



POSGRADOS

Maestría en **PSICOLOGÍA**

RPC-SE-04-No.022-2018

Opción de
titulación:

INFORME DE INVESTIGACION

TEMA:

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 15 A 19
AÑOS CONSUMIDORAS DE DROGAS

AUTOR:

LUIS ALBERTO SIGUENCIA CHAVEZ

DIRECTOR:

PHD. DR. VÍCTOR JOSÉ VILLANUEVA BLASCO

Guayaquil - Ecuador
2021

<p>Autor/a:</p> 	<p>Luis Alberto Sigüencia Chávez Psicólogo Clínico Candidato a Magíster en Psicología, con mención en intervención psicosocial y comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Guayaquil. luispsicsigüencia@hotmail.es lsigüencia1@est.ups.edu.ec</p>
<p>Dirigido por:</p> 	<p>Víctor José Villanueva Blasco Director del Máster Universitario en Prevención en Drogodependencias y otras Conductas Adictivas en Universidad Internacional de Valencia - VIU Doctor en Psicología Clínica. Doctor PH.D. Universidad de Santiago de Compostela Tutor de Tesis de Magister en Psicología, con mención en intervención psicosocial y comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Guayaquil vjvillanueva@universidadviu.com</p>

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

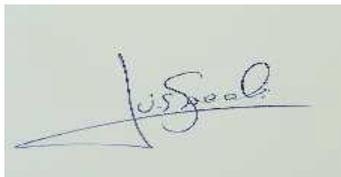
DERECHOS RESERVADOS

©2021 Universidad Politécnica Salesiana.
 CUENCA – ECUADOR – SUDAMÉRICA
 SIGÜENCIA CHAVEZ LUIS ALBERTO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 15 A 19 AÑOS CONSUMIDORAS DE DROGAS

Certificado de responsabilidad y autoría del trabajo de titulación

Yo, Luis Alberto Sigüencia Chávez, declaro que soy el único autor de este trabajo de titulación titulado “*Detección de Factores de Riesgos en Adolescentes Embarazadas de 15 a 19 años Consumidoras de Drogas*”. Los conceptos aquí desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad del autor.



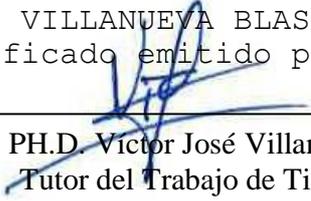
Psic. Clín. Luis Alberto Sigüencia Chávez
CI: 0917587388

Certificado de dirección del trabajo de titulación

Quien suscribe, en calidad de Tutor del trabajo de titulación titulado “Detección de Factores de Riesgos en Adolescentes Embarazadas de 15 a 19 años Consumidoras de Drogas”, desarrollado por el estudiante Luis Alberto Sigüencia Chávez previo a la obtención del Título de Magister en Psicología mención en Intervención Psicosocial y Comunitaria, por medio de la presente certifico que el documento cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente de la Universidad Politécnica Salesiana para el desarrollo de trabajos de titulación de posgrado. En virtud de lo anterior, autorizo su presentación y aceptación como una obra auténtica y de alto valor académico.

Dado en la Ciudad de Guayaquil, a los 23 días del mes de Julio de 2021.

Firmado por VICTOR JOSE VILLANUEVA BLASCO - NIF:73259341V el día 23/07/2021 con un certificado emitido por ACCVCA-120



Dr. PH.D. Víctor José Villanueva Blasco
Tutor del Trabajo de Titulación

Dedicatoria y agradecimiento

Con mucho agradecimiento a Dios por no desampararme en ningún momento, siendo mi guía, mi fortaleza, mi fiel compañía.

A mis padres, por estar a mi lado todo el tiempo, ser ese impulso para cada día ser mejor, para superar cada barrera que se pudiera presentar en el camino. Gracias de todo corazón por creer en mí.

A Martin, mi sobrino que fue una fuente de inspiración para poder luchar y lograr este objetivo planteado en mi vida. Mi adoración más grande.

A todos quienes hacen la población de Monte Sinaí, es un gusto para mí poder sumarles cada día para que a través de mi profesión muchas familias sean diferentes y lleguen a niveles de óptima convivencia.

Al personal médico y administrativo del Centro de Salud de Monte Sinaí, por el compromiso y aporte en los elementos necesarios que implicaban la elaboración de este trabajo Tesis.

A mí estimado Doctor Jorge Merchán por ser uno de mis principales mentores, ser un pilar que me impulso a decidir por este hermoso sueño y anhelo profesional que hoy estamos a las puertas de cristalizar

A mi tutor, Dr. Ph. D. Víctor Villanueva, un lujo de tutor, muchas gracias por todo su aporte a través de su amplio bagaje de conocimientos y experiencias para que la tesis sea un éxito.

Vinimos a esta vida con una misión, a dejar huellas, a trascender y es nuestro deber estar preparados para afrontar cada desafío que la misma nos presente.

V. RESUMEN

Uno de los aspectos que hace difícil la atención a pacientes gestantes adolescentes –que tienen una adicción a drogas– es la diversidad de causas que las han conducido al consumo. La adherencia al tratamiento es diferente a una persona que está en la calle con otra que aún posee su trabajo y sus relaciones más cercanas. Por obvias razones, el tratamiento, las formas de atención y el objetivo terapéutico son distintos.

Ante este panorama, se han propuesto diferentes materiales para atender los requerimientos particulares y entender las circunstancias de recursos humanos y sociales de la institución que atiende esta Comunidad. Sin embargo, a pesar del tratamiento individual de los servicios de atención primaria, obstetricia y psicología, los rangos de rehabilitación funcional y atención sanitaria convergen en un grupo de materiales y actuaciones. A partir de allí se exhiben los diferentes rangos de atención y se explican los materiales que ofrecen una respuesta a los requerimientos de tratamiento. Claro está, se debe ser consciente de que la realidad y las condiciones de esta afectan a los pacientes.

Cabe aclarar que, hoy en día, existen tres rangos de atención sanitaria y de rehabilitación funcional. Entre esta se encuentra el tratamiento ambulatorio o residencial. En cuanto a los recursos, hay unos que no se incorporan dentro de la red de servicios asistenciales, pero sí participan en la atención primaria como es el caso de la atención social para el tratamiento.

ABSTRACT

One of the factors that makes the care of pregnant adolescent patients with drug addiction complex is the variety of daily life situations to which it has led to drug use. It is not possible to establish adherence to treatment in the same way with a homeless patient as with another who still maintains her job, her home and her family relationships. Both their entry into the care system, as well as the treatment and the therapeutic objective will be different in the two cases.

For this reason, different resources have been proposed to cover the different needs of the patients, depending on the human and social resource constraints of the institution that serves this Community. However, despite the individual treatment of primary care, obstetrics and psychology services, the levels of health care and functional rehabilitation have a series of actions and resources in common. From there, the different levels of care are exposed and the resources that respond to the treatment needs are described, understanding that the realization in reality will vary from one patient to another.

There are three levels of health care and functional rehabilitation such as outpatient treatment or residential treatment. In addition, there are other resources that are not part of the network of assistance services of the network for addictions but that intervene in a coordinated way in treatment such as primary care, social care.

INDICE DE FIGURAS

	pág.
Figura 1 <i>Causas y Consecuencias del Consumo de Drogas</i>	21
Figura 2 <i>Porcentajes de embarazadas consumidoras y no consumidoras</i>	41
Figura 3 <i>Sustancias de Consumo</i>	42
Figura 4 <i>Edades de las Gestantes objeto a Estudio</i>	44
Figura 5 <i>Situación Académica de las Gestantes</i>	46

INDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1 <i>Operacionalización de Variables</i>	39
Tabla 2 <i>Indicadores de Factores de Riesgo y Protección en cuanto a las variables para el Consumo de Drogas</i>	40
Tabla 3 <i>Consumidoras y No Consumidoras</i>	41
Tabla 4 <i>Consumo y Características Bio Psico Sociales</i>	43
Tabla 5 <i>Porcentajes Totales de las Gestantes a Estudio según la Edad</i>	44
Tabla 6 <i>Situación Académica Según la Edad</i>	46
Tabla 7 <i>Factores de Riesgo de Consumidoras y No Consumidoras</i>	47
Tabla 8 <i>Factores Externos o Socioculturales</i>	49

INDICE

	pág.
VII. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	12
a) Problema	12
b) Justificación, Importancia e Impacto	14
c) Delimitación	14
VIII. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
IX. MARCO TEORICO	17
Antecedentes de la Investigación	17
Embarazos durante la Edad Adolescente	17
Conductas de Riesgo En la Adolescencia	17
Consumo de droga durante el embarazo Adolescente	19
Causas Y consecuencias Del Consumo de Droga	22
Fundamentos Teóricos	22
Opio y Derivados	24
Efectos Durante El Embarazo	24
Efectos sobre el Feto y el Recién Nacido	25
Cocaína	27
Complicaciones Sistémicas Psiquiátricas	28
Complicaciones Sistémicas Rbdomiólisis	28
Efectos Durante el Embarazo	28
Efectos Sobre la Placenta Y el Líquido Amniótico	29
Riesgos Fetales	29

Anfetaminas y Drogas de Diseño	30
Efectos Durante el Embarazo	32
Cannabis	32
Alcohol	33
Alucinógenos	34
Sedantes e Inhalantes	36
X. METODOLOGIA	39
Tipo de Diseño de Investigación	39
Sistema de Operalización de Variables	39
Población y Muestra	40
Instrumentos Utilizados	41
XI. ANALISIS DE RESULTADOS	42
Consumidoras y no Consumidoras	42
Sustancias de Consumo	43
Edades y Características Bio-Psico-Sociales	44
Edades de las Adolescentes Objeto a Estudio	45
Entorno Familiar de las Gestantes Consumidoras	46
Situación Académica de las Adolescentes embarazadas	47
Factores de Riesgo	48
XII. DISCUSION DE RESULTADOS	51
Propuestas de Actuación	55
ANEXOS	57

Anexo 1	57
Anexo 2	59
REFERENCIAS	60

VII. IDENTIFICACION DE PROBLEMA

a) Problema

El aumento del consumo a edades tempranas en la población mencionada no exime a las adolescentes que ya tienen vida sexual activa y que tienen lógicamente edad biológica reproductiva. Una gran cantidad de pacientes consume drogas durante la etapa de gestión, lo cual ocasiona problemas de salud para la madre y el recién nacido. De esta acción se desprenden repercusiones clínicas, sociales y psicológicas para ellos.

Existen pocos estudios en Ecuador sobre consumo de drogas en adolescentes, sin embargo ninguno se dedica a investigar factores de riesgo o protectores en embarazadas de esta misma población, permitiendo ser un referente nacional de investigación en esta temática, partiendo de esto, se obtiene una utilidad práctica, novedosa y de una significativa utilidad para la población, profesionales y el estado Ecuatoriano para decidir sobre políticas públicas de atención en dependencia estupefaciente a embarazadas adolescentes.

El sector de Monte Sinaí, es un área geográfica extensa y socialmente vulnerable, el estado socioeconómico de la población en general es bajo, al igual que su nivel educativo, por lo tanto, según Becoña et al. (2011) existen factores de riesgo asociados al consumo de drogas, mientras que los factores de protección son atributos individuales, condición, ambiente o contexto que reducen la probabilidad de consumo de drogas en los adolescentes.

