitación en Entrevista Motivacional de los profesionales puede potenciar este trabajo, ya que se ha comprobado el resultado positivo del uso de las intervenciones que utilizan la Entrevista Motivacional en potenciar la adherencia de otro tipo de intervenciones (110). Además se requiere un acompañamiento y seguimiento de los casos, es decir, una derivación a profesionales con los cuales exista una relación de trabajo y coordinación cercana. En otros países, las experiencias de derivación exitosa han destacado la relevancia de un trabajo en conjunto entre los equipos de profesionales de salud que trabajan en

el control obstétrico del embarazo y los de tratamiento de los problemas relacionados con alcohol y drogas. Lo ideal es que ambos equipos funcionen de manera coordinada (reuniones clínicas, atención conjunta de los casos) e idealmente en el mismo espacio físico (82).

3. Intervención a nivel primario y secundario

Como intervención para el nivel primario y secundario en salud se propone realizar a todas las mujeres embarazadas una evaluación en pasos (45) como una forma de optimizar recursos e intervenir de la manera más apropiada para cada caso. A continuación se muestra una propuesta de flujograma de atención, elaborada con la colaboración conjunta del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes¹², el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública (Ministerio de Salud)¹³, el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo¹⁴ y la Consultora Progesa¹⁵:

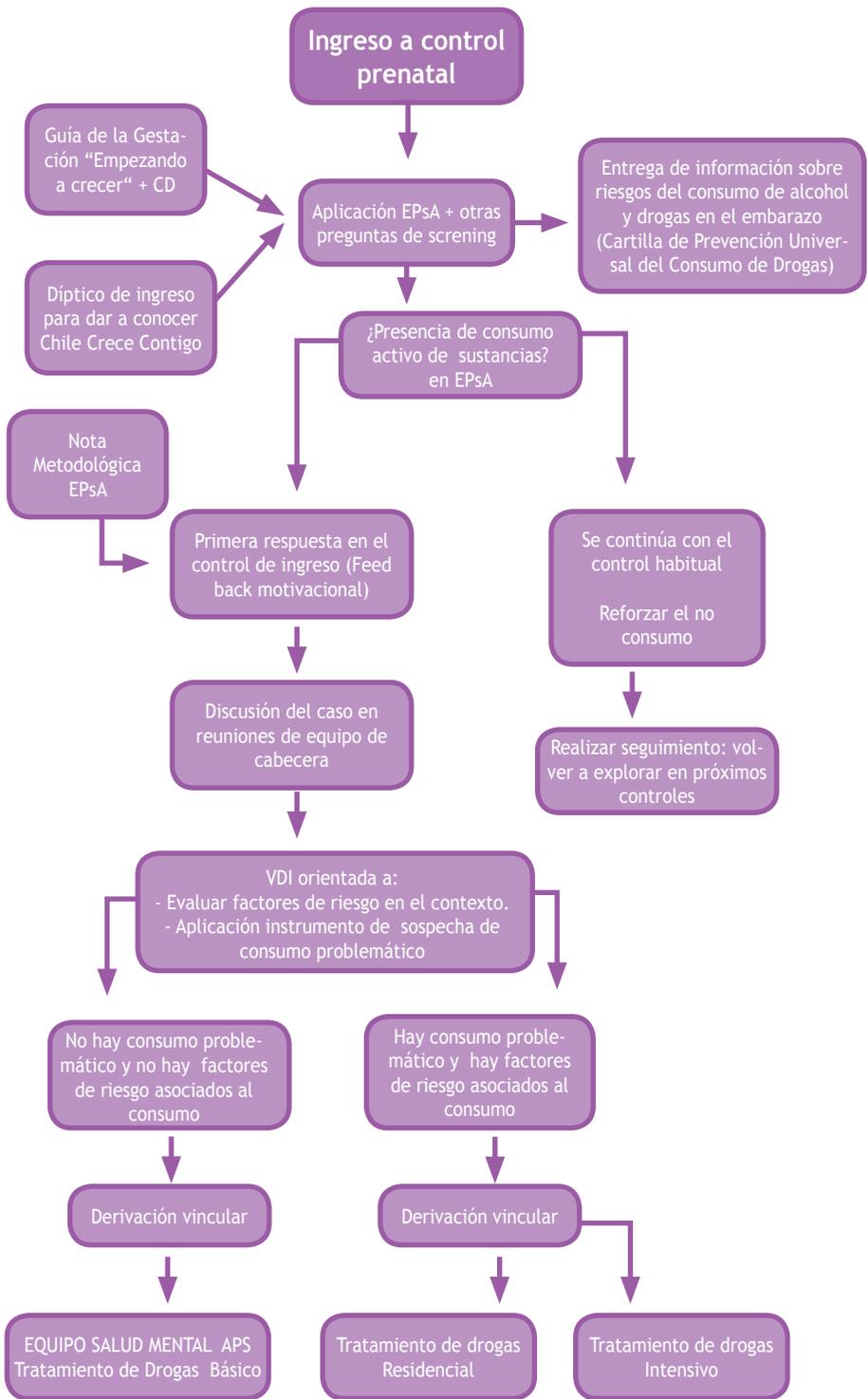


12.- Ps. Marcela Lara, Ps. Ada Perez, Soc. Paulina Morales.

13.- Dr. Alfredo Pemjean.

14.- Ps. Miguel Angel Cordero y Matrona Cecilia Moraga

15.- Ps. Lorena Contreras, Matrona Carolina Hernández, Ps. Alejandra Hernández, Dra. Vanessa Cantillano.



El flujograma de acción puede dividirse en tres pasos o etapas: el primero enfocado en entrega de información más screening; el segundo, orientado a evaluar consumo y realizar una intervención breve en casos que se requiera; y el tercero, a derivación y seguimiento. A continuación se describe cada paso:

Paso 1: aplicación a todas las mujeres embarazadas en los primeros controles de screening como instrumento de sospecha diagnóstica [el EPsA puede ser muy bien complementado con el uso del instrumento 4 P's Plus (66) (Anexo N° 5)] y de entrega de información acerca de los riesgos del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo.

Paso 2: en aquellos casos de screening negativo, se realizará entrega de información y se reforzará la mantención de la abstinencia de alcohol y drogas durante el embarazo.

En los casos de evaluación positiva corresponde brindar primera respuesta: se discute el caso con el equipo de cabecera y se realiza visita domiciliaria orientada a evaluar la presencia de factores de riesgo del contexto y aplicar instrumento de sospecha de consumo problemático.

Específicamente, en casos de consumo personal de alcohol, se entrega de información con actitud no enjuiciadora y permiso de la usuaria, se puede utilizar el instrumentos TLFB (45) en el control o como autoevaluación, y se aplica AUDIT (1). En esta primera respuesta se sugiere hacer una Intervención breve motivacional (entrega de feedback). El instrumento TLFB puede adaptarse incluyendo fechas de concepción, conocimiento del embarazo y fecha probable de parto en el calendario a utilizar; una vez completado por la usuaria (consumo de alcohol durante el período definido por la evaluación, usualmente, 1 a 2 meses previos a la entrevista) permite tener un cuadro del patrón de consumo y posibles gatillantes. El instrumento AUDIT permite definir presencia de abuso o dependencia de alcohol, ha sido validado en población chilena (1) y está sugerido por el MINSAL y organismos internacionales para el uso en mujeres embarazadas. El uso de estos instrumento en personal entrenado debiera tomar aproximadamente 10 a 15 minutos para el TLFB (45) y el AUDIT puede ser autoaplicado. Si en este segundo paso el screening es positivo para abuso o dependencia de alcohol, la intervención estará enfocada en trabajar derivación a red de tratamiento (Paso 3) utilizando estrategias motivacionales (derivación vincular según lo descrito previamente) (61).

En los casos de consumo personal de drogas corresponde: entrega de información con actitud no enjuiciadora y permiso de la usuaria, derivación vincular (Paso 3) para evaluación por profesional del programa de alcohol y drogas del centro. Para estos casos es importante que la usuaria tenga una evaluación especializada para una confirmación diagnóstica y estimación del compromiso biopsicosocial.

Paso 3: realizar un seguimiento de los casos. Es decir, volver a explorar consumo de alcohol y drogas en los controles de mujeres sin antecedente de consumo y en aquéllas en que se ha realizado una Intervención Breve con efecto positivo. Realizar una derivación vincular en casos de consumo actual de drogas: para consumo actual no problemático y sin presencia de factores de riesgo asociados al consumo, derivar al equipo de salud mental APS; para abuso y dependencia según resultados de AUDIT, mantención del consumo de alcohol luego de Intervención Breve, detección de consumo de drogas y presencia de factores de riesgo asociados al consumo, derivar a centros o equipos de tratamiento. La derivación vincular supone establecer contacto con el equipo al que se deriva y realizar seguimiento del resultado de la derivación, entre otras cosas.

El diseño de esta intervención por pasos supone establecer protocolos de atención y derivación vincular a centros de tratamiento especializado en consumo problemático de drogas que den prioridad y agilicen el ingreso de las usuarias en que se realice derivación vincular. Supone además el trabajo conjunto entre centros de atención primaria, maternidades y centros de tratamiento especializado.

4. Intervención a nivel terciario: centros de tratamiento

4.1. Sugerencias generales

Políticas claras. Un aspecto inicial en la atención en centros de tratamiento de mujeres embarazadas con consumo de drogas, es que deben existir políticas claras sobre el servicio que se brinda a cada usuaria y su familia (protocolos y procedimientos escritos, contrato terapéutico, roles y funciones, etc.). Esto es especialmente relevante en casos de mujeres que ingresan a tratamiento embarazadas y/o con hijos menores de 5 años, ya sea residencial o ambulatoriamente. Qué hacer en caso que la mujer desee dar al hijo en adopción, lo abandone, haya negligencia en el cuidado postnatal, haya maltrato físico o abandone el centro estando embarazada o dejando a su hijo en el mismo, entre otras situaciones complejas. Es importante que los equipos diseñen protocolos de acción y que la usuaria sepa qué se hará en estos casos.

Promoción constante entre los miembros de equipo y servicios relacionados, una actitud de apoyo no enjuiciadora. Se requiere que los equipos tengan una visión unificada en estos temas y que para eso se apoyen y promuevan la participación en capacitaciones externas, jornadas de intercambio con otros centros que atienden mujeres, capacitación interna a miembros nuevos y experiencias de autocuidado del equipo (debido al alto impacto emocional del trabajo con estas temáticas). Asimismo, es fundamental que los centros de tratamiento realicen una labor constante de sensibilización en otros puntos de la red que atienden a las usuarias.