Los adolescentes merecen una atención priorizada dentro de los establecimientos públicos y privados, por lo cual se establecen lineamientos y programas como el Centro Especializado de Tratamiento de Alcohol y Drogas (CETAD) por el Ministerio de Salud del Ecuador, o el modelo de atención residencial para el consumo de alcohol y drogas en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015) dedicados a reconocer la importancia de la atención oportuna en los adolescentes, sumado a esto el embarazo y el consumo de drogas, lo convierte en una población vulnerable y de atención prioritaria.

La situación de dependencia a las drogas de las adolescentes embarazadas contribuye de forma directa a diferentes fenómenos sociales que derivan en alteraciones psicosociales que están definidas por Cabildo (2016) como:

“...una alteración en la estructura dinámica de la colectividad que impide la existencia de un ambiente adecuado y que forma a su vez la tendencia destructiva, como el robo, el homicidio, la miseria y la desintegración familiar, siendo la familia definida con amplitud como la célula de una sociedad funcional”.

El estudio de la adicción a las drogas durante la gestación es de gran importancia ya que gran parte de estas sustancias atraviesan la barrera placentaria e influyen de forma directa en la madre y el feto. Esto es producto de la teratogenicidad, complicaciones o por crear síndrome de abstinencia a ambos (Murillo Mero, J. G., & Poma López, A. O., 2019).

Echeverría (2003) menciona que existen múltiples complicaciones en el feto derivadas del consumo materno y de la abstinencia al nacer. Se podría afirmar que, conforme pasa el tiempo, siguen naciendo niños que están bajo el efecto de drogas que fueron digeridas por sus madres durante el embarazo. Como resultado de ese consumo, se producen anomalías morfológicas y déficit funcionales cognitivos -afectivos implícitos de estas conductas que sin ser tratados oportunamente derivan en afectación temperamental del niño que se inclina por conductas disociales y, a su vez, al consumo de sustancias, creándose así un peligroso círculo conductual de consumo y dependencia.

Las consecuencias en la salud fetal por el consumo de sustancias por la madre dependen de varios factores (Orueta, 2003): el tiempo de gestación, el tipo de droga y la cantidad de sustancias consumidas. Incluso, también se tiene en cuenta la cronicidad y las distintas combinaciones. Las consecuencias podrían ser las siguientes: malformaciones congénitas; nacimientos prematuros; demora en el crecimiento físico durante las últimas etapas de la gestión; síndrome de abstinencia; infecciones vía transmisión sexual; muerte instantánea o ser abortado.

Ahora bien, esta investigación arroja resultados sugestivos a una modificación a la forma en la cual venimos abordando esta problemática que no se puede contener de forma médica sin un acompañamiento psicológico. Queda establecido en la investigación los factores de riesgo y consecuencias que la acción del consumo de drogas por las adolescentes embarazadas causa, y esto lleva a la pregunta: **¿Está correctamente orientado el abordaje y seguimiento psicológico a las adolescentes embarazadas consumidoras de drogas en el centro de salud de Monte Sinaí?**

b) Justificación, Importancia e Impacto

Ecuador es el primer país en Latinoamérica con alta tasa de embarazo adolescente afirmó el director de UNFPA para América Latina y el Caribe, Esteban Caballero (2018): “Esto representa un riesgo a la salud de la madre y el recién nacido porque “el cuerpo de la mujer no está preparado biológica ni emocionalmente hasta los 25 años, por lo que puede presentar diabetes gestacional y preeclampsia. En el caso del bebé, puede nacer de forma prematura y con una malformación congénita”.

Partiendo de la descripción anterior, “es importante establecer programas que vayan reduciendo el consumo de drogas y sobre todo conociendo los aspectos de riesgos y de protección que prevalecen en las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, del sector de Monte Sinaí”. Una vez detectados, se debe de establecer procesos de screening y detección precoz, así como orientar en el diseño de políticas y programas que atiendan a esta población en base a las necesidades detectadas.

En el país existen planes y programas de atención para este tipo de patologías, pero los mismos están afectados por diversos factores como la falta de personal y de recurso económico por ejemplo, misma situación que interrumpe la línea de abordaje, complicándolo y anulándolo en algunos casos, sumado a esto en su mayoría no toman los asuntos de riesgo y protección en su diseño por desconocimiento o por conveniencia lo que deriva en un resultado precario y que crea debilidades en el paciente pues no cubre las necesidades de atención.

Durante la observación y argumentación de esta investigación se desvelará el objetivo apremiante del seguimiento a los abordajes de las adolescentes con la problemática del consumo de drogas, pues no solo resulta esto en el alto riesgo de la salud materno fetal, sino además en otros factores de salud y sociales al no interrumpir de forma adecuada y controlada el círculo de la adicción materna.

c) Delimitación.

La investigación está delimitada en una zona específica, el sector de Monte Sinaí el cual está conformado por 38 cooperativas, situado al noroeste de Guayaquil que corresponden a 133.306 habitantes según el censo 2010, esta cantidad de habitantes se divide a su vez en una cantidad

promedio de 26.600 hogares integrados por 5 a 6 personas, lo que denota además hacinamiento; además el ingreso del 92% de la población del sector es precario o por debajo de un sueldo base, el 54% solo cuenta con educación básica, el 54 % de los hogares trabaja un miembro de familia, y el 48% las viviendas eran de material rudimentario

Cabe destacar además la precariedad de los servicios básicos como el agua potable y aguas servidas o drenajes, el sistema de educación formal en el sector es mencionado por las autoridades del ministerio de educación, como escuelas rurales ya que el 78% de los colegios ubicados en el sector son de difícil acceso y sin una vía terrestre establecida y con estructuras prefabricadas a la espera de su acondicionamiento.

Este sector popular está a una hora aproximadamente del centro de Guayaquil, se dio inicio su asentamiento a mediados de la década de los 90's con una serie de invasiones sistemáticas de terrenos ganaderos y agrícolas, que luego tomaron fuerza por lo económico de los terrenos y la necesidad de una vivienda de los invasores, dándose así el desarrollo desordenado de estos asentamientos a los que las autoridades solo le dio soluciones a problemas puntuales establecidos luego de los asentamientos clandestinos pero sin una planeación efectiva del desarrollo habitacional por lo que siempre hay un déficit de servicio y atención.

VIII. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVO GENERAL

Detectar factores de riesgo y protección en adolescentes embarazadas consumidoras de drogas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar funcionalidad familiar de las pacientes consumidoras de drogas y no consumidoras.
2. Determinar las características sociales de las pacientes consumidoras de drogas y no consumidoras.
3. Describir los factores protectores para el consumo de drogas en embarazadas de 15 a 19 años.

IX. MARCO TEORICO

Antecedentes

Embarazo durante la adolescencia

La adolescencia, comprendida como “un periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva psicológicamente pasa de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”; lapso crítico del crecimiento. Hay autores que delimitan esta fase de una manera no precisa, pero para la OMS refiere que es una etapa que comprende un rango etario de 10 a 19 años (Peláez, 1999).

Ahora bien, las embarazadas adolescentes tienen varios factores que las rodean. Por un lado, se están convirtiendo en mujeres adultas y, mientras llegan a ese punto final, transitan por la crisis de la adolescencia y sus múltiples cambios (biológicos, sociales y psicológicos). Como si fuera poco, también se le suma una crisis del embarazo que surge por la responsabilidad que implica llevar una vida dentro de sí. Enfrentarse a una madurez a la cual aún no están preparadas (González, 2006).

Según Pérez y Fernández (2015) el bajo nivel socioeconómico y educativo son factores de riesgo de embarazos en adolescentes, así como también la transmisión de enfermedades sexuales y el consumo de drogas o todas inclusive, la zona de residencia es un claro indicador de las conductas de riesgo para adolescentes.

Entre los aspectos que impactan en el embarazo adolescente podemos mencionar los siguientes: edad precoz; interés por la independencia; ausencia de información; falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos; sentimientos de soledad, baja autoestima; consumo temprano de alcohol, tabaco y otras drogas.

La conducta de riesgo en la adolescencia

Hay una amplia literatura acerca de las conductas riesgosas de la adolescencia (Díaz, 2012; Reguengo, 2008; Rojo, 2009), en tanto que se entiende que es una fase evolutiva donde los sujetos toman decisiones independientes a los progenitores o tutores y desarrollan conductas que no tenían en la niñez. Algunos de ellos considerados de riesgo, puesto que pueden traer consigo efectos negativos en su bienestar.

Factor de riesgo Becoña et al. (2011) es una particularidad individual en el que también está presente la circunstancia situacional y/o el ambiente, lo cual aumenta la probabilidad de que se exceda en las drogas (inicio) o se desarrolle un rango alto de implicación (mantenimiento). El comportamiento de riesgo se define como aquel que puede provocar cierto riesgo o daño para la joven.

Factor de protección Becoña et al. (2011) lo describe como una particularidad individual o del contexto que impacta en el uso y exceso de drogas.

Entendemos por factor de riesgo una particularidad individual o del contexto que aumenta el uso o exceso de drogas. (Clayton, 1992).

Los supuestos básicos que contribuyen a la caracterización de los factores de riesgo y su vínculo con el abuso de droga son:

1. Un factor puede provocar diversos y múltiples resultados.
2. Diversos factores (riesgo o protección) pueden impactar en un resultado.
3. El uso y exceso de drogas puede traer consigo efectos fundamentales en los factores.
4. El vínculo entre dichos factores y las transiciones para el uso de drogas pueden verse influidos por la edad y condición.

Según Clayton (1992), hay ciertos principios de carácter general que se deben tener presentes para hacer alusión a los factores de riesgo:

1. Pueden estar existentes, o no, en un caso particular. Si hay este factor, existe una mayor probabilidad para que abuse de sustancias.
2. Que existe un factor de riesgo no implica que se llegue al límite del abuso de drogas. Incluso, la carencia de aspecto no alude a que no se vaya a dar ese exceso.
3. Los factores de riesgo se vinculan de forma estrecha con la probabilidad del exceso de drogas. Sin embargo, este aditivo puede desarrollarse según la naturaleza y el tipo de factor hallado.
4. Tanto los factores de riesgo como los de protección poseen diversas dimensiones que se pueden medir. Incluso, pueden influir de manera independiente y de forma global en el abuso de sustancias.

Cabe aclarar que las intervenciones directas son factibles en algunos factores de riesgos que logran ser detectados. Incluso, puede generar la disminución en la probabilidad en el exceso de sustancias. No obstante, la intervención directa en los factores de riesgo no es factible, puesto que el fin radica en atenuar su impacto y, de esta manera, lograr la reducción al máximo de la

existencia de probables que conduzcan a ese consumo.

Meneses (2014), afirma que la diferencia entre conductas y situaciones de exposición que aluden a riesgos activos y pasivos. Así pues, para el primer caso, los sujetos son actores activos en la gestión de riesgos, por ejemplo, pelearse con sus iguales, mientras que en el segundo caso los sujetos son actores pasivos y son impactados por un evento no buscado por ejemplo un accidente en moto.

De igual manera, factores conectados con las relaciones interpersonales (familia, colegio, pares) pueden ayudar a la propensión de riesgos en esa etapa juvenil. Es tal su importancia que varios autores han investigado la relación de los factores individuales con los de riesgo.