Promover y fortalecer la adherencia a tratamiento durante el embarazo y lactancia. Es importante levantar la necesidad y estimular la detección temprana en aquellos lugares donde acuden las mujeres embarazadas. Esto requiere incorporar en el trabajo en red a matronas de consultorios de atención primaria, de centros de referencia y maternidades, jardines infantiles y salas cuna, jueces de familia, entre otros. La experiencia ha mostrado la necesidad de que los equipos de tratamiento se flexibilicen y adecuen los planes de tratamiento a las necesidades específicas de cada población. En este caso es necesario ajustar el plan de tratamiento a las distintas etapas del embarazo y aprovechar de intervenir al máximo durante el segundo semestre del mismo.

Mejorar el apoyo social. Por las características psicosociales de la mujer embarazada con consumo de drogas se requiere aumentar la red de apoyo social estructural, a través de la vinculación con redes de servicios, rescate de vínculos familiares y de amigos y la vinculación con recursos comunitarios. También se requiere mejorar la calidad del apoyo social funcional, ya sea promoviendo el apoyo emocional de familiares y amigos o entregando mayor apoyo emocional como equipo.

Promover el desarrollo de mayor estabilidad, seguridad y sensibilidad de la usuaria con su hijo (reparación del apego). Esto implica contar con un equipo clínico capaz de establecer un apego seguro con la usuaria, lo que es un desafío formativo para el mismo. Implica también incluir (física o simbólicamente) a los hijos en el tratamiento y estimular el contacto con aquellos que se encuentran distantes, pero se mantiene vínculo. La inclusión demanda al equipo velar por un entorno organizado que contenga a la madre y pueda brindar a su hijo (o futuro hijo) una experiencia vincular lo más segura y predecible; y ayudar a la usuaria a comprender el impacto de sus estados emocionales en su hijo. Esto permite reducir el estrés relacionado con la maternidad y los índices de depresión, además de incrementar el conocimiento en relación al cuidado de sus hijos. La estimulación del apego también se puede hacer incorporando talleres que desarrollen competencias parentales (incluir a las parejas); promoviendo la vinculación al programa Chile Crece Contigo y la utilización del ajuar; incorporando en diversas actividades, ejercicios que obliguen a pensar en su hijo como un “otro”. También es necesario contemplar cuando se requiera una psicoterapia de reparación, en paralelo o a continuación del tratamiento por drogas.

Promover cambio en el estilo de vida familiar. Involucrar a la familia o grupo de apoyo primario en el tratamiento es central cuando la mujer está embarazada y/o cuando tiene hijos pequeños. Se sugiere incorporar la idea de interrumpir la herencia transgeneracional del consumo de drogas y alcohol, trabajando con la mujer embarazada como parte de un ecosistema cuyo estilo de vida incorpora el consumo de drogas. Esto implica, por ejemplo, incorporar a la familia en las hipótesis sobre la enfermedad y el consumo,

preocuparse por las parejas con consumo de drogas y alcohol, coordinarse con programas de tratamiento al que asisten otros miembros del núcleo familiar y, si es posible, incluir terapeutas familiares en el equipo.

Atención a temas específicos de salud mental. Son esperables sentimientos de frustración y rabia, cansancio, impulsividad, agresividad y dificultades en las relaciones de pareja. Sin embargo, es importante preocuparse por realizar diagnóstico temprano de patologías de salud mental (en particular patología dual), ya que por ejemplo el 46% de embarazadas chilenas presenta síntomas depresivos; y muchos deseos de abortar o entregar la custodia de los hijos tienen que ver con problemas de salud mental. También es importante acoger sentimientos negativos hacia el embarazo, pues 1 de cada 4 presentará sentimientos de angustia y rechazo por su embarazo, lo mantendrá oculto o pensará en abortar, o no acudirá a controles prenatales, poniendo en riesgo su embarazo. Se sugiere que los profesionales médicos y/o psiquiatras se capaciten en el uso de psicofármacos de manera segura con mujeres embarazadas y consumo de drogas. .

Enfatizar la integración biológica y psicosocial. Debido a la importante influencia que ejercen las hormonas en los circuitos neuronales relacionados con el proceso adictivo (por ejemplo, está demostrado que los estrógenos aumentan el efecto recompensante de la droga). Es necesario que los equipos de tratamiento se capaciten en estos temas, especialmente aquellos cuya composición es marcadamente psicosocial. El síndrome premenstrual también puede influir en el proceso adictivo, por lo que es importante al trabajar con mujeres relacionar el ciclo hormonal, el estado emocional subjetivo y el riesgo de recaída. Se ha observado una mayor tasa de recaída en mujeres, asociado a estados emocionales displacenteros. Por otra parte, durante el embarazo y la lactancia se estimulan los mismos circuitos de recompensa afectados por la adicción. Por tanto, el embarazo y el puerperio presentan procesos fisiológicos muy potentes para la mujer, con los cuales el equipo debe irse familiarizando para mejorar la comprensión del mismo.

4.2. Sugerencias específicas para la adecuación del programa de intervención

Cuando un equipo acoge un embarazo entre sus usuarias es recomendable que se aborden las naturales aprensiones de los miembros del equipo frente a esta nueva realidad. Preguntarse cuál es la responsabilidad sobre la guagua, cuáles son los temores y fantasías respecto de incorporar un bebé al programa de atención –sea ambulatorio o residencial–, cuáles son los cuidados que se deben tener con una mujer embarazada, qué hacer con los procesos terapéuticos habituales. En general, las personas tienen aprensiones respecto de un embarazo: quieren protegerlo, pero a la vez estimular su proceso terapéutico. Por esto es necesario que en reuniones de equipo se aborden estas temáticas y se resuelvan en conjunto o con la ayuda de algún asesor externo.

De acuerdo a la realidad que hemos conocido en este levantamiento de información, es esperable que el tratar a mujeres embarazadas demande más actividad ligada al trabajo en red: mediación con otros servicios sociales y acompañamiento permanente, lobby con matronas, trabajo cercano con todo el equipo de salud, búsqueda de nuevos recursos para satisfacer necesidades de la diada madre-hijo (por ejemplo, gestionar el acceso a pañales, ropa o fórmula láctea, en casos de extrema precariedad).

La mujer embarazada necesita mayor contención emocional, especialmente en el primer trimestre, para disminuir angustias y acompañar proceso. También requiere que se tolere su mayor cansancio y somnolencia diurna durante ese lapso. Esto puede implicar que se requiera un mayor número de intervenciones individuales. Siempre ayudará a la mujer embarazada el estimular la verbalización de sus malestares físicos y preocupaciones.

Es importante buscar fuentes de motivación que fortalezcan la adherencia a tratamiento de drogas: bienestar integral del bebé, cambiar situación de violencia intrafamiliar y la precariedad psicosocial, abordar problemas emocionales o conflictos de pareja y parentales, etc.

Respecto de los temas a abordar, se sugiere trabajar la reconexión de sí mismas, tomar consciencia de sus sensaciones corporales a medida que avanza el embarazo, sentimientos y pensamientos sobre sí misma, su hijo y los otros. Rescatar y potenciar el autocuidado, sobre todo en relación al impacto que esto tiene en el bienestar del bebé; promover una autoestima realista y la construcción de un proyecto de vida. Es importante abordar la nueva realidad que se impone frente a la maternidad, explorar la individualidad e independencia, y cuáles les son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida. También será relevante trabajar en estrategias de resolución de conflictos y modulación de las emociones, en la medida que esto pueda fortalecer un manejo conductual del niño alejado de la violencia y proveer apego seguro a su hijo. Finalmente, la reinserción y capacitación laboral debe estar orientada hacia lo relacional, la participación social y la capacitación para la obtención de una mejor calificación para el trabajo, especialmente en mujeres que no cuentan con otro apoyo económico.

Otro aspecto importante es controlar el estrés que habitualmente enfrenta una mujer embarazada consumidora de drogas. En este sentido, la sugerencia es que la psicoterapia individual se oriente a la función de contención y apoyo yoico. Lo que se traduce en suspender o no seguir amplificando temáticas traumáticas o de alto impacto emocional, toda vez que la exploración de estos contenidos arriesguen generar estrés emocional en la mujer. La necesidad de evitar estos estados de estrés se relacionan con la necesidad

de proteger al feto y al lactante de la exposición a cortisol, hormona que se secreta en situaciones de estrés, ya que se ha demostrado que la exposición continua o intensa a esta hormona en el período prenatal impacta negativamente el desarrollo del niño, principalmente, en su capacidad adaptativa de afrontar el estrés.

En este mismo sentido, se observa mayor sensibilidad e inestabilidad emocional, principalmente en el primer y último trimestre. Esta mayor “vulnerabilidad psicológica” hace pensar en la posibilidad de no ingresar a grupos terapéuticos en donde se estén trabajando temáticas de alto impacto emocional. El ingreso o no a terapias grupales dependerá de los recursos de la mujer embarazada, de la capacidad de contención del grupo y del profesional encargado y de las características del proceso grupal. En general, se sugiere que se brinde una atención más personalizada y ajustada a las necesidades temáticas de la mujer embarazada y, se disminuye la participación en actividades grupales.

Existe consenso sobre el énfasis que debe tener la promoción de la abstinencia, para disminuir exposición del feto a drogas especialmente en el primer trimestre y del lactante. Es difícil pensar en reducción del daño en el embarazo, ya que cualquier consumo es dañino para el bebé. Esto es relevante de evaluar en programas ambulatorios en donde es más difícil mantener la abstinencia que en programas residenciales. Sin embargo, es posible que durante la lactancia sea más factible utilizar estrategias de reducción del daño. Como hemos visto, el embarazo genera inestabilidad o vulnerabilidad emocional; tanto en el primer trimestre como en el postparto son esperables los estados emocionales displacenteros, por lo que se hace relevante aumentar el foco en la prevención de recaídas. Esto también se puede hacer promoviendo la lactancia y el apego, lo que además servirá para potenciar la adherencia a tratamiento.

Al parecer entre el séptimo mes de embarazo y hasta un mes post parto aproximadamente, los temas relacionados directamente con el consumo de drogas y la adicción queda entre paréntesis, emergiendo como prioritarios los temas relacionados al parto y la llegada del bebé. Además, se espera una mayor limitación física para los traslados, por lo que pueden aumentar las inasistencias a programas ambulatorios. Este contexto aumenta el riesgo de deserción. Para este período de excepción se sugiere extender el tiempo de tratamiento (más o menos en 3 meses), dejar pendientes los temas directamente relacionados con el consumo de drogas, incorporar preocupaciones y temáticas relacionadas con el nacimiento en el proceso terapéutico (promoción del apego y revisión del estilo de vida que se le brindará al bebé), aumentar las visitas domiciliarias y los contactos telefónicos, incluso contemplar la intervención terapéutica en domicilio como alternativa, acompañar a controles prenatales, fortalecer la prevención de recaídas y potenciar el vínculo e integración familiar. En el caso de los programas residenciales, aumentar las visitas de fin de semana.