Consumo de drogas durante el embarazo en adolescentes

El consumo de drogas como factor de riesgo, menciona el “Informe Anual del Observatorio Argentino de drogas” (2017) en que la edad promedio de consumo de drogas entre los 14 y los 18 años y que el consumo femenino se inicia aún más temprano. Este informe además sostiene que el tipo de sustancia más usada por las adolescentes embarazadas son la cocaína y el alcohol, causando esto efectos específicos según la sustancia y el tiempo de gestación que van desde el crecimiento fetal, malformaciones congénitas, siendo estrechamente ligado a la maduración del sistema nervioso y el crecimiento del feto dentro del útero. Ávila (2017) “en muchos casos existe el consumo de drogas y no hay daño genético ni defecto congénito, pero es como jugar a la ruleta rusa”. La especialista señaló que es necesaria la concientización sobre los efectos que puede causar el consumo de drogas durante la gestación. No solo existe un riesgo de daño al feto, además la adolescencia por si es una situación de riesgo para la adolescente pues no cuenta con la madurez física y psicológica para afrontar esta situación sin apoyo.

Un estudio realizado por una coalición de organizaciones como Care, Child Fund, Observatorio social de Ecuador, Encalada, Plan Internacional, Unicef y World Visión, que denominó Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador (2019) afirma que “el incremento de consumo de drogas en adolescentes es la consecuencia de una serie de problemas que tienen que ver, entre otros, con el incremento de la oferta, su comercialización y la propia normativa despreocupada del estado”.

Según datos del Gobierno del Ecuador (Informe zonal 8 Pascuales, 2018), el consumo de drogas sumo 55.759 consultas solo el año 2018 de pacientes de entre 5 y 17 años. El 86% de las

atenciones se concentró en pacientes de entre 14 y 17 años con un mayor impacto de la zona 8 a la que refiere geográficamente Guayaquil, Duran y Samborondon. Las drogas y el embarazo son dos problemáticas que acorralan a los adolescentes y esta problemática va ligada al entorno familiar y de la comunidad donde esta naturalizada la violencia de varios tipos que permite el consumo temprano y el desinterés por solucionar la problemática.

Por otra parte la disfuncionalidad del entorno de estas adolescentes están directamente ligadas al inicio del consumo y posterior adicción, las familias disfuncionales son un fuerte factor de riesgo pues es en esa desorganización funcional donde rompen con la principal tarea de la familia como tal, la de socializar de manera eficaz y efectiva, esta característica predispone a comportamientos y estilos de vida desadaptativos, ya que de hecho dificultan la labor de los padres en la educación de los hijos, entorpece y sabotea la labor de la escuela como transmisor de conocimiento y permiten además que con la ausencia de control la asociación poco apropiada de los adolescentes con factores de alto riesgo al consumo y de valores antisociales.

En la actualidad existen diversos estudios Ferret y Vilchez (2005) sobre la prevalencia del uso de drogas durante el periodo gestacional, sin embargo, los programas de atención no son diseñados ajustados con las necesidades reales de solución al problema y que aumenta paralelamente el mismo, además de acortarse la edad de inicio del consumo, y la poca valoración del auxilio psicológico y su importancia, ya que está definida la dependencia a las drogas como un trastorno conductual.

Si bien el estado de gestión ha sido investigado desde el punto de vista biopsicosocial desde hace varios años atrás, es notorio la escasa planificación para prevenir y afrontar la situación en torno al segmento etario que corresponde a menores de 15 años. En nuestro país ha crecido el fenómeno de los embarazos pediátricos, de entre 10 a 12 años por ejemplo o embarazos de la adolescencia temprana o primera adolescencia INEC (2014).

Según Cando (2017): “quienes conviven con un solo padre es el 7% más de probabilidad de iniciar el consumo, mientras que los que viven sin sus dos progenitores tienen un 76% de mayor probabilidad en comparación de los que si viven con sus padres; existen otros determinantes de riesgos sociales, como el fácil acceso, antecedentes familiares de consumo, trastornos mentales, alcoholismo, violencia, madre adolescente, escolaridad pobre, deserción escolar” (NIDA, 2014).

Es conocido que psicológicamente hablando la adolescencia es una fase difícil y compleja del crecimiento y que es en esta etapa que se desarrollan las características personales y además la etapa en la que también se es propenso a la aparición de ciertos trastornos psicológicos y problemas psicosociales.

Gaette (2015) afirma que la fase de adolescencia inicial (10 y 14 años) mantiene particularidades específicas en cuanto a la estructuración cognitiva y afectiva; es una parte esencial para el desarrollo de una adultez normal. La forma en que se desarrolla nuestra estructura cognoscitiva durante este periodo seremos capaces de afrontar situaciones durante adultez, pues es allí donde desarrollamos herramientas psicológicas y sociales para enfrentarlas. En la parte cognitiva está el razonamiento, el pensamiento lógico abstracto. Estos se caracterizan por integrar de una forma certera los problemas a través de una relación hipotética deductiva; también tiene que ver la planeación del futuro, lo cual permite prever posibles consecuencias de un suceso concreto.

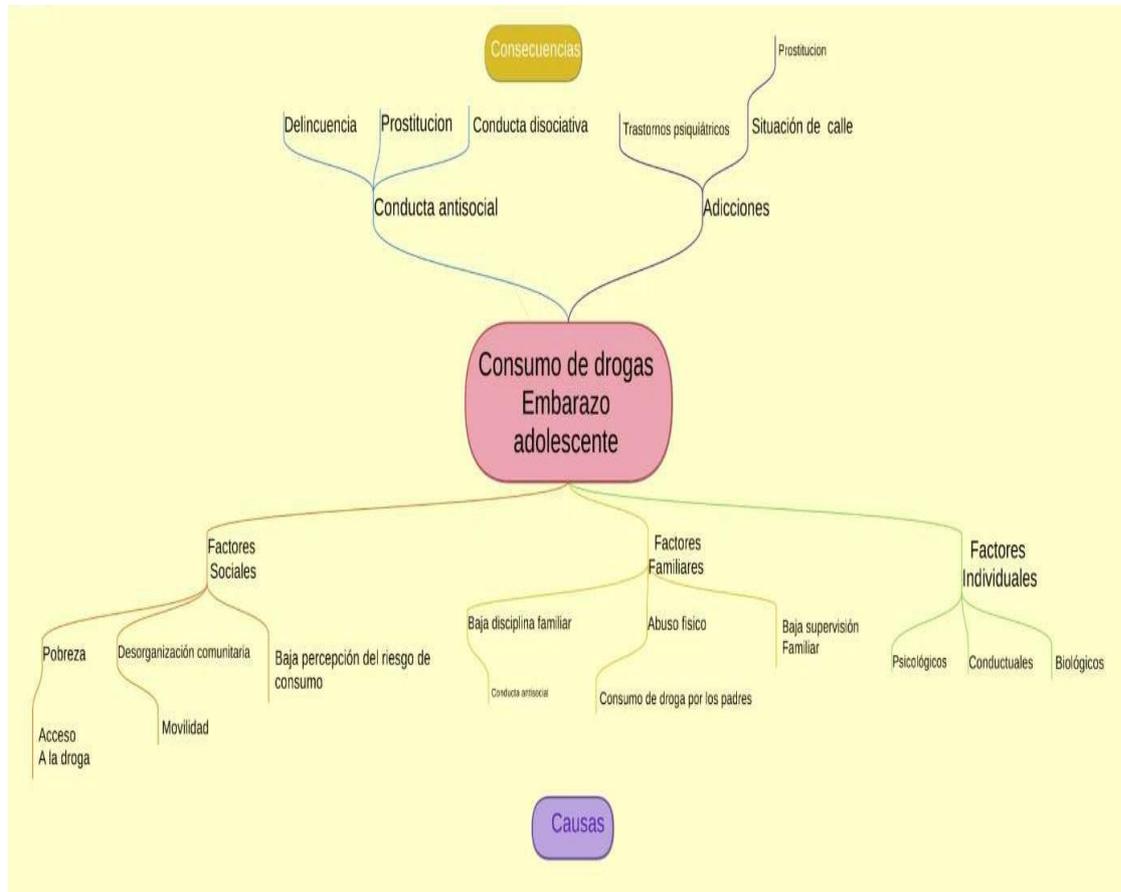
Vigotsky y Ausubel (2015) afirmaron que tanto la socialización como la instrucción poseen un rol esencial en el pensamiento. Podría deducirse que los adolescentes de 15 años o menores que, sobre todo, viven en condiciones socioeconómicas bajas y un nivel inferior de instrucción, aún no han desarrollado este tipo de planificación futura para reordenar su vida; esto podría incluir sus experiencias y observar las posibles consecuencias de su accionar.

Desde el punto de vista social la adolescente madre debe hacerse cargo de una multiplicidad de roles, para los cuales no está psicológicamente madura, pues a esa edad sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, sumemos además la adicción a todo esto. En este ámbito se considera relevante además las características de su familia, el apoyo social, el nivel intelectual, la autoestima, y la presencia de algún síntoma de patología depresiva.

Es desde el enfoque de atención psicológica y el seguimiento de esta que vemos mermado o anulado el esfuerzo de los profesionales que ejercen en este tipo de intervenciones con el fin de brindar herramientas efectivas y adecuadas a esta problemática, pues estando definido el problema si la solución está mal diseñada o esta propensa a ser interrumpida no llegara a ser útil.

Figura 1

Causas y Consecuencias del Consumo de Drogas



Fundamentos Teóricos

Para Molina (1999), las drogas y fármacos son un grupo de sustancias psicoactivas que pueden ser naturales o de síntesis. Usualmente, son consumidas de forma exagerada o como terapia médica.

Bayes (2000), explicó que cierta cantidad de la población consume drogas con adictógeno. Algunos individuos logran consumirlas de manera moderada o esporádica, sin embargo, otras no lo logran y caen en el abuso, lo cual los convierte en consumidores compulsivos o drogodependientes.

Llegado a este punto, se hace fundamental hacer la distinción entre abuso de drogas y dependencia de drogas. En primer lugar, en el manual DSM-5, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana describió el abuso de drogas como un modelo de consumo de sustancias que no alcanza a cumplir con los parámetros de dependencia. Según dicha definición, se presentan consecuencias relevantes que se vinculan con el consumo repetido de las sustancias. En contraste, Bayes (2000) afirmó que “el abuso de drogas se usa como juicio de valor para hacer menciona la ingesta de sustancias en una forma excesiva que se desvía de las normales sociales o culturales. Un caso ilustrativo radica en que la intoxicación etílica moderada no tiene el mismo nivel de rechazo en la cultura occidental que en la musulmana”. No obstante, se hace oportuno señalar que la existencia de abuso de drogas no trae consigo que se haya instaurado un comportamiento de dependencia.

En este sentido, la dependencia de droga es considerada un trastorno conductual que es resultado y producto de los efectos biológicos causados por la droga. Sin embargo, estos impactos biológicos aislados no son suficientes para que se produzca una dependencia, puesto que en su instauración participan las particularidades individuales y el contexto. El atributo más sobresaliente de la dependencia es la sensación subjetiva de seguir consumiendo de manera periódica y/o continuada.

En general, entre las principales sustancias adictivas están el alcohol y el tabaco; en seguida le siguen el consumo ilegal de fármacos hipnosedantes y, posterior a esto, las sustancias ilícitas (hace, cocaína y drogas de diseño).

No hay duda, de acuerdo con los informes e investigaciones, que la drogadicción es un gran problema para el ser humano. Incluso, puede ser entendida como una pandemia. Por esta razón no sorprende cuando aparecen gestantes drogadictas. En palabras de Molina (2000), durante mucho tiempo primaba la idea de que el exceso de drogas producía esterilidad, pero se ha observado que, aunque no produce este fenómeno, sí causa a largo plazo problemas en la fisiología femenina y alteración en el potencial reproductivo. “Hoy en día, se sabe que la mitad de las féminas que consumen drogas está en la edad de procrear (15-44 años)” (Molina, 2000, p. 21).

- **Opio y derivados**

En primera instancia, en los opiáceos se incorporan los productos naturales que se derivan del opio (codeína, morfina). Incluso, también se incluyen productos sintéticos (propixifeno, metadona, meperidina, pentazocina, etc.) y semisintéticas como es el caso de la heroína. Se crean en laboratorios con el objetivo de “sintetizar analgésicos no adictivos” que sean mucho más eficaces. Se caracterizan por establecer una unión con los receptores opioides en el sistema nervioso.

Según estudio realizado en el 2014 por la Secretaría de Drogas de Ecuador, Dentro de este renglón nos conseguimos el tipo de droga opioide denominado “Hache” que está compuesta básicamente por “heroína caféina y diltazem esta ultima una sustancia utilizada para tratar los problemas de tensión arterial apunto que además de la heroína que equivale de un 40 a un 80% de concentración del opioide base, también se le suman estas dos sustancias que la hacen altamente adictiva además de tener un costo muy bajo por dosis según su concentración, oscilando este desde los 0,25 a USD 3” .

El consumo de este narcótico es muy popular en los jóvenes de Ecuador, desatando esto una epidemia de adicción por su consumo, dicha epidemia constituye no solo un problema de salud física, sino además psicológica y la raíz de un fenómeno social que se conoce como los “*hacheros*”.

Efectos Durante el Embarazo

No es un secreto afirmar que la mayoría de las féminas no atienden y no cuidan su salud. Inclusive, no es usual que consulten al médico durante la etapa de gestión, lo cual ocasiona que aparezcan problemas médicos y obstétricos.

En cuanto a las complejidades relacionadas con la adicción a la heroína, cabe citar a Sanz y Fayos (2007) que describen una serie de consecuencias: incremento de abortos; desprendimiento prematuro o abrupto de la placenta; “amnionitis; preeclampsia y eclampsia; diabetes gestacional; rotura prematura de membranas; insuficiencia placentaria; retraso del crecimiento fetal intrauterino y parto prematuro”.

En cuanto al síndrome de abstinencia, este muy rara vez es considerado fatal para la gestante. Suele presentarse los siguientes síntomas: midriasis, dolores abdominales, agitación, piloerección, calambres uterinos, irritabilidad muscular y mialgias. Según Molina y Bayes (2000), se presenta una actividad muscular con un gran nivel de consumo de oxígeno. Esto produce en el feto el surgimiento de un cuadro de hipoxia que se complejiza si converge con el parto. También es regular que tenga deficiencia en vitaminas, anemia ferropénica y por ácido fólico.

Las más graves complicaciones del consumo de opioides se observan por la vía parenteral, puesto que puede presentarse sobredosis opioide, problemas en el pulmón (edema agudo) e infecciones producto de la inyección (hepatitis, abscesos, sepsis, endocarditis y sida). Esta última enfermedad ha provocado una gran mortalidad por los usos parenterales. En España existe una prevalencia alta de seropositividad con respecto al VIH en heroinómanos. El abuso de heroína ocasiona la alteración de funciones cognitivas, biológicas y problemas psiquiátricos como la depresión.

Efectos Sobre el Feto y el Recién Nacido

Según Ramírez, Gallo y Lacoste (2003), los efectos más recurrentes para el feto y el recién nacido por debido al consumo de opiáceos son:

- Bajo peso en el nacimiento, lo cual se produce por un retardo en el crecimiento intrauterino.
- Aspiración de meconio. Esto es producto de la hipoxia y sufrimiento fetal durante el nacimiento.
- “Síndrome de abstinencia a opiáceos del recién nacido”. Para los adultos no es mortal, sin embargo, el feto sí es más susceptible a morir y se debe a los siguientes factores: dosis altas por parte de la madre y duración de la adicción. Cuando más grave sea la drogadicción en tiempo y cantidad y, a su vez, exista un rango menor entre el intervalo de la última dosis y el parto, es posible que aparezca este síndrome.

Entre los síntomas están: digestivos (diarrea y vómito); respiratorios (taquipnea); neurológicos (convulsiones, crisis de apnea, mioclonías, masticatorias, irritabilidad, temblores, voracidad, hipertonia, hiperactividad); cutáneos (lesiones por roce) y fiebre, congestión nasal, bostezos, estornudos e insomnio.

Viñolas y Mur (2000) sostienen que los síntomas deben aparecer durante los primeros días (24-48 horas) y, por ende, se necesitan periodos de tratamientos. Para detectar dicho síndrome, es fundamental tener en cuenta esos síntomas y evaluar algunos de estos sucesos:

- Madres que no tengan a su disposición atención prenatal.
 - Gestantes que quieren irse luego del parto.
 - Madres que tengan en su cuerpo señales de adicción: pinchazos, úlceras cutáneas, etc.
 - Madres que quieren de forma recurrente medicamentos o analgésicos.
- Alteración y modificación de sistemas enzimáticos fetales. El consumo de heroína aumenta la maduración pulmonar y reduce el pH fetal. Incluso, puede reducir el desarrollo prematuro de ciertos sistemas enzimáticos del feto. En este grupo se incluye el glucuronil transferasa y enfermedades respiratorias. Sin embargo, aún no se sabe con certeza cuál es el efecto inhibitorio de esta sustancia que provoca que se aclaren los fluidos en el pulmón. O cuál es el impacto directo sobre el surfactante pulmonar. Sobresalen ahí la “bronconeumonía y enfermedad de la membrana hialina”.
 - Morbilidad neonatal. Existe un peligro de sufrir enfermedades infecciosas como es el caso de la hepatitis B.

Ramírez, Galo y Lacoste (2003) mencionaron otros efectos: falta de madurez fetal; parto pretérmino; hemorragia intracraneal; muerte súbita infantil; trastornos bioquímicos; enfermedades relacionadas con la membrana hialina y sepsis.

Actuación. Entre las actuaciones más extendidas para el abordaje del consumo de heroína encontramos la terapia sustitutiva con metadona. Sin embargo, hay un punto que se debe dejar claro: no se recomienda empezar la desintoxicación durante esta etapa. Hay suficiente evidencia que deja claro que se presenta el parto prematuro y muerte fetal intrauterina por el síndrome de abstinencia materno.

Para este caso, se recomienda la terapia sustitutiva con metadona en consonancia con información precisa. Las féminas deben conocer el riesgo de consumo de otros opiáceos durante la terapia. El fin del mantenimiento con metadona consiste en la estabilización del paciente drogodependiente, en el cual se pretende el no surgimiento del síndrome de abstinencia a opiáceos. A grandes rasgos, esto genera diversas ventajas para la gestante:

- A. Disminuye el abuso de opiáceos ilegales y de otras sustancias.
- B. Ayuda a la fémina drogodependiente para, de esta manera, lograr salir del ambiente en el que se rodea.
- C. Prevé “fluctuaciones en las concentraciones de droga maternos”.
- D. Ayuda al mejoramiento de la nutrición y se produce un aumento en el peso del feto.
- E. Incentiva la participación de la paciente en programas prenatales y a mantener su rehabilitación.
- F. Hay un aumento de las capacidades para estar listar ante el nacimiento del bebé.
- G. Reduce las complicaciones obstétricas.

- **Cocaína**

En términos conceptuales internacionales, la cocaína también es identificada como coca es un alcaloide. En otros términos, un estimulante usado como como sustancia recreativa. Cabe mencionar que las maneras más utilizadas son la “inhalación, insuflación o inyección” por vena “de clorhidrato de cocaína, pasta básica de cocaína y crack”. Entre los efectos mentales más recurrentes están: pérdida de relación con la realidad; agresividad; manía persecutoria; intensa felicidad y agitación psicomotriz. En cuanto a los síntomas físicos están: alta frecuencia cardiaca, dilatación pupilas, sudoración y altas dosis que incrementan la tensión arterial alta y la temperatura física. Cabe aclarar que los impactos inician unos segundos luego de su consumo y, en promedio, tardan en desaparecer entre 5 y 90 minutos. Aunque es ilegal, mantiene ciertos usos médicos como la utilización de anestésico tópico y antihemorrágico en cirugías nasales.

La cocaína restringe la recepción “presináptica de adrenalina y dopamina”, lo cual produce un aumento de transmisión sobre los receptores postsinápticos. A grandes rasgos, esto impulsa una activación de tipo simpática, lo que genera la “vasoconstricción, hipertensión arterial, midriasis, hipertermia y predisposición a las arritmias y las convulsiones”.

De igual manera, no hay que olvidar que es un potente estimulante central, lo cual produce sensación de euforia y bienestar. Igualmente, hay rasgos de locuacidad, excitación y cree, de sobremanera, en sus capacidades por la acción de la cocaína en los sistemas dopaminérgicos. Sin embargo, esto se revierte cuando se aumenta la dosis, lo cual trae consigo muerte o incapacidad respiratoria. Algunas complicaciones son:

Psiquiátricas

Las principales son: ansiedad, hipertermia, agitación, psicosis paranoide descrita en el uso crónico, alucinaciones e ideas de suicidio. Hasta el 73% de los consumidores de cocaína presentan al menos una o más alteraciones de la personalidad.

Rabdomiólisis

Cada vez es más frecuente y por cualquier vía de consumo, pero fundamentalmente intravenosa y fumada. La rabdomiólisis puede acompañarse de mioglobinuria y desembocar en una insuficiencia renal aguda. También se puede asociar a una coagulación intravascular diseminada.

Efectos Durante el embarazo

Los efectos de exceso crónico de cocaína se expresan en comportamientos alterados, depresión, paranoide, infartos, convulsiones y muerte.

A grandes rasgos, el síndrome de abstinencia es psíquico. Se caracteriza por disforia, temblor, irritabilidad que incentivan al consumo. Los impactos sobre el miometrio se dan por el incremento de la contractilidad del miometrio que ayuda a predisponer el parto prematuro. De ahí que hayan existido casos de rotura uterina. Aquí también se tiene en cuenta la “vasoconstricción de los vasos miometriales”.

Efectos sobre la placenta y el líquido amniótico

Para Gallo y Abehsera (1999), las proteínas placentarias, las cuales transportan la noradrenalina y serotonina, alteran la funcionalidad. En este sentido, provoca que se desprenda de forma prematura la placenta. Para este caso, el líquido amniótico aparece “meconio y altas concentraciones de prostaglandinas”.