5. Trabajo en red

Una dificultad importante es el desconocimiento sobre la problemática adictiva en los equipos de salud y la hostilidad hacia la mujer embarazada con consumo de drogas, lo que hace necesario promover una actitud colaboradora por parte de los profesionales, para hacer accesible el tratamiento y no generar barreras que dificulten el ingreso de éstas por temor al rechazo o cuestionamiento social. Al estar frente a una problemática tan compleja es fundamental establecer una coordinación permanente con las redes sociales y de salud.

Como se ha planteado en el marco teórico, el menor apoyo familiar, el mayor rechazo social y las cargas familiares que la mujer embarazada con consumo de drogas sostiene, justifican que las intervenciones en el área social constituyan un aspecto fundamental en el tratamiento.

Desde el área social las intervenciones estarán dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la embarazada, facilitando el acceso a los recursos que necesite para promover así la integración social. Para lograr este objetivo se deben tener cubiertas las necesidades básicas económicas, de vivienda, de salud, así como poseer relaciones afectivas que le permitan su incorporación a redes sociales y comunitarias.

Dentro de las áreas sociales que se deben considerar (111) está la detección de situaciones sociales de precariedad y la coordinación fluida con los servicios sociales o de protección social, en donde destaca la ayuda que pueden recibir para acceder a salas cuna o guarderías, apoyo psicopedagógico, escuela de padres, educadora familiar, mejoras en habitabilidad, acceso a empleo o beneficios económicos, resolución de medidas judiciales, entre otros. Es importante, incrementar la red natural de apoyo social de manera que la mujer sea capaz de romper situaciones de aislamiento social. Esta situación se produciría sobre todo en aquellas mujeres con dependencia afectiva de su pareja. La ausencia de una red de apoyo puede obstaculizar su reinserción social. Para ello es fundamental la relación que se establezca con la comunidad, modificando su estilo de vida, con una actitud positiva hacia entornos no consumidores y antiguas amistades o familiares que puedan apoyar la abstinencia. Para ello se debe trabajar el temor a ser rechazadas y juzgadas por estar embarazada y consumir drogas.

Habitualmente las embarazadas con consumo de drogas no mantienen pautas adecuadas para el cuidado de su salud, pudiendo descuidar su alimentación, higiene personal, no cumplir con ciertos tratamientos indicados o mantener prácticas de riesgo relacionadas o no con el consumo, que impliquen riesgos añadidos sobre su salud. De igual modo, su

distanciamiento de los servicios sanitarios y sociales puede hacer que no conozcan su embarazo hasta varios meses después de producido, siendo por tanto fundamental promover la detección de mismo (con consentimiento informado de la usuaria) al ingreso a tratamiento para así detener la posible exposición temprana a drogas (112).

Otro aspecto fundamental es organizar el ocio y tiempo libre en el que participe de forma activa. Las personas con consumo problemático de drogas suelen poseer carencias en el uso de su tiempo libre. Es necesario motivar al disfrute de este tiempo con actividades gratificantes que mejoren su autoestima.

Todo lo anterior evidencia la necesidad de contar con estructuras adicionales al programa de tratamiento que se articulen en una red de apoyo social eficiente, posibiliten la adherencia de las mujeres a los programas y mejoren las perspectivas de desarrollo de sus hijos. Resulta imprescindible establecer coordinaciones con salas cunas, jardines infantiles, hogares de cuidado diario, programa Chile Crece Contigo etc., para la atención y el cuidado del embarazo y los hijos, como una forma de apoyo concreto para el tratamiento.

Por otra parte, las mujeres requieren de una atención integral de salud para el control de la natalidad, control preventivo de cáncer cérvico uterino, lactancia materna y control del niño sano para los hijos menores de dos años. Requiriendo de una coordinación entre los centros de tratamiento y la atención primaria de salud.

Es importante que la mujer embarazada se sienta acompañada durante todo este proceso por el equipo de tratamiento y, en especial, en los controles obstétricos. Se sugiere que el equipo establezca un contacto más permanente con la matrona encargada, conozca su nombre y apellido, la invite a conocer el centro de tratamiento y su plan de tratamiento. En este sentido, parece ser necesario que el equipo tratante ejerza un rol permanente de mediación entre la usuaria y su servicio de salud.

Anexo N° 1:

Aspectos Fisiológicos del Embarazo y Transferencia de Drogas Feto-Placentaria

1. Aspectos fisiológicos del embarazo

Por varios años se mantuvo la idea de que el consumo de drogas de abuso llevaba a la esterilidad. Sin embargo, estudios estadísticos recientes muestran que al inicio no la causan, pero a largo plazo pueden alterar la fisiología femenina y por ende su potencial reproductivo.

Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. En 2007 la Organización Mundial de la Salud define el embarazo como aquel proceso que comienza cuando termina la implantación (5 o 6 días después de la fecundación). Las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses. La gestación comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento del tamaño mamario para preparar la lactancia.

De acuerdo a su desarrollo y con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo fetal, el embarazo se suele dividir en tres etapas, de tres meses cada una (113-115):

- Primer trimestre: el riesgo de aborto es mayor por muerte natural del embrión o feto.
- Segundo trimestre: el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado.
- Tercer trimestre: marca el principio de la viabilidad (aproximadamente después de las 25 semanas), lo que implica que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.

Durante la gestación se producen numerosas modificaciones fisiológicas, lo que influye y se debe tener en cuenta en la farmacocinética de los diferentes sistemas y órganos.

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo. El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardiaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento de la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina y otros metabolitos. En general, el metabolismo de la madre se incrementa durante el embarazo (47;114;115).

Sistema Respiratorio:

A partir de la octava semana de gestación aparecen cambios en casi todas las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares debido a cambios anatómicos, mecánicos y hormonales.

- Anatómicos: existe variación en los diámetros vertical interno de la cavidad torácica que disminuye hasta 4 cm., debido a la elevación del diafragma por el útero grávido y la circunferencia de la caja torácica aumenta unos 6 cm. aproximadamente.
- Mecánicos: la inspiración en la embarazada es casi totalmente atribuida al movimiento del diafragma, ya que la caja torácica tiene disminuida su movilidad.
- Hormonales: se produce una dilatación de la gran vía aérea que disminuye en 50% la resistencia pulmonar, debido a un efecto directo de la progesterona y a su actividad beta-adrenérgica, también a otras hormonas como la cortisona y relaxina. Otros efectos son la ingurgitación capilar en las mucosas: nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando un incremento en la vascularidad, lo que puede traducirse en una mayor absorción de drogas.

La frecuencia respiratoria se altera muy poco durante el embarazo normal; pero el volumen corriente, la ventilación minuto, la ventilación alveolar y el consumo de oxígeno son algunos de los parámetros que aumentan considerablemente a medida que avanza la gestación. La capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos como consecuencia de la elevación del diafragma (47;114;115).

Sistema Cardiovascular:

Este sistema debe ajustarse a las demandas fisiológicas del feto, manteniendo la integridad cardiovascular materna, para ello múltiples factores intervienen en la función hemodinámica global.

En el embarazo normal el corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes sobre todo durante las primeras ocho semanas de la gestación. El gasto cardiaco se incrementa en cifras hasta 50% del valor de una no gestante, los cambios en las primeras semanas son atribuidos a una elevación de la frecuencia cardiaca, que puede alcanzar 15% a 25% por arriba de una no embarazada. El volumen latido también se incrementa hasta 30% al final de la gestación y se produce un descenso en la resistencia vascular sistémica de 20% y la presión coloidosmótica.

La elevación progresiva del diafragma rota y desplaza el corazón hacia arriba y a la izquierda, observándose un aumento de la silueta cardiaca en las radiografías. En los embarazos múltiples el gasto cardiaco materno es mayor casi en 20% debido a mayor volumen sistólico y aumento de la frecuencia cardiaca. El gran útero gestante no sólo comprime la vena cava inferior, dificultando el retorno venoso de la mitad inferior del cuerpo, sino que además comprime la aorta abdominal aminorando la presión como consecuencia de la elevación del diafragma.

Se produce una disnea fisiológica producida por efecto de la progesterona y en menor proporción por los estrógenos. El aumento del volumen plasmático y gasto cardiaco, incrementan el volumen de distribución de las drogas, sobre todo las de tipo hidrosoluble.

Se produce un aumento de las proteínas séricas durante la gestación, pero el estado de hemodilución cambia las proporciones de albúmina y alfa glicoproteína ácida, siendo menor en comparación a la no embarazada (47;114;115).

Sistema Renal:

Numerosos cambios se observan en el sistema urinario durante el embarazo. El tamaño del riñón aumenta ligeramente, existe dilatación de la pelvis, los cálices y uréteres. Durante la gravidez, el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtración glomerular se incrementa en un 50 - 60%, la reabsorción de agua y electrolitos también están elevados, consecuentemente el balance hídrico y electrolitos se mantienen normales.

La osmorregulación se altera, disminuyen los umbrales osmóticos para la secreción de las hormonas arginina y vasopresina, aumenta la tasa de desecho hormonal por lo que disminuye la osmolaridad sérica pudiendo producirse diabetes insípida transitoria durante el embarazo. Se pierden aminoácidos y vitaminas hidrosolubles en la orina de las embarazadas en mucha mayor cantidad que la no embarazada. Es frecuente la glucosuria. Todos estos cambios provocan efectos significativos en la farmacocinética, aumentando el clearance de ciertas drogas, lo que conlleva a que algunas de éstas se encuentren en concentraciones inferiores en comparación a las no embarazadas (47;114;115).

Sistema Gastrointestinal:

El estómago presenta modificaciones debido a factores mecánicos y hormonales. El factor mecánico está representado por el útero grávido y el estímulo es cada vez más intenso mientras avanza la gestación, un efecto de compresión, rotación y desplazamiento hacia arriba generan un retraso en el vaciamiento gástrico. Esto también se ve influido por los altos niveles de progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal, e indirectamente influye en la disminución de la motilina, hormona que facilita la contracción del músculo liso gastrointestinal (47;114;115).

Hígado y metabolismo de algunas drogas:

La morfología, histología y flujo sanguíneo de este órgano no experimenta mayores cambios durante la gestación. Algunos estudios evidencian una disminución del metabolismo de las drogas por dicha vía; esto se debe a un factor hormonal, principalmente la progesterona que juega un papel importante en la regulación del metabolismo hepático. La albúmina sérica está disminuida por mayor volumen de distribución y puede disminuir la relación albúmina - globulina respecto a la no embarazo (47;114;115)..

Sistema Nervioso Periférico:

Los movimientos de las drogas y sus efectos clínicos en este sistema presentan alteraciones basadas en dos factores principalmente: hormonales y no hormonales. Existe una condición analgésica que aumenta durante la gestación; la progesterona ha sido, según estudios, la responsable de este fenómeno que tiene efecto sedativo y en grandes dosis induce pérdida de conciencia. Esta hormona aumenta 53 veces más su nivel plasmático comparado con la no gestante. El líquido cefalorraquídeo es 10 a 20 veces superior; esta elevación es menos acentuada durante el puerperio inmediato (47).