Los riesgos fetales son:

- A. “Impactos sobre la frecuencia cardíaca. La cocaína, mediante la cascada del ácido araquidónico, se compone como un potente vasoconstrictor de tipo local. Esto genera un incremento en la frecuencia cardíaca fetal, lo cual puede ocasionar la aparición de la hipoxia y la acidosis fetal”.
- B. “Anomalías estructurales: se generan por la acción teratogénica de la cocaína. Aunque su funcionamiento no es aún conocido, se cree que surge por el poder vasoconstrictor de la cocaína. Reduce el aporte sanguíneo materno-fetal en el lapso de embriogénesis o en fases posteriores. Entre estas anomalías están, por ejemplo, accidentes cerebrovasculares, malformaciones cardíacas, gastrointestinales, genitourinarias y musculoesqueléticas”.
- C. “Crecimiento intrauterino retardado: se encuentran la hipoxia, la modificación del flujo de sustancias por medio de arterias uterinas. Asimismo, está la disminución en la captura de componentes básicos y problemas en la alimentación por supresión del apetito”.
- D. Trastornos biométricos: alta incidencia de infancia con un “perímetro cefálico inferior” si se compara con otros niños de pacientes no consumidoras.
- E. Manifestaciones neuronales: Fernández y Gual (2007) expresan que es posible ver una reducción de la capacidad de aprendizaje en los primeros momentos de la vida. Se halla una modificación de la coordinación motora, parámetros “anormales de sueño, hipertonia, vómitos, llanto agudo e hiperreflexia”.
- F. “Síndrome de muerte súbita: esto surge en hijos de madres cocainómanas por la acción vasoconstrictora de la cocaína o, en parte, debido a modificaciones de la respiración durante el sueño que, incluso, puede aparecer la apnea”.

Actuación: el embarazo de una paciente de este tipo debe estar posicionado dentro de la categoría de alto peligro obstétrico. Por esta razón, es fundamental que la paciente reconozca esto, puesto que los efectos euforizantes la pueden llevar a pensar que lo que pasa es normal.

Cabe aclarar que las pautas de actuación están en el mismo rango que otras toxicómanas. En cuanto a la utilización de fármacos en el tratamiento del síndrome de abstinencia no ha habido suficientes estudios al respecto. Los fármacos sustitutivos generan señales problemas en el desarrollo fetal; incluso, no se consideran seguros. Por esta razón, se recomienda la utilización de fármacos cuando hay una extremada agitación. Así pues, se emplea el diazepam por medio de la vía oral y por vía intravenosa, con el objetivo de manejar las convulsiones.

- **Anfetaminas y drogas de diseño**

Son productos sintéticos “estimulantes del SNC, con acción adrenérgica presináptica”; estas actúan con el incremento de la concentración de catecolaminas (noradrenalina, dopamina) por #incremento de su liberación y bloqueo en su receptación”.

Se absorben bien por vía oral, y sus efectos farmacológicos y toxicidad son similares a los de la cocaína. Los derivados metilendioxi presentan un mayor efecto alucinógeno. Es importante comentar que las anfetaminas incrementan la vigilia y, por ende, ayudan al trabajo muscular e intelectual. De igual forma, provoca que desaparezca la fatiga y el apetito. Se caracterizan porque, de forma rápida, genera dependencia y síndrome de abstinencia, el cual se caracteriza por hiperactividad, “inquietud, confusión, crisis paranoide, alucinaciones y shock, entre otros”.

Cuando hay dosis elevadas o se inyectan por intravenosa, pueden presentarse crisis de hipertensión, accidentes hemorrágicos, cerebrales y hemorragia intraparenquimatosa o meníngeos.

Es importante comentar que las complejidades psicológicas, según Nogué y Sanz (2003), se exhiben como una extensión del accionar farmacológico. Allí se manifiesta ansiedad, agresividad, confusión, pánico e ideas paranoides. Conviene destacar que el exceso crónico produce una psicosis paranoide, la cual es indistinguible de la esquizofrenia. Aunque puede ser reversible, surgen alucinaciones que se derivan de la metilendioxi.

Actualmente, las drogas de síntesis o de diseño recuperan las variantes de anfetamina sintetizadas que fueron desechadas en su momento. Entre estas resalta la “MDMA (metilendioxianfetamina) o éxtasis y la MDE (metilendioxietilamfetamina) o Eva”, son compuestos que mantienen efectos anfetamínicos, pero, asimismo, que alteran la percepción. En otros términos, posee un perfil que se posiciona entre “un psicoestimulante y un alucinógeno”. Así pues, los componentes son muy similares.

El parámetro de consumo más recurrente, de acuerdo con Zurro y Cano (1999), es el experimental o recreativo, en Ecuador según la Oficina Nacional Antidrogas y su informe (2014) se sabe del consumo en centros de distracción nocturnos, o fiestas universitarias privadas. Se caracterizan porque se administran por medio de la vía oral. El consumo se vincula con el alcohol y otras sustancias. Cabe aclarar que las MDMA y los componentes generan una percepción que modifica el tiempo. Igualmente, aparecen alucinaciones visuales, euforia, locuacidad y tranquilidad. Dentro de estas sensaciones subjetivas explicadas, está la capacidad de interactuar con otros individuos.

Estudios Europeos Grana (1999), Aguilar (2003), Gilsanz, (2000) dejan entrever que la MDMA genera una afectación en las vías serotoninérgicas.

Para Pinilla (2004) hay un gran marco de seguridad entre la “dosis de recreo y las dosis tóxicas de MDMA”. Es un compuesto de poca previsibilidad, la cual puede generar graves trastornos en individuos que, hasta un lugar fijado, daban la sensación de tolerarlo bien.

Así pues, un factor de riesgo implica que el consumo se lleve a cabo en un contexto de cansancio físico, alta temperatura, débil ventilación y no insuficiencia hidratación, etc. Lo anterior, se relaciona con la MDMA, en tanto que incrementa la temperatura corporal por vías serotoninérgicas. Esto deriva en “un cuadro de hipertermia grave de hasta 43,3 grados centígrados” que agravará complejidades como insuficiencia renal aguda, rabdomiólisis, hepatitis citolítica, convulsiones; estas se desencadenan de las modificaciones metabólicas que la relacionan (hipoglucemia e hipocalcemia). En este sentido, a partir de la hipertermia, aparece un “coagulo Patía intravascular diseminado”.

Otra manera de anfetamina que tiene gran éxito en la actualmente es el “speed” o “Popper”.

Efectos durante el embarazo

Según Zurro y Cano (1999), el consumo de anfetaminas durante la etapa de gestación se vincula con los siguientes factores:

- A. Peso inferior del recién nacido.
- B. “Parto pretérmino”.
- C. Complejidades “hemorrágicas en el posparto”.
- D. “Malformaciones fetales”.
- E. Incremento “de la mortalidad perinatal”.
- F. Modificaciones del comportamiento “con problemas de adaptación emocional de los hijos”.

Es importante comentar que hay un riesgo de síndrome de abstinencia en el recién nacido. Entre estas, sobresale el adormecimiento excesivo y alimentación pasiva.

- **Cannabis**

Gallo y Lacoste (2003) describieron “el delta 9 THC”; dicha sustancia pertenece a uno de los 400 componentes que tiene la planta de Cannabis sativa. Luego de ser inhalado, los efectos que se producen son inmediatos y el tiempo de duración es de 20 a 30 minutos. Incluso, puede tener un promedio de 2 a 3 horas. A simple vista, se presentan casi nulas alteraciones fisiológicas, por ejemplo, leve taquicardia, reducción de la presión arterial y vasodilatación conjuntival. También se observa vasodilatación conjuntival que produce enrojecimiento de las conjuntivas y sequedad de la boca. Igualmente, hay miosis y reducción de la velocidad de recuperación para recobrar la realidad. Cuando ya son consumidores recurrentes, pueden aparecer “vértigos, cefaleas, vértigos, broncodilatación, trastornos del sueño e irritación traqueo bronquial”.

Gallo (2002) Sostiene que puede surgir cáncer de pulmón. Sin embargo, no se vincula con la propia sustancia, sino por el alquitrán y su combustión. Lo anterior, debido a que es más potente que el cannabis con el tabaco. Si hay un exceso del cannabis, esto puede generar un déficit inmunitario y producir modificaciones en la espermatogénesis y la no regulación de la menstruación.

Los impactos psicológicos son subjetivos. Para García y Mur (1999), “trae consigo una intensificación de las percepciones con un incremento de sensibilidad, desorientación de tiempo y esencial. Incluso, ansiedad y tristeza” (p. 87). Las alucinaciones se vinculan con la personalidad y las particularidades del individuo. El mal viaje, como se dice, puede generar ansiedad y “cefaleas, disnea, sudores, vómitos y síncope”. En este sentido, esto genera efectos mentales para hacer tareas sencillas. Aunque se reconoce la psicosis cannabinoide, se ha llegado a debatir que el consumo de cannabis es un factor que deriva en la esquizofrenia. Entre otras características, las sobredosis son de caracteres raros y no graves. De igual forma, genera dependencia psíquica y tolerancia; sin embargo, la supresión es más fácil, puesto que no hay dependencia.

Es importante mencionar que el consumo durante la etapa de gestación incrementa el riesgo de que el bebé tenga un bajo peso. Igualmente, que exista un “parto prematuro y meconio intraparto”. Incluso, aumenta el número de maniobras para la reanimación, alteraciones en conductas posparto. Cuando se junta con el alcohol, existe evidencia de una incidencia de muerte intrauterina y aborto.

- **Alcohol**

El alcohol es la causa de defectos congénitos que se produce durante el embarazo. Para Galo (2002), aún no es posible identificar la cantidad de alcohol que se necesita para provocar el síndrome alcohólico fetal. Por ende, se recomienda que no se consuma durante esta etapa. Los hijos de madres que han bebido alcohol nacen con peso inferior (2 kg) al que es considerado como normal (3,5 kg). Incluso, los pequeños no tienen probabilidades de prosperar y de morir luego del nacimiento.

Una de las consecuencias más complejas de beber alcohol es el síndrome alcohólico fetal. De acuerdo con Lacoste (2003), excesos alcohólicos como lo serían tres copas pueden provocar este síndrome. Cabe mencionar que, según informes, 2 de cada 1000 recién nacidos tienen este síndrome.

Síndrome de alcohólico fetal consiste en lo siguiente:

- No hay un crecimiento adecuado.
- Existencia de defectos congénitos de la cara.
- Microcefalia que es producto, tal vez, por un crecimiento no adecuado del encéfalo.
- Problemas intelectuales.
- Desarrollo conductual que no es normal.
- “Anomalías articulares y defectos cardíacos”.

Estos bebés, en un futuro, pueden tener problemas graves de conducta, por ejemplo, “trastorno antisocial y déficit de atención/hiperactividad”. Estas modificaciones pueden aparecer luego, sin que se observen en el nacimiento.

- **Alucinógenos**

En este renglón se incorpora a un grupo heterogéneo de sustancias que genera modificaciones en los mecanismos en cuanto a la percepción, valoración e interpretación de los datos sensoriales recibidos.

Con el objetivo de categorizarlas, de acuerdo con Fernández (2002), se emplean los conceptos alucinógenos o psicomiméticos. Sin embargo, estos conceptos no logran resumir de forma satisfactoria sus propiedades. Aunque el concepto alucinógeno es más generalizado, también en esta categoría se incluyen alucinaciones y desorientación. Desde otro punto de vista, se le conoce como “psicodislépticas, psicodélicas, enteógenas o visionarias”.

Dentro de estas categorías alucinógenos, se pueden incluir una cantidad de sustancias como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico). A grandes rasgos, es una sustancia que se obtiene por hemisíntesis a través de los alcaloides que están incorporados en el hongo ascomiceto; aquí también se incluye la mezcalina, la cual se recopila por medio de un “pequeño cactus, la psilocina y la psilocibina”.