Entre otras sustancias asociadas a la modulación del dolor están las betaendorfinas, encefalinas y serotonina. Hasta ahora no está claro el mecanismo de las betaendorfinas, su elevación durante el embarazo no guarda relación con los niveles de progesterona, es potenciada por la placenta y el dolor durante el trabajo de parto. Los datos evidencian la presencia de una cantidad significativa de sustancias para descender el umbral al dolor y ajustar las dosis, tanto de analgésicos como anestésicos. Este último punto establece la otra gran causa de los cambios en la farmacodinamia durante el embarazo. Con relación a los inhalatorios, diferentes reportes coinciden en la disminución de aproximadamente 30% de las concentraciones a administrar principalmente en anestésicos (47).

Glándulas Mamarias:

La cantidad de droga excretada por la leche materna depende de dos grupos de factores, aquellos que regulan la concentración plasmática de droga y los que intervienen en la transferencia de fármaco desde el plasma hacia la leche. Sólo la fracción libre o no unida a proteína de la droga es capaz de difundir a través de las membranas, una vez que el fármaco o droga alcanza la leche, se unirá a proteínas como la lactoalbúmina, caseína y, parcialmente, a lactoferrina. La cantidad de proteínas, grasa y valores de ph en leche materna varían ampliamente en comparación con los del plasma, además de evidenciarse modificaciones entre el calostro y la llamada leche madura. Las diferencias en cuanto a concentración de proteínas entre las dos leches es de 23 g/l para el calostro y 9 g/l para la leche madura, mientras que la cantidad de grasa es 29 g/l y 42 g/l respectivamente. Otra variable es el ph, que puede ser de 6,6 para el calostro y 7,35 en leche madura (47).

Por consiguiente, las drogas con características físico-químicas como menor unión a proteínas, mayor liposolubilidad y estado no ionizado, mostrarán mayor facilidad en el paso de sangre hacia los conductos galactóforos.

La cantidad de fármacos que ingiere el recién nacido es, casi siempre, muy pequeña. La relación existente entre la concentración del fármaco en la leche materna y la del plasma materno se denomina índice de concentración farmacológica entre leche y plasma. El 60% de los fármacos muestran una relación leche-plasma menor a 1, 25% tiene una relación mayor a 1 y alrededor de 15% mayor a 2. Este número varía de acuerdo a causas como proporciones de los componentes de la leche; cantidad de droga consumida, entre otras. Para predecir el posible efecto clínico en el recién nacido debe tenerse en cuenta la cantidad de leche ingerida por el neonato. El riesgo de efectos adversos para ciertas drogas se incrementa con administraciones continuas de las drogas, neonatos prematuros, con enfermedades concomitantes o de bajo peso al nacer (47).

En algunos casos es indispensable mantener una terapéutica durante la gestación. Por ejemplo, los fármacos cardiovasculares. Muchos de estos fármacos atraviesan fácilmente la placenta y se encuentran en la leche materna. Los potenciales efectos sobre el neonato son independientes de los índices para ciertas drogas: así el Comité de Drogas de la Academia Americana de Pediatría, basándose en reportes y estudios clínicos, precisa sobre la compatibilidad o incompatibilidad de lactancia asociada a la terapéutica y de esa manera las drogas se clasifican en fármacos seguros en lactancia, con contraindicaciones relativas, contraindicaciones absolutas y potencialmente peligrosas (47).

Aplicando esta clasificación a algunas drogas de abuso se obtiene (47;113):

- Contraindicadas absolutamente en gestación y lactancia: cocaína.
- Potencialmente peligrosas: narcóticos en adictos en dosis terapéutica, alcohol, nicotina- cigarrillos, marihuana, anfetaminas, heroína, LSD.

2. Transferencia de drogas: placenta y feto

La placenta humana es una compleja estructura transitoria que muestra una serie de funciones y representa una importante variable a estudiar en la farmacología de la embarazada. La placenta es un órgano de forma discoide de 15 a 20 cm. de diámetro, 2 cm. de espesor y un peso de 500 grs. en promedio. Tiene dos caras: una materna y la otra fetal (47). La placenta inicia su morfogénesis a partir del sexto día de gestación creciendo de manera acelerada hasta el cuarto mes de gravidez y continuando hasta el final del embarazo. La unidad estructural son las vellosidades coriales que son proyecciones muy vascularizadas de tejido fetal rodeadas por el corion (47).

Al final de la gestación, la placenta es una organización muy vascular, con una circulación útero placentaria de aproximadamente 600 ml/min, que carece de mecanismos de autorregulación, donde los sistemas materno y fetal se ponen en contacto mediato. Es importante resaltar para comprender el traspaso de las sustancias o drogas, que existe un sistema de baja presión que maneja el flujo sanguíneo del espacio intervelloso en la frontera madre-feto, cuyo valor aproximado es de 10 mmHg y la presión materna es de 80 mmHg, lo que facilita el traspaso de las sustancias por esta gradiente de concentración (47).

Las funciones o actividades que cumple la placenta se pueden dividir en tres categorías: síntesis y metabolismo; barrera e intercambio de sustancias; y respiratoria.

3. Síntesis y metabolismo:

La placenta contiene sistemas enzimáticos que producen hormonas entre estas tenemos los estrógenos, progesterona, gonadotropina coriónica, lactógeno placentario, somatotropina coriónica humana. Algunas enzimas placentarias podrían reducir la exposición fetal a drogas por su papel oxidativo.

Una variedad de situaciones maternas y ambientales pueden conducir a la alteración de este grupo de enzimas y en consecuencia alterar el metabolismo. En embarazadas con abuso de drogas como tabaco, alcohol o cocaína entre otras, al ser sustancias tóxicas, servirían de estímulo para el funcionamiento de las enzimas que no debiesen estar en actividad normal. Otras situaciones como comida contaminada o aire contaminado alteran también la actividad enzimática (47).

4. Barrera e intercambio de sustancias (47).:

- **Factor materno:**

Uno de los componentes clave de este grupo es la dosis de droga administrada, ya que a mayor cantidad suministrada hay mayor exposición y acumulación de droga en el feto. La vía de administración influye de manera significativa en los niveles que alcanzará determinada droga en la sangre materna, originando mayor gradiente de concentración y favoreciendo la transferencia placentaria. Otra circunstancia básica es el tiempo de exposición al fármaco para un mismo inhalatorio o intravenoso a igual dosis incrementarían los niveles plasmáticos al otro lado de la barrera placentaria, por la prolongación del tiempo de mantenimiento del agente empleado.

El pH plasmático es otra condición que modifica la droga, influenciando la farmacocinética y farmacodinamia de la misma. La condición física de la embarazada, puede decirnos cuán rápido pueden realizarse los fenómenos de metabolismo y excreción de medicamentos, declinando los niveles plasmáticos cuando son estos óptimos, e indirectamente limitando el paso de sustancias hacia el feto.

Mediante el mecanismo de difusión simple muchos gases respiratorios y drogas cruzan la placenta. La distancia promedio para que una sustancia o droga difunda en la placenta es de aproximadamente 3.5 m y puede estar aumentada esta distancia en condiciones clínicas tales como: desprendimiento prematuro de placenta, patologías que provocan micro infartos placentarios tales como la preeclampsia, diabetes, infecciones intrauterinas, etc.

- **Factor placentario:**

El traspaso de las sustancias o drogas a través de la placenta puede ser por:

- Difusión simple: la transferencia es guiada por gradiente de concentración y diferencias de potenciales, no requiere de gasto de energía. La mayoría de las drogas y fármacos utilizados atraviesan por esta vía.
- Transporte facilitado: por esta vía traspasa el lactato, la glucosa y otros carbohidratos.
- Transporte activo: en contra del gradiente que requiere energía.
- Pinocitosis: transportan moléculas grandes como las inmunoglobulinas.

Es relevante el metabolismo de la placenta, que en algún momento puede limitar la exposición de drogas en el feto.

- **Factor Droga**

Las características físico-químicas de un fármaco o droga en particular es otro factor que permitirán la entrada o impermeabilidad de las sustancias a la placenta, esto depende de: el peso molecular, liposolubilidad, unión a proteínas, grado de ionización y configuración espacial.

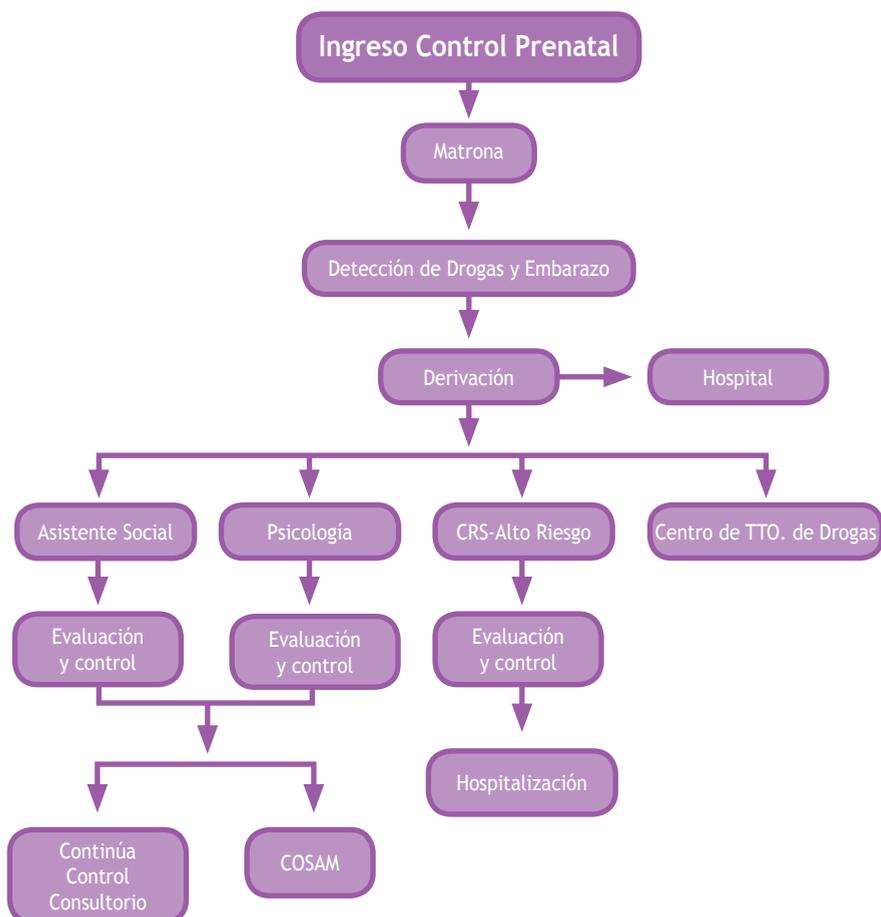
- **Factores fetales:**

La circulación fetal presenta unas condiciones especiales para las drogas provenientes de la madre. La vena umbilical transporta toda sustancia que atraviesa la placenta. Estas sustancias pasan primero por el hígado, una pequeña porción entra a la vena cava inferior. Tras el recorrido por el cuerpo las arterias umbilicales, originadas de la aorta abdominal fetal, retornan la sangre a la placenta. La fisiología fetal y sus variaciones, indican la farmacocinética y farmacodinamia de las diferentes sustancias y drogas en general.

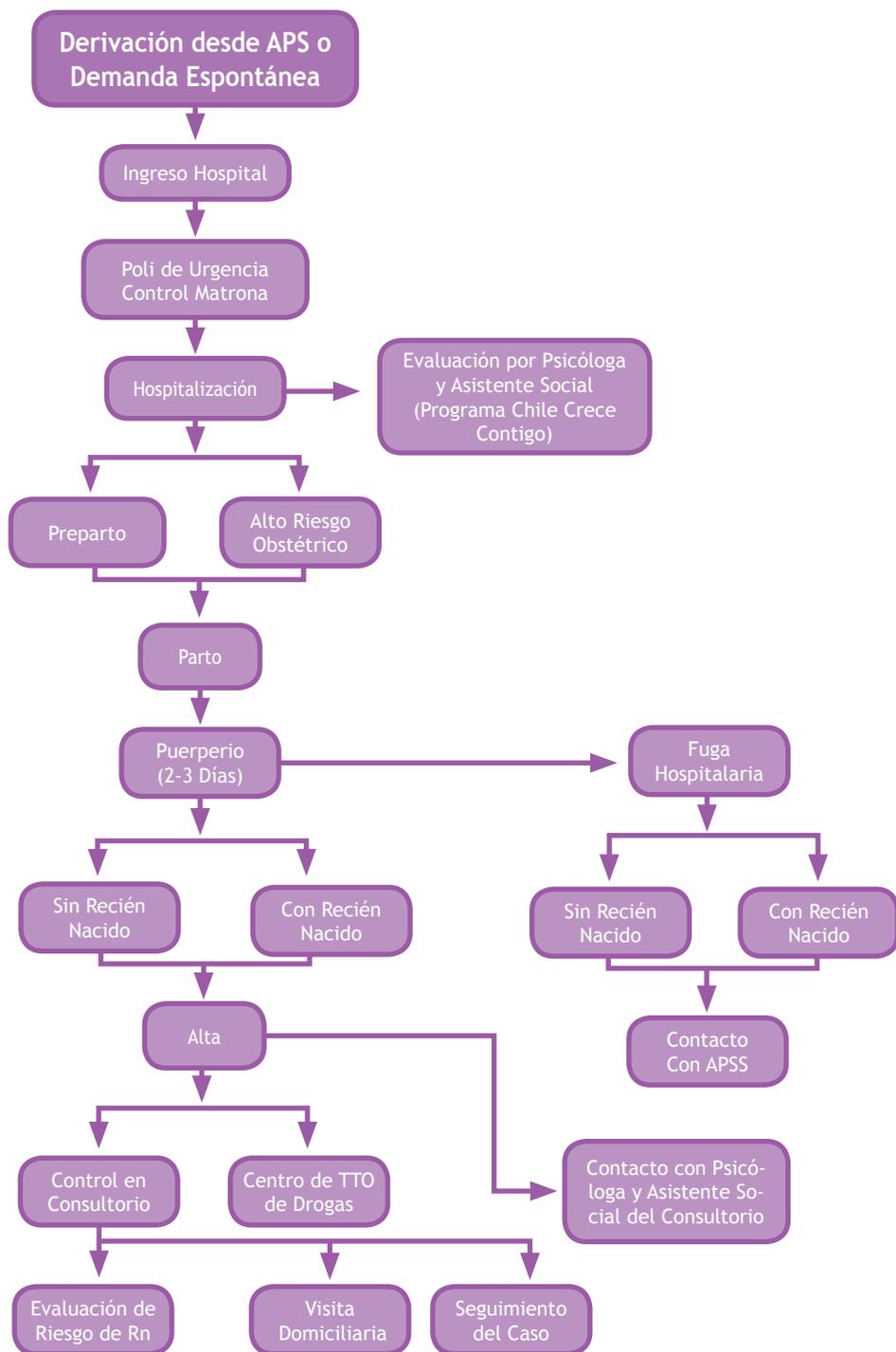
Los fetos presentan un alto volumen de agua corporal total, 94% del peso en el feto de 10 semanas de gestación y 75% del recién nacido a término, con una distribución del mismo en mayor porcentaje para el líquido extracelular, 53%, y para el líquido intracelular 47% (esto es muy diferente en comparación con el adulto). Estos cambios sumados a una baja masa muscular, un gran hígado, alto flujo sanguíneo cerebral, menor cantidad de proteínas y poco contenido de mielina, constituyen una combinación para potenciar los efectos de medicamentos exógenos sobre el sistema nervioso.

Las drogas son eliminadas del feto por tres mecanismos: metabolismo, excreción urinaria y difusión hacia la madre (retrógrada). Los sistemas enzimáticos (del hígado) en el feto maduro están presentes, pero son en su mayoría menos eficaces que el de los adultos, por lo tanto los posibles efectos de las drogas son impredecibles. La segunda forma de eliminación es renal, siendo los fármacos excretados al líquido amniótico, las fracciones puras o sus metabolitos, de ahí son ingeridas entrando nuevamente a circulación sistémica una vez absorbidas del tracto gastrointestinal. Este último mecanismo sería el responsable de la exposición crónica a medicamentos o sustancias que conllevarían a las dosis tóxicas o letales en el feto.

Anexo N° 2:
Flujograma de Atención Prenatal. Consultorios de Atención Primaria de Salud



Anexo N° 3:
Flujograma de Atención Hospital Luis Tisné.



Anexo N° 4:

Descripción de Casos de Embarazadas con Consumo de Drogas Ingresadas a una Maternidad de R.M.

A continuación se presentan 13 casos de embarazadas con consumo de drogas ingresadas a una maternidad de un hospital público de Santiago. Se describen algunos aspectos biopsicosociales observados a su ingreso por la matrona de turno y su evolución.

Caso 1: Mujer de 22 años, segundo parto normal, con antecedente de consumo de marihuana y cocaína. Ingresas con 38 semanas de embarazo, seis controles prenatales, se diagnostica síndrome hipertensivo y trabajo de parto inicial. Esta mujer es soltera, con pareja (19 años, cesante, antecedente de adicción a sustancias); cursó hasta 5° básico y es dueña de casa.

Ingreso: su aspecto físico es de normo-peso, con poco aseo durante su estadía en sala de puerperio y presentando signos de auto agresión (múltiples cortes en sus antebrazos). Recién nacido de término, irritable por las noches, con lactancia y relleno (lactancia artificial) en puerperio. Es evaluada por Psicóloga y Asistente social del programa Chile Crece Contigo.

Evolución: paciente presenta una convulsión inexplicable al segundo día tras parto, su recién nacido se hospitaliza por causa materna y su alta es dada al tercer día por insistencia de sus familiares (muy agresivos e intransigentes), a pesar de indicación del equipo médico de que paciente debía quedarse hospitalizada para estudiar causa de crisis convulsiva. Se le otorga alta (en contra de la recomendación médica) al tercer día. Se va, bajo su responsabilidad, con recién nacido, con indicación de control en su consultorio de atención primaria.

Caso 2: Mujer de 21 años, primer embarazo, antecedente de consumo marihuana y cocaína. Ingresas al hospital con 39 semanas de gestación (macrosomía fetal y cesárea electiva). Es soltera, cursó hasta 4° medio, sin ocupación en la actualidad. Tiene pareja (22 años, cesante, con antecedente de consumo de cocaína y marihuana).

Ingreso: se observa una persona enflaquecida, buen aspecto y aseada. Tiene seis controles prenatales. Refiere que deja de consumir drogas al mes de gestación.

Evolución: cursa puerperio con su recién nacido en sala con lactancia exclusiva. No es evaluada por asistente social. Alta al segundo día y se le indica control en consultorio de atención primaria.

Caso 3: Mujer de 19 años, segundo embarazo. Ingresa al hospital con 39 semanas de embarazo en trabajo de parto avanzado. Estudió hasta 3° medio; convive con su pareja de 18 años (sin antecedentes médicos).

Ingreso: normo- peso y buen aspecto físico. Antecedente de un aborto espontáneo (primer embarazo) y de consumo de marihuana y cocaína. Presenta siete controles de embarazo.

Evolución: evaluada por psicóloga del programa Chile Crece Contigo, a quien le refiere intento de suicidio con pastillas hace un año tras su aborto, por lo que se internó en el Hospital Sótero del Río y, luego, en la Clínica Las Condes por hepatitis secundaria a ingesta de medicamentos. Refiere que dejó el consumo de drogas desde el inicio del embarazo. En su puerperio permanece con recién nacido y lactancia exclusiva, alta al tercer día con indicación de control en consultorio de atención primaria.

Caso 4: Mujer de 18 años, segundo embarazo, sin control de embarazo, antecedente de consumo de tabaco y drogas. Cursó hasta 8° básico. Tiene una hija de cinco años de edad y convive con su pareja (19 años, antecedente de adicción a sustancias). Su padre falleció hace tres años.

Ingreso: ingresa a hospital con un embarazo de edad gestacional dudosa por lo que se hospitaliza en alto riesgo para estudiar con ecografía. De aspecto enflaquecida y poco aseada. Al ingreso se menciona observación de trastorno depresivo.

Evolución: evaluada por psicóloga y asistente social del programa Chile Crece Contigo, refiere que no deseaba el embarazo al inicio de la gestación, luego lo acepta y tiene nombre para el recién nacido. En puerperio, a las 24 horas tras el parto presenta un período de sudoración y “sofocos” (no requiere tratamiento específico). Se observa buen vínculo con recién nacido y permanece con lactancia exclusiva. Dada de alta al tercer día. Se le indica control en consultorio de atención primaria.

Caso 5: Mujer de 22 años. Tercer embarazo gemelar de 32 semanas; con antecedente de sífilis, consumo de sustancias (alcohol, marihuana y cocaína). Cursó hasta 1° medio, es soltera, su pareja tiene 42 años (sin antecedentes médicos).

Ingreso: ingresa al hospital con un trabajo de parto prematuro avanzado y de edad gestacional dudosa por presentar escasos controles prenatales. Paciente irritable, relación conflictiva con equipo de salud; su apariencia física es de normo-peso, aspecto muy demacrado, desaseada, con aliento “cetónico”. Embarazo no planificado.