Cabe aclarar que la vía de consumo es la oral. Se demuestra “una escasa capacidad adictiva y poca tolerancia”. Reguengo y Díaz (2002) expusieron que se suele asumir en grupo y de manera esporádica. Sus efectos físicos son semejantes a los que se derivan de los “fármacos

simpaticomiméticos: hipertensión, taquicardia, hipertermia, midriasis, hiperreflexia, sudación, temblores, etc.”.

Los efectos psicológicos originan el *trip* o viaje que se caracteriza por poseer percepciones temporales, espaciales y visuales. En la actualidad, existen fundamentales transformaciones del humor que van desde la irritabilidad, euforia hasta la serenidad. Se alteran modificaciones en la organización del pensamiento que se derivan en circunstancias contrarias; conduce a trastornos de ansiedad, pánico y disforia. También aparecen psicosis tóxicas, problemas psiquiátricos “y administración de antipsicóticos como haloperidol mejor que clorpromazina para evitar la aparición de convulsiones”.

Dentro de estas reacciones sobresalen los *flashbacks* que surgen tras un lapso de abstinencia o periodos recurrentes de consumo. Es necesario comentar que estas recurrencias se presentan como estímulos externos, pero que se vinculan con el abuso de drogas, alteración del sueño y estrés.

Aunque no se reconoce que el LSD sea causa de trastornos, sí podría constituirse como un “estado mórbido preexistente a un trastorno esquizoide de carácter permanente”. No obstante, luego del USD, puede producirse una etapa psicótica que dura diferentes semanas. Es importante comentar que el LSD deja entrever impactos somáticos que se derivan de las propiedades con respecto a los sistemas “serotonérgicos, catecolaminérgicos y colinérgicos”. En este mismo sentido, genera “taquicardia, inhibición de las secreciones, piloerección, pirexia, midriasis espectacular, temblor, hiperreflexia y, en ocasiones, una gran descoordinación motora (ataxia)”.

En este orden de ideas, “es vital comentar que las reacciones por intoxicación son como una consecuencia de estos medicamentos en la etapa de gestión. De igual manera, pueden provocar problemas físicos tanto para la gestante como para el feto, producto de los problemas psíquicos que traen consigo” (Reguengo y Díaz, 2002, p. 43). Sus impactos no son predecibles y van desde el alejamiento de la realidad y acciones violentas, autodestructivas y reacciones de pánico. En la actualidad, existen pocas investigaciones que aluden sobre los impactos del consumo de alucinógenos durante la etapa de gestación. Así pues, el consumo de LSD se asocia con un nivel

ato de abortos espontáneos y un rango elevado de anomalías congénitas oculares e impactos en el sistema nervioso.

En la actualidad, hay investigaciones in vitro Reguengo, Díaz (2002) que muestran la probabilidad de que la administración de LSD genere ciertos efectos:

- A. Mutaciones Genéticas
- B. Inhibición mitótica
- C. Malformaciones congénitas

Claro está, si se da en el primer trimestre del embarazo, no es frecuente que muestre síndrome de abstinencia.

- **Sedantes**

Dentro del concepto de sedantes se incluye una distinción de medicamentos que generan la depresión del SNC. En este grupo se incorporan los barbitúricos y benzodiazepinas, los cuales son usados para tratar el insomnio y la ansiedad.

Según Gallo y Lacoste (2003), los impactos derivados de la utilización crónica de hipnóticos incorporan diplopía, mareo, somnolencia, confusión y problemas de movimiento. Esto genera pérdida de memoria, problemas de agresividad y depresión. Cabe mencionar que esos efectos son más útiles en los medicamentos que son de acción larga. Igualmente, aparecen reacciones inesperadas como la utilización benzodiazepinas de acción rápida. Estas reacciones se expresan con síntomas de “hiperexcitabilidad, ansiedad, agitación y confusión, amnesia anterógrada, alteraciones afectivas” como es el caso del pánico y depresión. Inclusive, Problemas de comportamiento y agresividad.

En este orden ideas, es necesario comentar que los benzodiazepinas tienen un amplio marco terapéutico. Su DL 50 es muy incrementada. No obstante, “se exhiben cuadros de intoxicaciones con amplia frecuencia que, en su mayoría, derivado del intento de suicidio. Las intoxicaciones agudas con benzodiazepinas son las encargadas de un coma” (Gallo y Lacoste, 2003, p. 12). Es difícil que se pronuncie de forma profunda y suele estar unido a complicaciones respiratorias.

Por si fuera poco, son más peligrosas las benzodiazepinas de acción corta y las producidas por el alcohol.

En este sentido, “los benzodiazepinas generan tolerancia, también dependencia y el síndrome de abstinencia. Los síntomas aparecen de 6 a 24 horas desde la última dosis. Las sustancias de acción corta presentan un grave problema de abstinencia. Los síntomas son: ansiedad, insomnio, agitación, vómitos, anomalías electrolíticas, náuseas y temblor” (Gallo y Lacoste, 2003, p. 10).

Zurro y Cano (1999) explicaron que “en la administración ocasional y las reducciones de benzodiazepinas, no se han evidenciado impactos no deseables sobre el neonato. En cuanto a tratamientos. Cuanto a tratamientos extensos y a dosis altas, se puede generar una provisión fundamental del fármaco en el feto. En este sentido, se produce una acumulación del fármaco en el feto, más específicamente, en el tercer trimestre” (p. 12). En este sentido, existe un peligro de aparición de síndrome de abstinencia en el bebé y otros problemas: “disfagia, irritabilidad, hipertensión e inhibición de los reflejos y síndrome denominado floppy”. Conviene mencionar que las benzodiazepinas han sido vinculadas a malformaciones fetales, cesáreas, irritabilidad, dificultad para succionar y muerte súbita.

A pesar del riesgo, el uso de benzodiazepinas es bien visto en su aplicación para gestantes epilépticas. A estas se les administra con el objetivo de manejar las convulsiones. No es usual que el desarrollo del feto sufra retrasos.

Con respecto a “los barbitúricos, estos generan un síndrome de abstinencia que es similar al de las benzodiazepinas”. Este puede surgir luego de cuatro semanas después. A menos que el barbitúrico de la madre sea de acción breve. Para este caso, los síntomas son precoces e intensos. Si no se trata, ocurre el riesgo de que el feto muera.

- **Inhalantes**

Alude a una cantidad de elementos volátiles como gasolinas, pegamentos o solventes. Sus elementos bases son “tricloroetileno, tolueno, acetato de etilo, alcohol metílico, acetona, benceno, etc.”. A grandes rasgos, generan euforia inicial, impulsividad, alucinaciones,

beligerancia y desinhibición. Esto produce una categoría de “depresión del SNC con somnolencia y enlentecimiento psicomotor”.

Desde una perspectiva fisiológica, esto puede generar una “ataxia, mareo, hiperreflexia, conjuntivitis, náuseas, rinitis y nistagmos”. Su utilización regular se ha vinculado con atrofia cortical, neuropatías periféricas, insuficiencia hepática, inmunosupresión. Es justo comentar que consumen en grupo como parte de la acción social. Por esta razón, introducen la cara en una bolsa para inhalar. No producen síndrome de abstinencia, puesto que no ejecuta dependencia física. De ahí que se haya explicado una gran cantidad de número de abortos y de problemas fetales cerebrales. Esto presenta modificaciones neurológicas hasta los primeros años de vida.

Fernández (2004) afirma que se puede observar que dentro de la investigación se enmarca solo la atención de salud física y es omitida casi por completo el acompañamiento psicológico, que es una herramienta fundamental para el adicto, pues es desde su percepción propia donde debe comenzar el tratamiento, es decir debe estar dispuesto a realizar el cambio de hábito y es allí precisamente donde entra el acompañamiento psicológico, y la herramienta intangible para hacerle frente al problema per se.

Según la Oficina Nacional Antidrogas en su Boletín informativo del 2014 en nuestro país la red de asistencia pública de salud es insuficiente para la atención de este tipo de patologías debido a dos factores claves el bajo presupuesto que para esto se prevé y la escasa política pública que se deriva del poco conocimiento de la necesidad real de los pacientes con esta patología específica, que lejos de lo que se considera socialmente, es un numero significativamente alto, (200.000), para la cantidad de programas sociales, (tan solo 23) y personal calificado (sin contabilizar) puntualmente a esta patología creciente en la sociedad.

X. METODOLOGIA

Esta investigación está constituida por una serie de etapas que conducen al logro de los objetivos propuestos. En ella se incluye los siguientes aspectos: Tipo y Diseño de la Investigación, Sistema y Operacionalización de las Variables.

- **Tipo y Diseño de la Investigación**

El tipo de investigación es cuali cuantitativa dando respuesta a los objetivos específicos y el diseño de la investigación se enmarca no experimental, transversal y descriptivo.

Este diseño se ajusta al estudio, por cuanto no se construye ninguna situación; por el contrario, se analiza la historia clínica, los hábitos de las gestantes consumidoras y no consumidoras, para establecer una mejora en la calidad de atención.

Con respecto al tipo de investigación Balestrini (2006) establece que: “No hay manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos”.

De acuerdo con este tipo de investigación descriptiva refirieron todas las situaciones relacionadas con el problema, así como también se aplicó un instrumento a los gestantes determinadas en el estudio con el fin de analizar qué tan efectivos son los modelos de atención enmarcados dentro de la normativa establecida por el ministerio de salud con respecto a estas patologías.

- **Sistema y Operacionalización de Variables**

El sistema de recolección de datos se basó en el historial clínico de las pacientes que reúne su información personal y datos médicos, y una entrevista clínica que recoge datos bio-psico-sociales y que se incorporan a un Historial clínico. Durante la primera consulta se informa a la paciente sobre el estudio a realizar y si está de acuerdo en participar se anexa en su carpeta de historial clínico una nomenclatura abreviada de esta forma ICLSXX (investigación Clínica Luis Sigüencia) se mantiene y las XX corresponde al número de la paciente y varía del 01 al 60. De esa forma se protege la identidad de la paciente, pero se identifica a las participantes en las bases de datos.

La investigación tuvo tres variables, el factor individual que enumera los indicadores como la edad el estado civil el motivo de consulta los antecedentes personales y la información inherente a la historia clínica, la segunda variable el factor social que recoge datos sobre el tipo de vivienda, violencia intrafamiliar vida social escolaridad y datos judiciales, la tercera variable

es el factor familiar aquí se enumeran indicadores Antecedentes Familiares, Alcohol, Drogas en padres ,Supervisión y disciplina. Estos datos se obtuvieron del historial clínico y de este modelo de entrevista de respuestas dicotómicas SI\NO o de selección simple a marcar con equis una de las opciones (Ver Encuesta en Fase I).

Tabla 1

Operacionalización de Variables

OBJETIVO ESPECIFICO	DEFINICION	INDICADOR	VARIABLE
Describir factores de riesgo que contribuyen al abandono del acompañamiento psicológico en pacientes adolescentes embarazadas	El tratamiento para la adicción de sustancias va de la mano del acompañamiento psicológico para brindarle herramientas a las pacientes con estas patologías para el adecuado manejo de situaciones creadas por el síndrome de abstinencia y posibles recaídas de consumo	Edad. Estado Civil. Motivo de Consulta. Antecedentes personales. Trastornos Psicológicos. Enfermedades de transmisión Sexual. Hábitos Violencia intrafamiliar. Tipo de Vivienda. Vida social. Judiciales. Escolaridad Antecedentes Familiares. Alcohol, Drogas en padres. Supervisión. disciplina	Factor Individual. Factor Social. Factor Familiar

• **Población y muestra**

La población objeto de estudio fue integrada por 60 pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud de Monte Sinaí en el año 2019, con un tiempo de gestación que oscila entre las 18 y 38 semanas y edades comprendidas entre 15 y 19 años. Al analizar el universo poblacional escogido para el estudio se consideró tomar en su totalidad la población, esta cantidad representa el valor finito y fácil de medir.