Evolución: fue evaluada por asistente social. Refiere que su hija menor está al cuidado de una amiga. Permanece en puerperio en pieza sola (personal y pacientes temen probables robos de pertenencias por parte de ella). Sus recién nacidos quedan hospitalizados. En sala presenta síntomas de abstinencia (no se utiliza medicación específica). Paciente se fuga al segundo día del recinto hospitalario.

Caso 6: Mujer de 24 años, segundo embarazo, sospecha de infección VIH, portadora de streptococo beta hemolítico. Antecedente de adicción a sustancias. Ingresa con trabajo de parto de término 38 semanas avanzado. Presenta 3 controles prenatales. Cursó hasta 1° medio, sin ocupación, sin pareja.

Ingreso: aspecto muy enflaquecida, desaseada. Antecedente de hija de un año a cargo de su madre. Evolución: permanece en puerperio con su recién nacido, con lactancia suspendida por indicación de pediatra. Paciente se fuga con su recién nacido el fin de semana por lo que no fue evaluada por asistente social.

Caso 7: Mujer de 30 años, cuarto embarazo. Antecedente de consumo de sustancias (pasta base, cocaína y tabaco) durante toda la gestación. Ingresa con embarazo de 38 semanas con trabajo de parto avanzado y síndrome hipertensivo. Cursó hasta 4° básico, sin ocupación, convive con su pareja de 30 años (quien trabaja como “cartonero”, sano). Presenta 6 controles prenatales.

Ingreso: aspecto sobrepeso, bajo aseo personal, impresiona irritable, en consumo activo de drogas. Control tardío del embarazo.

Evolución: Su recién nacido es hospitalizado en cuidados básicos por causa materna con suspensión de lactancia, de bajo peso de nacimiento. Paciente es evaluada por asistente social y psicóloga. Realiza visita diaria a su recién nacido. Es dada alta a los 2 días tras el parto. Su recién nacido queda en observación y finalmente se lo lleva su madre a los cuatro días de vida.

Caso 8: Mujer de 19 años, primer embarazo. Antecedente de consumo de marihuana. Ingresa con embarazo de 33 semanas trabajo de parto prematuro y observación de infección connatal. Cursó hasta 2° medio, sin ocupación. Su pareja tiene 20 años, con antecedente de consumo de drogas, cesante. Presenta 5 controles prenatales.

Ingreso: aspecto enflaquecida, aseada, impresiona asustada e inquieta, irritable.

Evolución: Su recién nacido permanece en UTI por prematuridad (1.835 grs por 42 cms) y observación de infección. Es visitado por sus padres durante los tres días del puerperio y la madre se realiza extracción de leche en el lactario. Es evaluada por Asistente Social y Psicóloga. Es dada de alta sin recién nacido que evoluciona favorablemente y permanece en cuidados intermedios.

Caso 9: Mujer de 25 años, segundo embarazo. Antecedente de sífilis tratada y drogadicción (cocaína, pasta base) durante el inicio del embarazo. Ingresó con embarazo de 39 semanas, trabajo de parto inicial. Cursó hasta 4° medio, sin ocupación. Convive con su pareja de 33 años, sin antecedentes médicos. Presenta 10 controles prenatales.

Ingreso: aspecto obesidad mórbida, aseada, tranquila. En tratamiento por su adicción en el centro “COSAM Juan Pablo II”.

Evolución: permanece en puerperio durante los tres días con su recién nacido con lactancia exclusiva y buen apego. Es evaluada por Psicóloga. Ambos son dados de alta y derivados a consultorio.

Caso 10: Mujer de 22 años, segundo embarazo. Antecedente de consumo de drogas (pasta base, tabaco y marihuana). Presentó una fuga hospitalaria a las 25 semanas de gestación cuyo reposo se debía a amenaza de parto prematuro. Ingresó con embarazo de 35 semanas trabajo de parto prematuro inicial. Cursó hasta 6° básico. Convive hace 10 años con su pareja sana de 26 y un hijo de 8 años. Todos se dedican al comercio ambulante. Presenta 5 controles prenatales.

Ingreso: de aspecto muy enflaquecida, poco aseada, utiliza lenguaje soez, grita con frecuencia. Actitud agresiva con el personal de salud.

Evolución: al ingreso en sala de puerperio (tercer piso), se fuga al segundo piso dejando solo a su recién nacido pre-término en la cama, llorando. El personal se da cuenta de su ausencia y la busca hasta encontrarla y volverla a su habitación. Permanece todos los días dando vueltas por los pasillos del puerperio, inquieta, grita y demanda atención del equipo de salud por “dolor de los puntos” (herida operatoria). Es evaluada por Psicóloga y Asistente Social. Lactancia materna sin dificultades cuando se le estimula y ayuda, le tiene nombre a su hijo y refiere que “lo adora”; el pediatra da buena evaluación al recién nacido a pesar de su prematuridad. Es dado de alta con su madre a los tres días de vida con 2.400 grs y con lactancia exclusiva. La psicóloga de hospital se contacta con consultorio para seguimiento.

Caso 11: Mujer de 19 años, segundo embarazo. Antecedente de consumo de marihuana y tabaco hace 5 años. Ingresó con embarazo de 39 +3 semanas rotura prematura de membranas hace 20 horas y observación de infección ovular, trabajo de parto inicial. Cursó hasta 1° medio. Sin ocupación. Convive con su pareja de 28 años quien consume marihuana y está cesante en la actualidad. Presenta 5 controles prenatales.

Ingreso: aspecto indiferente, actitud despreocupada frente a síntomas (pérdida de líquido amniótico), bajo aseo personal, normo peso. Se le practica una cesárea de urgencia tras profilaxis antibiótica.

Evolución: permanece hospitalizada en sala de puerperio por tres días sin su recién nacido que está en cuidados básicos con tratamiento antibiótico por profilaxis. Se aprecia preocupación por su recién nacido y lo visita a diario, lactancia materna sin dificultades durante las visitas. Es evaluada por Psicóloga y Asistente Social a quienes les refiere que deja el consumo de drogas al inicio del embarazo. Se da alta con derivación a consultorio mientras su recién nacido permanece en cuidados básicos.

Caso 12: Mujer de 22 años, segundo embarazo. Depresión en tratamiento. Antecedente de consumo de marihuana y pasta base. Ingresó con embarazo de 38 semanas, Rh (-) y trabajo de parto inicial. Presenta 10 controles prenatales. Su pareja tiene 20 años y consume cocaína.

Ingreso: aspecto sobrepeso, con signos de autoagresión en sus antebrazos, introvertida, bajo aseo personal. Antecedente de un intento de suicidio el año pasado por depresión. Fue derivada a centro de salud mental "COSAM" desde Consultorio de Atención primaria, aunque nunca asistió.

Evolución: permanece tras el parto con su recién nacido con dificultades para su amantamiento, que requiere relleno por las noches. Refiere que no desea asistir a COSAM. Es evaluada por Psicóloga y Asistente Social, quienes se contactan con consultorio para seguimiento. Es dada de alta con su recién nacido a los dos días tras el parto.

Caso 13: Mujer de 24 años, tercer embarazo. Antecedente de consumo de drogas. Síndrome depresivo sin tratamiento. Ingresó con embarazo de 39 semanas trabajo de parto activo. Presenta 5 controles prenatales. Está sin su pareja, pues está privado de libertad (23 años, antecedente de violencia intrafamiliar y adicción a sustancias).

Ingreso: se aprecia muy enflaquecida, aparenta mayor edad (40 años), bajo aseo personal, temerosa, actitud sumisa. Refiere que en el consultorio de atención primaria la derivaron a programa de salud mental, pero nunca asistió para tratamiento.

Evolución: permanece en sala de puerperio con recién nacido, lactancia exclusiva y se observa buen vínculo, atiende a su hijo sin dificultades. Es evaluada por Psicóloga quien se comunica con su consultorio para seguimiento del caso. Es dada de alta con su recién nacido a los dos días tras el parto.

Anexo N° 5: Instrumento las 4 P's Plus

Traducción libre de Chasnoff IJ et al, 2007 (66)

Padres: ¿Alguno de sus padres ha tenido algún problema relacionado con alcohol o drogas?

Pareja: ¿Su pareja ha tenido algún problema relacionado con drogas o alcohol?

Pasado: ¿Ud. ha bebido alguna vez cerveza, vino o algún tipo de licor (destilado)?

Embarazo (Pregnancy):

- En el mes previo a que Ud. conociera que estaba embarazada ¿cuántos cigarrillos fumaba?
- En el mes previo a que Ud. conociera que estaba embarazada, ¿cuántas cervezas/ vino/ licor (destilado) Ud. bebía?

Instrumento Original:

Parents: Did either of you parents ever have a problem whit alcohol or drugs?

Parter: Does your partner hava a problem whit alcohol or drugs!?

Past: Have you ever drunk beer, wine, or liquor?

Pregnancy:

- In the month before you knew you were pregnant, how many cigarettes did you smoke?
- In the month before you knows you were pregnant, how many beers/how much wine/ how much liquor did you drink?

Published permission, NTI Publishing.

Anexo N° 6:

Ejemplo de Calendario de Timeline Follow Back

Nombre:

Fecha:

Considere un trago estandar(1):

- Una botella o lata individual de cerveza (333 cc.).
- Un vaso de vino (140 cc.).
- Un trago de licor (40 cc.) (pisco, ron, vodka, whisky) solo o combinado.

Complete la siguiente información

Día de Inicio: (Día/Mes/Año)

Día de Termino: (Día/Mes/Año)

Diciembre 2009

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
30	1	2	3	4	5	6
7	8 Feriado	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25 Feriado Navidad	26	27
28	29	30	31	1 Feriado Año Nuevo	2	3

Calendario de Timeline Follow Back (117)

Name/ID#:

Date:

1 Standard Drink is Equal to



One 12 oz can/bottle of beer



One 5 oz glass of regular (12%) wine



1 ½ oz of hard liquor (e.g. rum, vodka, whiskey)



1 mixed or straight drink with 1 ½ oz hard liquor

Complete the Following

Start Date (Day 1): MO / DY / YR

End Date (yesterday): MO / DY / YR

2010	SUN	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT
						1 New Year's	2
J A N	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18 M. Luther King	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
	31	1	2	3	4	5	6
F E B	7	8	9	10	11	12	13
	14 Valentine's Day	15	16 President's Day	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	1	2	3	4	5	6
M A R	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17 St. Patrick's Day	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31	1	2	3
A P R	4	5	6	7	8 Passover	9 Good Friday	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	1
M A Y	2	3	4	5	6	7	8
	9	10 Mother's Day	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25 Memorial Day	26	27	28	29
	30	31					

Anexo N° 7:

Uso de psicofármacos durante el embarazo

En relación al uso de psicofármacos durante el embarazo, se presentan datos de las categorías de la FDA para los principales medicamentos utilizados en personas con patologías de salud mental.

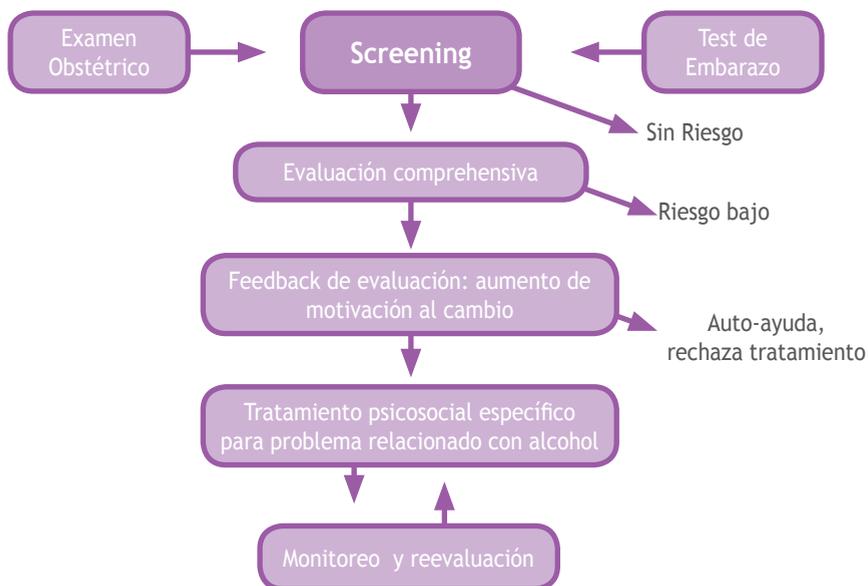
Tabla: Categorías definidas por “Food Drug Administration” (F.D.A.) para los medicamentos en los Estados Unidos (118):

Embarazo categoría A	Estudios bien controlados y adecuados han fallado en demostrar un riesgo al feto en el primer trimestre del embarazo (y no hay evidencia de riesgo en los siguientes trimestres)
Embarazo categoría B	Estudios de reproducción en animales han fallado en demostrar un riesgo en el feto y no existen estudios bien controlados y adecuados en mujeres embarazadas; estudios en animales han mostrado algún efecto adverso, pero estudios bien controlados y adecuados en mujeres embarazadas han fallado en demostrar un riesgo al feto en cualquier trimestre.
Embarazo categoría C	Estudios de reproducción en animales han mostrado un riesgo en el feto y no existen estudios bien controlados y adecuados en mujeres embarazadas, pero los potenciales beneficios podrían garantizar el uso de este medicamento en mujeres embarazadas a pesar de los potenciales riesgos.
Embarazo categoría D	Existe evidencia clara de riesgo fetal humano en información sobre efectos adversos de marketing (del producto) o desde la experiencia e investigación en humanos, pero los potenciales beneficios podrían garantizar el uso de este medicamento en mujeres embarazadas a pesar de los potenciales riesgos.
Embarazo categoría X	Estudios en animales o humano han demostrado anomalías fetales y/o existe evidencia clara de riesgo fetal humano basado en información sobre efectos adversos de marketing (del producto) o desde la experiencia e investigación en humanos. Los riesgos que involucra el uso del medicamento en mujeres embarazadas claramente sobrepasa los potenciales beneficios.

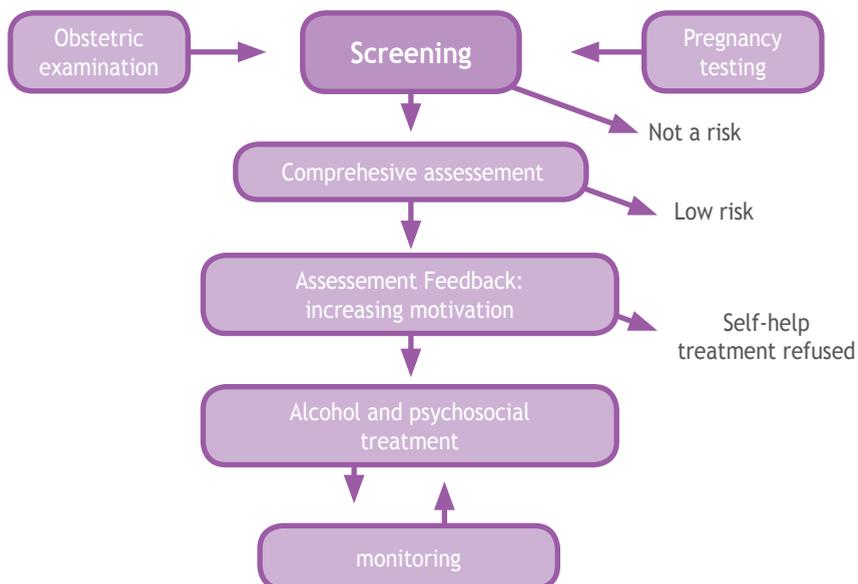
Categoría				
A	B	C	D	X
Hipnóticos	Zolpidem (liberación inmediata)	Zaleplón, Zolpidem (controlled release), Zopiclona, Eszopiclona, Hidrato de cloral		
Ansiolíticos	Buspirona	Nitrazepam	Lorazepam, Alprazolam, Diazepam, Oxazepam, Clordiazepóxido	Triazolam, Flurazepam, Estazolam, Temazepam, Quazepam
Beta-bloqueadores		Propranolol		
Antipsicóticos típicos		Haloperidol, Trifluoperazina, Clorpromazina, Flupentixol, Flufenazina, Pimozida, Zuclopentixol		
Antipsicóticos atípicos	Clozapina	Risperidona, Quetiapina, Olanzapina, Aripiprazol, Ziprasidona		
Antimaniacos y estabilizadores del ánimo		Lamotrigina	Litio, Valproato, Carbamazepina	
Antidepresivos tricíclicos		Amitriptilina, Clomipramina, Trimipramina, Dosulepin	Imipramina, Nortriptilina	
Inhibidores de la Monoaminoxidasa		Isocarboxazida, Fenzina, Tranilcipromina, Moclobemida		
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina		Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina	Paroxetina	
Otros antidepresivos	Bupropión	Duloxetina, Nefazodona, Trazodona, Venlafaxina, Mirtazapina		

Anexo N° 8:
Stepped Care Model

Modelo de Cuidado de Pasos (propuesta de traducción)



Modelo original Stepped Care Model (85):



Referencia

- (1) Santis R, Garmendia ML, Acuña G, Alvarado ME, Arteaga O. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 2009 Aug; 103(3): 155-8.
- (2) Mena M. Exposición prenatal al alcohol: Síndrome Alcohólico Fetal. 12-5-2000. Presentación en PowerPoint del 12 de mayo de 2000.
Ref Type: Slide.
- (3) Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. New York: Publicación de las Naciones Unidas; 2005.
- (4) Lecannelier F. Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga. 2005. 6-7-2005.
Ref Type: Slide.
- (5) Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. 1a. ed. Departamento de Ciclo Vital, Subsecretaría de Salud Pública; 2008.
- (6) CONACE. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento para población específica de mujeres. Santiago: 2007.
- (7) Araojo R, McCune S, Feibus K. Substance abuse in pregnant women: making improved detection a good clinical outcome. *Clinical Pharmacology and Therapeutic* 2008 Apr; 83(4): 520-2.
- (8) Romero M, Gómez C. La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana* 1997; 11(4): 207-16.
- (9) Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry* 2006 Aug; 163(8): 1362-70.
- (10) Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry* 2004 Apr; 184: 299-305.
- (11) CONACE. Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile. Santiago: Gobierno de Chile; 2006.

- (12) National Institute on Drug Abuse. El embarazo y las tendencias de uso de drogas. El abuso de sustancias entre las mujeres de los Estados Unidos. Encuesta nacional sobre el embarazo y la salud. 1997.
- (13) Echeverría J. Drogas en el Embarazo y Morbilidad Neonatal. *Anales de Pediatría* 2003; 58(6): 519-22.
- (14) Magri R, Hutson J, Miguez H, Suarez H, Menendez A, Parodi V, et al. Advances in the determination of alcohol and other drug consumption during pregnancy: A study of 900 births in Montevideo, Uruguay. *Contemporary Drug Problems* 2007; 34(3): 445-76.
- (15) Arancibia L. Prevalencia en el consumo de drogas antes y durante la gestación. Tesis para optar al Título de Enfermera Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.
- (16) Salas M. Prevalencia del consumo de drogas durante el embarazo y resultados perinatales Tesis para optar al Título de Enfermera Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2005.
- (17) Aros S, Mills J, Torres C, Henríquez C, Fuentes A, Capurro T, et al. Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (> or = 48 g) of alcohol per day. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(2): 183-97.
- (18) Chile Crece Contigo. Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006 - 2010. Santiago: Chile Crece Contigo; 2010.
- (19) Ministerio de Salud. Factores de Riesgo Psicosocial detectados por la Evaluación Psicosocial Abreviada. 2-9-2009.
Ref Type: Internet Communication.
- (20) Correa E, Jadresic E. *Psicopatología de la Mujer*. 2a Edición ed. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2005.
- (21) CONACE. Orientaciones Técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. 2004.
- (22) Araneda M. Drogadicción y embarazo. 17-8-2009.
Ref Type: Slide.
- (23) Bate E. The Health and social needs of women who use illicit drugs. *Journal of Community Nursing* 2005; 19(4): 20-5.
- (24) Hatters Friedman S, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009; 38: 174-81.

- (25) Maternidad Hospital Sótero del Río. Asistencia hospitalaria en situación de drogadicción o conductas adictivas en pacientes embarazadas o puérperas. 2009.
- (26) Jos P, Perlmutter M, Marshall M. Substance abuse during pregnancy: clinical and public health approaches. *Journal of Law Medicine & Ethics* 2003; 31(3): 340-50.
- (27) Fazzolari J. Cambios biológicos durante el embarazo, parto y postparto. 4-11-2009.
Ref Type: Slide.
- (28) Poupin L. El encuentro prenatal. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2009.
- (29) Meaney M. Maternal care, gene expression and the transmission of individual in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience* 32001 Oct; 24(1): 1161-92.
- (30) Meaney M. More cuddles less stress. *Bulletin of the Centre of Excellence for Early Childhood Development* 4[2], 2. 2005.
Ref Type: Magazine Article.
- (31) Elgueta C. P. Una intervención de apoyo psicológico temprano desde el enfoque experiencial en madres primigestas. Universidad de Chile; 1996.
- (32) Raphael-Leff J. Psychotherapy with pregnant women. In: Blum B, editor. *Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. New York: Human Press Inc; 1980. p. 174-207.
- (33) Bibring GL. Some consideration of psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the child* 1959; 14: 113-21.
- (34) Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior* 1991 Feb; 20(1): 35-45.
- (35) Yonkers K, Little B. *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. London, UK: Arnold, Odre Headline Group; 2001.
- (36) Caplan G. *Concepts of mental health and consultation*. Washington D.C.: 1959.
- (37) Offerman-Zuckerberg J. *Gender in transition: a new frontier*. New York: Plenum Medical Book Co.; 1989.
- (38) Brockington I. Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales. *Perinatología y Reproducción Humana* 2008; (22): 132-44.