Tabla 2

Indicador de Factores de Riesgo y Protección en cuanto a las variables para el Consumo de Drogas

FACTORES DE RIESGO	VARIABLE	FACTORES DE PROTECCION
Falta de supervisión y disciplina de Padres. Familiares consumidores dentro de hogar. Antecedentes de violencia en el hogar	Familia	Monitoreo de los padres Comunicación asertiva en el hogar. Apego y cohesión familiar
Edad Ausencia de afecto. Actividad sexual temprana. Insatisfacción personal. Mal manejo de emociones. Problemas económicos	Individual	Autoestima. Poseer habilidades para resolver problemas. Autocontrol. Saber buscar ayuda en momentos difíciles. Buena socialización.
Disponibilidad de Drogas. Nivel de desigualdad. Rechazo de grupos pares Estereotipos de genero	Social	Política antidrogas Red de apoyo social funcional. Lugares de recreación.

- **Instrumentos Utilizados**

-Fase I Identificar las características biológicas y psicológicas de las pacientes participantes de la investigación

Para materializar la siguiente fase se utilizará un sondeo a través de las historias clínicas de las pacientes que es un requisito administrativo de la atención de salud en el país es un formato de información personal y medico estándar que se realiza de forma individual y de respuestas abiertas y específicas y fue diseñado por el ministerio de salud, están reflejados en el anexo 1

-Fase II Describir información sobre la dinámica social del paciente

Para el cumplimiento de esta fase se realizará una recogida de datos a través de entrevistas de campo en las consultas clínicas.

XI. ANALISIS DE RESULTADOS

Luego de haber recopilado los datos de la investigación mediante dos fases de desarrollo, historia clínica donde se identificaron factores biológicos y psicológicos, junto con la entrevista que describe la dinámica social de las pacientes participantes.

Figura 2

Porcentajes de embarazadas consumidoras y no consumidoras



Tabla 3

Consumidoras y no Consumidoras

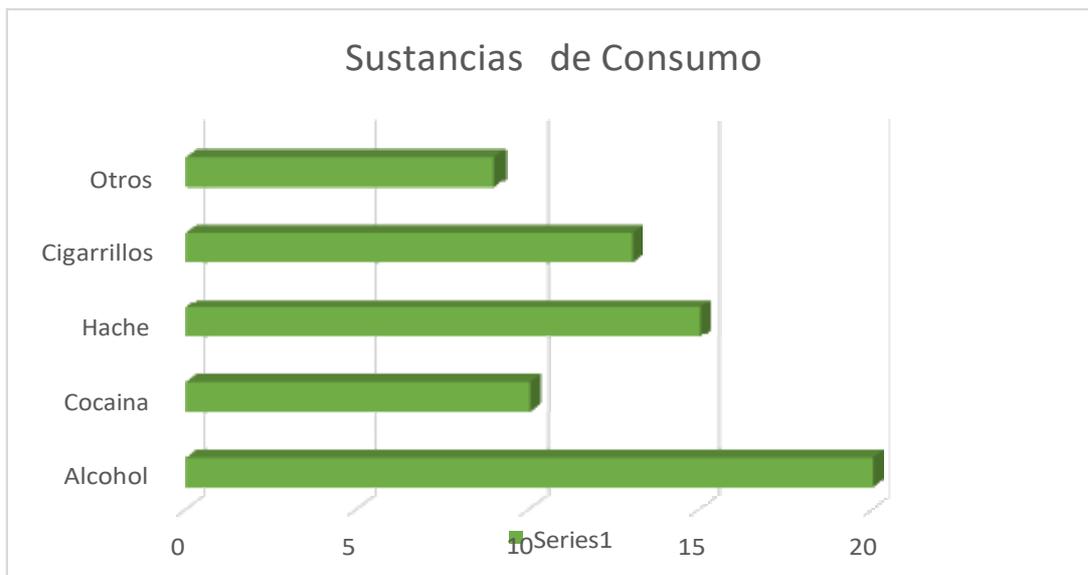
<i>xi</i>	<i>Frecuencia Absoluta (fi)</i>	<i>Frecuencia Relativa (hi)</i>	<i>Porcentaje total de datos (pi)</i>
Consumidoras	20	0.20	20%
No consumidoras	40	0.67	67 %
TOTALES	60	1	100%

Luego de evaluar la información obtenida a través de las entrevistas realizadas en consulta con el fin de obtener datos concretos para la asistencia oportuna de las pacientes del estudio. Estos arrojaron por ejemplo un porcentaje del 33% de pacientes consumidoras de drogas que compromete su embarazo, a partir de este dato se comienza a indagar sobre los factores de riesgo

de este porcentaje, y de protección de las pacientes no consumidoras del 67% restantes para develar así que características posee cada grupo y que permita establecer posibles causas o acciones que den lugar al consumo a cada paciente o la abstención de ellas. (Ver figura 2)

Figura 3

Sustancias de Consumo



Del 33% de pacientes consumidoras el 100% afirma que consume alcohol, dentro de las conversaciones de la entrevista durante la consulta la mayoría de las pacientes expresa que en su entorno no está mal visto consumir un par de cervezas o algún tipo de bebida alcohólica mientras el consumo específico no derive en una borrachera, por ejemplo, exponen además no saber sobre los impactos del alcohol sobre el feto, cuando el consumo, aunque no derive en embriaguez es continuado.

La mitad de las pacientes consumidoras afirman consumir Cocaína, aunque de este 50% afirmaron no consumir luego del primer trimestre de gestación, pero consumían cigarrillos para calmar la ansiedad.

El 75% de las gestantes consumidoras está inmerso en el consumo de “hache” como se ha descrito es un opioide altamente adictivo. De este número de consumidoras la mitad abandonó el tratamiento, cambió de domicilio o se negó a mantenerse al margen del consumo. La situación social y psicológica de estas pacientes es mucho más crítica porque aunque afirman casi en su

totalidad vivir al resguardo de familiares su dinámica social es otra, la adicción que conlleva este tipo de sustancia las induce en un gran porcentaje a prostituirse o estar en situación de indigencia a pesar de contar con una residencia familiar.

El 65% afirma ser fumadoras activas, de este grupo el 35% afirma que lo hace para sobrellevar la ansiedad que le causa la abstinencia a otra droga como la cocaína o el “hache”.

El 45% del total de las consumidoras afirma que recurren a otras sustancias como los benzodicepinas para estar calmadas y no sentir el síndrome de abstinencia, se destaca además que este tipo de consumo se hace en su mayoría sin supervisión médica y se obtiene el medicamento de forma ilegal. (ver figura 3).

Datos recabados durante la investigación por medio de las historias clínicas y las entrevistas personales con las pacientes en consulta.

Tabla 4

Consumo y características Bio Psico Sociales

<i>Edades</i>	<i>Cantidad</i>	<i>alcohol</i>	<i>cocaína</i>	<i>hache</i>	<i>cigarrillos</i>	<i>otras</i>	<i>familiares</i>	<i>parejas</i>	<i>Estudia</i>	<i>no estudia</i>
15 ^a	9	2	1	1	1	0	7	2	8	1
16 ^a	14	6	1	4	2	3	10	3	14	10
17 ^a	22	8	6	7	9	6	15	2	4	4
18 ^a	14	3	3	3	1	0	13	2	4	6
19 ^a	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0

En esta tabla (4) de datos cuantitativos se describen los factores de riesgo de las pacientes consumidoras y no consumidoras de esta investigación por ejemplo pacientes de 15 años hay 9 en una muestra de 60; de las cuales dos consumen alcohol, una consume cocaína una consume “Hache”, 7 viven con familiares, 2 viven en pareja, 8 estudia y 1 no estudia, han sido organizados de forma lógica de manera que se pueda obtener una interpretación satisfactoria y con bajo margen de error en las frecuencias para el cálculo estadístico y de probabilidad de las variables.

Figura 4

Edades de las Gestantes objeto a Estudio

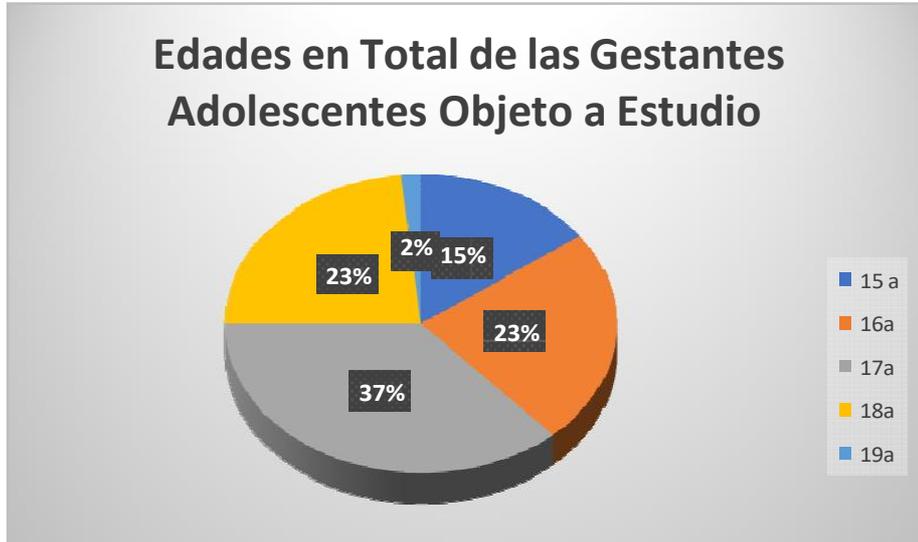


Tabla 5

Porcentajes totales de las Gestantes Objeto a Estudio Según su Edad

x_i	f_i	h_i	pi	Fi	Hi	Pi
15	9	0.15	15%	9	0.15	15%
16	14	0.23	23%	23	0.38	38%
17	22	0.36	36%	45	0.74	74%
18	14	0.23	23%	59	0.97	98%
19	1	0.01	0.1%	60	1	100%
	60	1	100%			

Descriptores (x_i) 15 años, 16 años, 17 años, 18 años, 19 años.

(f_i) Frecuencia absoluta, (h_i) Frecuencia relativa, (pi) Porcentaje total de datos, (Fi) Frecuencia absoluta acumulada, (Hi) Porcentaje acumulado, (Pi) Porcentaje total acumulado de la muestra.

La totalidad de las gestantes participantes en el estudio son adolescentes, las edades oscilan entre los 15 y los 19 años, en un alto porcentaje estas adolescentes carecen de educación sexual o la información que poseen es incorrecta, en mi experiencia en el área psicológica puedo afirmar que el tema de la sexualidad en el país aún se maneja con cierto recelo y tabú al conocimiento, a pesar de las múltiples campañas de concientización y de información escolar que esta solo dirigida en su mayoría a los adolescentes en edad de bachillerato y no de educación básica, por lo

que no llega en su totalidad a cumplir su objetivo, es además algo con lo que a los padres de las adolescentes no les gusta lidiar o no están preparados para atender.