- (39) Rojas J. Características psicosociales y de salud de gestantes que desean o no su embarazo. *Revista Comportamiento* 2005; 7(2).
- (40) Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata; 1979.
- (41) Martínez C, Santelices M. Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhe* 2005; 14(1): 183.
- (42) Farkas C, Santelices M, Aracena M, Pinedo J. Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhe* 2008; 17(1): 65-80.
- (43) Fonagy P, Leigh T, Steele M, Kennedy R, Mattoon G, Target M, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; (64): 22-31.
- (44) Nair P, Balck M, Schuler M, Keane V, Snow L, Rigney B, et al. Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. *Child Abuse and Neglect* 1997 Nov; 21(11): 1039-51.
- (45) Savage C, Wray J, Ritchey PN, Sommers M, Dyehouse J, Fulmer M. Current screening instruments related to alcohol consumption in pregnancy and a proposed alternative method. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2003 Jul; 32(4): 437-46.
- (46) Corrales R. Fármacos durante el embarazo. In: Tapia JL, Ventura-Junca P, editors. *Manual de Neonatología*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 1992.
- (47) Tejada P, Cohen A, Font I, Bermúdez C, Schuitemaker J. Modificaciones fisiológicas del embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2007 Dec; (4): 1-34.
- (48) Martínez F. Prevención familiar del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos* 2001; 3(4): 263-79.
- (49) Pérez JA. Tabaco, alcohol y embarazo en atención primaria. *Medicina integral* 2000; 36(9): 343-54.
- (50) Zunzunegui J, Pérez A, De Diego M. Tabaco, alcohol, café y embarazo. *FMC (Formación Médica Continua)* 1995; 2: 141-6.
- (51) Poupin L. Comentarios a Informe "Orientaciones técnicas para la detección, motivación al cambio y tratamiento de mujeres embarazadas con consumo de drogas". 2009.
Ref Type: Personal Communication.

- (52) Guerri C, Bazinet A, Riley EP. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. *Alcohol Alcohol* 2009 Mar 1; 44(2): 108-14.
- (53) De la Cruz M, Michelena F, García H. Adicciones ocultas: Una aproximación al consumo diferencias de psicofármacos. Islas Canarias, España: Editorial Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas; 2001.
- (54) Guerri C, Bazinet A, Riley EP. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. *Alcohol Alcohol* 2009 Mar 1; 44(2): 108-14.
- (55) Guerri C, Bazinet A, Riley EP. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. *Alcohol Alcohol* 2009 Mar 1; 44(2): 108-14.
- (56) El MH, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, et al. Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 Oct 23.
- (57) El MH, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, et al. Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 Oct 23.
- (58) Lueptow LB, Garovich L, Lueptow MB. The persistence of gender stereotypes in the face of changing sex roles: evidence contrary to the sociocultural model. *Ethology and Sociobiology* 1995 Nov; 16: 509-30.
- (59) <http://www.who.int/en/>. 2009.
Ref Type: Internet Communication.
- (60) Sarkar M, Burnett M, Carriere S, Cox LV, Dell CA, Gammon H, et al. Screening and recording of alcohol use among women of child-bearing age and pregnant women. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 2009; 16(1): 242-63.
- (61) Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). 2002.
- (62) Koren G, Hutson J, Gareri J. Novel methods for the detection of drug and alcohol exposure during pregnancy: implications for maternal and child health. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2008 Apr; 83(4): 631-4.
- (63) Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2002 Feb; 26(2): 272-9.
- (64) Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *Journal of Studies on Alcohol* 2005 Mar; 66(2): 165-73.

- (65) Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health* 1996 Oct 1; 86(10): 1435-9.
- (66) Chasnoff IJ, Wells AM, McGourty RF, Bailey LK. Validation of the 4P's Plus screen for substance use in pregnancy validation of the 4P's Plus. *Journal of Perinatology* 2007 Dec; 27(12): 744-8.
- (67) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition ed. Washington: 2000.
- (68) Lester BM, Twomey JE. Treatment of substance abuse during pregnancy. *Women's Health* 2008 Jan 1; 4(1): 67-77.
- (69) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de LF, Jr., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993 Jun; 88(6): 791-804.
- (70) Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 Oct 12; 252(14): 1905-7.
- (71) Herran OF, Ardila MF. [Internal validity and reliability of the CAGE test in Bucaramanga, Colombia]. *Biomédica* 2005 Jun; 25(2): 231-41.
- (72) Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetric & Gynecology* 1989 Apr; 160(4): 863-8.
- (73) Westermeyer J, Yargic I, Thuras P. Michigan assessment-screening test for alcohol and drugs (MAST/AD): evaluation in a clinical sample. *American Journal of Addictions* 2004 Mar; 13(2): 151-62.
- (74) Connor JP, Grier M, Feeney GF, Young RM. The validity of the Brief Michigan Alcohol Screening Test (bMAST) as a problem drinking severity measure. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007 Sep; 68(5): 771-9.
- (75) Newcombe DA, Humeniuk RE, Ali R. Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and Alcohol Review* 2005; 24(3): 217-26.
- (76) Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction* 2008 Jun; 103(6): 1039-47.

- (77) Holmwood C, Marriott M, Humeniuk R. Substance use patterns in newly admitted male and female South Australian prisoners using the WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). *Int J Prison Health* 2008 Dec; 4(4): 198-207.
- (78) Sobell LC, Maisto SA, Sobell MB, Cooper AM. Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behav Res Ther* 1979; 17(2): 157-60.
- (79) Sobell LC, Brown J, Leo GI, Sobell MB. The reliability of the Alcohol Timeline Followback when administered by telephone and by computer. *Drug Alcohol Depend* 1996 Sep; 42(1): 49-54.
- (80) Ehrman RN, Robbins SJ. Reliability and validity of 6-month timeline reports of cocaine and heroin use in a methadone population. *J Consult Clin Psychol* 1994 Aug; 62(4): 843-50.
- (81) Svikis DS, Silverman K, Haug NA, Stitzer M, Keyser-Marcus L. Behavioral Strategies to Improve Treatment Participation and Retention by Pregnant Drug-Dependent Women. *Substance Use & Misuse* 2007; 42(10): 1527-35.
- (82) Taillac C, Goler N, Amstring MA, Haley K, Osejo V. Early Start: An Integrated Model of Substance Abuse Intervention for Pregnant Women. *The Permanente Journal* 2007; 11(3): 5-11.
- (83) Toner P, Hardy E, Mistral W. A specialized maternity drug service: Examples of good practice. *Drugs: education, prevention and policy* 2008;15(1):93-105.
- (84) Day E, Porter L, Clarke A, Allen D, Moselhy H, Copello A. Drug misuse in pregnancy: the impact of a specialist treatment service. *Psychiatr Bull* 2003 Mar 1; 27(3): 99-101.
- (85) Handmaker NS, Wilbourne P. Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Res Health* 2001; 25(3): 219.
- (86) Gossop M MJSD. Change in substance use, health and clinical behaviour during the five years after intake. The National Treatment Outcome Research Study. NTORS. National Addiction Centre. London.; 2001.
- (87) Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD006037.
- (88) Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009 Mar; 37(2): 129-40.

- (89) Jones HE, Svikis DS, Tran G. Patient compliance and maternal/infant outcomes in pregnant drug-using women. *Subst Use Misuse* 2002 Sep; 37(11): 1411-22.
- (90) Kern JK, West EY, Grannemann BD, Greer TL, Snell LM, Cline LL, et al. Reductions in stress and depressive symptoms in mothers of substance-exposed infants, participating in a psychosocial program. *Matern Child Health J* 2004 Sep; 8(3): 127-36.
- (91) Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol* 2000 Aug; 68(4): 573-9.
- (92) Breslin FC, Sobell MB, Sobell LC, Cunningham JA, Sdao-Jarvie K, Borsoi D. Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse* 1998 Sep; 10(3): 217-32.
- (93) Bolados L, Santander D. Programa de Apoyo a Madres con Consumo Problemático de Drogas o en Proceso de Rehabilitación. 2009.
- (94) Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007 Jul 7; 335(7609): 37-41.
- (95) Dempsey D, Jacob P, III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *J Pharmacol Exp Ther* 2002 May; 301(2): 594-8.
- (96) Goransson M, Magnusson A, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(6): 657-62.
- (97) Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006 May; 41(3): 328-35.
- (98) Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 1999 Mar; 60(2): 285-7.
- (99) McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 2004 Jan; 99(1): 39-52.
- (100) Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993 Mar; 88(3): 315-35.
- (101) Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999 Dec; 67(6): 989-94.

- (102) Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction* 2008 Mar; 103(3): 368-76.
- (103) Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999 Oct; 230(4): 473-80.
- (104) Smith AJ, Hodgson RJ, Bridgeman K, Shepherd JP. A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction* 2003 Jan; 98(1): 43-52.
- (105) Longabaugh R. Comments on Dunn et al.'s "The use of brief interventions adapted from motivational interviews across behavioral domains: a systematic review". Why is motivational interviewing effective? *Addiction* 2001 Dec; 96(12): 1773-4.
- (106) D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002 Jun; 9(6): 627-38.
- (107) D'Onofrio G, Pantaloni MV, Degutis LC, Fiellin DA, Busch SH, Chawarski MC, et al. Brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2008 Jun; 51(6): 742-50.
- (108) Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B, et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2004 Oct 9; 364(9442): 1334-9.
- (109) Daeppen JB, Gaume J, Bady P, Yersin B, Calmes JM, Givel JC, et al. Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction* 2007 Aug; 102(8): 1224-33.
- (110) Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. [References]. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1(1): -111.
- (111) Instituto de Adicción. *Mujer y Adicción*. Madrid: 2005.
- (112) Sánchez L. *Plan de Atención de Salud de la Mujer de Galicia: Documento Marco*. España: Krissola Diseño; 2000.
- (113) Martic A, Rojas H, Aedo S, Porcile A. *Clase de Ginecología y Obstetricia*. 2007. 2007.
Ref Type: Slide.

- (114) Oyarzún E. Alto Riesgo Obstétrico. 1a. ed. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1997.
- (115) Arias F. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo. 2a. ed. Galicia: Editorial Mosby/Doyna Libros; 1995.
- (116) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Timeline Followback. 2009. Ref Type: Internet Communication.
- (117) Sobell LC, Sobell MB. TIMELINE FOLLOWBACK CALENDAR: 2009. 2009. Nova Southeastern University. Ref Type: Generic.
- (118) Menon SJ. Psychotropic medication during pregnancy and lactation. Arch Gynecol Obstet 2008 Jan; 277(1): 1-13.