De las pacientes consumidoras llama la atención que expresan en su mayoría tener un entorno familiar más no así de pareja, un domicilio estable en donde desarrollaron su niñez.

Esto no garantiza estabilidad ni se traduce de ninguna forma como apoyo familiar emocional, a través de las entrevistas se observa que los hogares descritos son disfuncionales, porque no cuentan con roles bien definidos y cuya funcionalidad es poco establecida, donde solo está presente la figura materna y es común ver hogares reconstruidos donde la necesidad de trabajo o la reconstrucción del hogar con una nueva pareja juega un papel protagonista en muchos casos de la falta de atención a la adolescente. La característica cultural y socioeconómica de este sector es principalmente de clase baja o pobreza extrema, donde la educación es deficiente por las características rurales y económicas del sector, la proliferación de la delincuencia y las plazas de venta de drogas que abundan como actividad económica de los jóvenes presentes se atribuyen además como un factor de riesgo a considerar .

Del porcentaje que afirma vive en pareja no es una situación diferente pues en su mayoría es precisamente la pareja la que contribuye en el consumo de drogas de las gestantes, son relaciones basadas en el consumo y que no han tenido algún tipo de planificación y solo han ido ajustándose conforme a las circunstancias se van presentando. En ocasiones ambos, la gestante y su pareja establecida se ven envueltos en situaciones delictivas o de calle lo que muchas veces acarrea el abandono del acompañamiento psicológico al igual que el control.

Las gestantes no consumidoras no presentan una gran diferencia en su entorno familiar, la mayoría expone vivir en el seno familiar pero como explique anteriormente, esto no es señal de apoyo familiar y para ellas esto representa un factor de riesgo para un posterior consumo y adicción, el hecho de ser adolescente y estar atravesando por un embarazo no planificado por ejemplo coloca a la gestante en una posición relativa ante la proyección de su desarrollo de vida futuro.

El porcentaje que afirma vivir en pareja también requiere ser abordado con terapias, pero con otro enfoque pues no deja de ser un factor de riesgo de consumo para el futuro niño ya que nacerá en el seno de una familia joven y con pocas herramientas para la educación y el desarrollo asertivo de este nuevo ser. Este estudio no arroja alguna pareja consumidora, pero es una amplia posibilidad debido al contexto social.

Figura 6

Situación Académica de las Gestantes

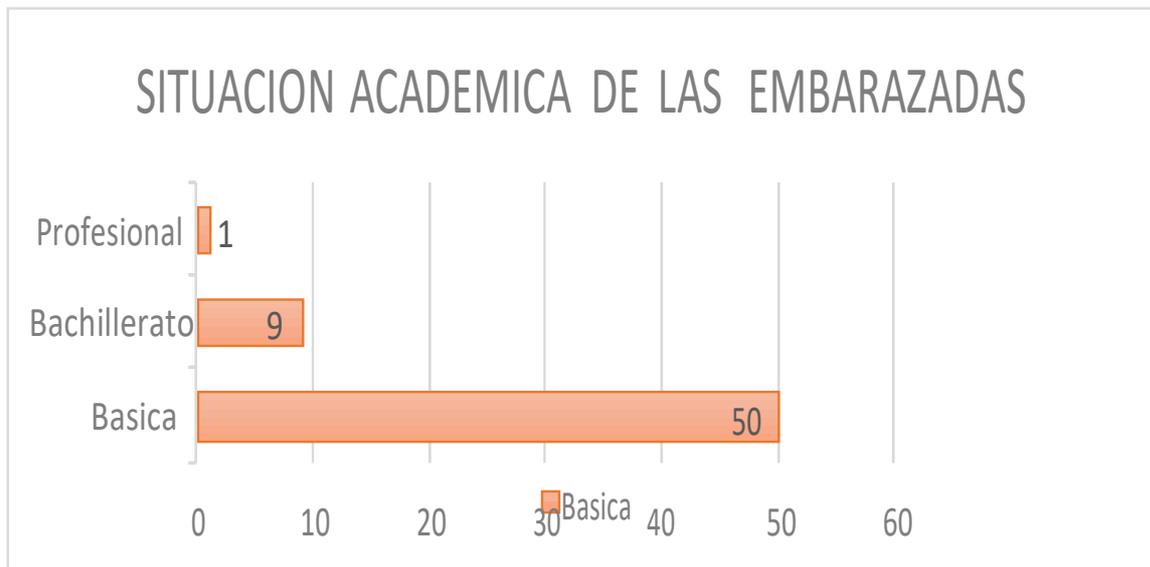


Tabla 6

Situación Académica Según La Edad.

	f_i	h_i	p_i	F_i	H_i	P_i
x_i						
<i>Básica</i>	50	0.83	83%	50	0.83	83%
<i>Bachillerato</i>	9	0.15	15%	59	0.98	98%
<i>Profesional</i>	1	0.01	2%	60	0.99	99%
	1	100%			1	100%

La situación académica de las gestantes es significativa dentro del estudio, predominando la escolaridad básica en el 83% de la población; y solo el 15% ha alcanzado una escolaridad secundaria completa y el 0,01% una educación superior. Observando así la deserción escolar como variable que predomina en esta población

Factores de Riesgo

En este cuadro apreciamos los factores de riesgo que enmarcan el comportamiento de las gestantes consumidoras pero que también están presentes en las gestantes no consumidoras, creando una posibilidad de consumo al futuro.

Tabla 7

Factores de Riesgo de Consumidoras y No Consumidoras

Factores de riesgo	Consumidoras (n = 20) n (%)	No Consumidoras (n = 40) n (%)
Baja supervisión familiar	12 (60)	2 (5)
Baja disciplina familiar	15 (75)	5 (12,5)
Conducta antisocial	15 (75)	5 (12.5)
Abuso físico	16 (80)	4 (10)
Consumo de drogas por parte de los padres	18 (90)	2 (5)

Estos datos guardan relación directa con la dinámica social del sector, pues el consumo de drogas se ha hecho tan común que de cierta forma se ha normalizado en el sector, impidiendo ver de forma objetiva la peligrosidad del consumo. Por otra parte, la baja supervisión familiar en las pacientes consumidoras apunta ser un factor de riesgo para el consumo pues el porcentaje indicador es del 60% para las consumidoras. La familia, elemento de socialización primaria, no ha participado, hasta el momento, el rol que debe asumir en la prevención del consumo de drogas en jóvenes. Se podría decir que, con reiterada frecuencia, ha sido un campo de intervención de segundo tipo en el que el potencial preventivo ha sido subordinado, ya sea como apoyo, a actuaciones que son preventivas.

Una de las variables que afectan al apareamiento de los factores de riesgo frente al consumo de drogas, procede del ámbito familiar. Incluso, los padres se identifican como una influencia que impacta en los principios, comportamientos y pensamientos de sus hijos, pero se evidencia que las características de las dinámicas familiares no son funcionales y generan riesgos para estas pacientes. Si bien se reconoce que, con el paso del tiempo, los hijos cada vez dependen menos de su entorno familiar y encuentran apoyo en amigos y compañeros como soporte emocional y social. Los adolescentes se inclinan por seleccionar compañeros que provienen de familias con principios similares a los de su entorno familiar. La influencia de los amigos y compañeros se vinculan en decisiones con la moda y las actividades que comparten.

Por otra parte, un factor de protección en el que los padres impactan una influencia certera y duradera sobre los principios, actitudes y pensamientos de sus hijos. Igualmente, ayudan a reflexionar sobre las decisiones a un largo prolongado. En este sentido, se hace oportuno mencionar algunos factores de protección en el contexto familiar: equilibrio, ajuste materno, convencionalismo y relaciones de apego. Su compañía puede sopesar el peligro que asecha a sus hijos y el consumo de drogas. Según la teoría del Desarrollo Social (Driscoll, 1994), los lazos sociales traen consigo un apego, una relación con las tradiciones, normas y principios del grupo. Allí se fija el lazo y se considera si está bien o mal. Los jóvenes quieren vivir en relación con sus propias normas y los lazos se fortalecen a través de la interacción entre los participantes. Se debe dialogar para prevenir el consumo. Los vínculos están reforzados cuando los jóvenes emiten contribuciones relevantes y son reconocidos sus logros.

Un factor esencial de la teoría radica en que los jóvenes están en un riesgo persistente si se desvinculan de sus padres. Esa falta de vínculo produce que se sientan más desiguales y se vean influenciados por otros. Sin embargo, las necesidades que no llegan a satisfacerse dentro del entorno familiar se intentan satisfacerse en otros contextos: amigos o pares. En esos otros ámbitos compensatorios pueden presentar comportamientos sociales desviados.

La prevención familiar se ha constituido en actuaciones que no han sido específicas: escuelas, programas y apoyo. Cabe aclarar que estos programas no se constituyen para la prevención del consumo de drogas o, incluso, no aluden a la intensidad de los factores de riesgo y protección. De este modo, los padres no identifican la manera de abordar los riesgos determinados que se vinculan con las drogas o, incluso, asumir el rol para el manejo de estos temas. Además, es habitual que los programas de prevención familiar estén subordinados a temas de prevención escolar. Así pues, el rol que los padres deben asumir debe enfocarse en las acciones de prevención.

Se puede observar además que la disciplina familiar ha optado por reglas precisas de conducta dentro del entorno familiar y, a partir de esto, los padres protegen a sus hijos.

Tabla 8*Factores Externos o Socioculturales*

	Consumidoras n (%)	No Consumidoras n (%)
Deprivación económica y social	17 (85)	3 (7.5)
Desorganización comunitaria	20 (100)	0 (0)
Disponibilidad y acceso a la droga	18 (90)	2 (5)
baja percepción del riesgo de consumo	14 (70)	9 (22.5)

Los factores externos o socioculturales se relacionan con el aumento que hay en el número de pacientes con disponibilidad (90 %). Aquí se encuentra el expendio y consumo de drogas de diverso tipo. Se evidencia una permisividad social y la desorganización de la sociedad (100 %). Igualmente, existe una falta de compromiso. Dentro del factor de permisividad social está presente la existencia de un marco jurídico que no se relaciona con la realidad del problema. Según las instituciones, existe una falta de voluntad política y jurídica contra el narcotráfico y tratamiento. Falta un marco jurídico que ayude a prevenir y tratar el consumo de drogas. Se hace urgente implementar políticas direccionadas para la población. Igualmente, hay una influencia negativa difundida por los medios de comunicación favorece el consumo de drogas. Ayudan a incrementar el consumo de las drogas legales y la asociación de forma explícita con diversión y recreación.

XII. DISCUSION DE RESULTADOS

El análisis de la información recopilada en las entrevistas ayudó a realizar las conclusiones que se exhiben:

- “Detectar factores de riesgo y protección en adolescentes embarazadas consumidoras de drogas”.
- Identificar funcionalidad familiar de las pacientes consumidoras de drogas versus no consumidoras.
- Determinar las características sociales de las pacientes consumidoras de drogas versus no consumidoras.
- Detallar los factores protectores en embarazadas de 15 a 19 años.

Según lo estudiado, una tendencia se vincula con el inicio temprano de las relaciones sexuales. A los 14 años ya asumen el rol de madre, lo cual interrumpe su proceso de educación y no reciben soporte de atención social. En la consulta se evidenció que las jóvenes conocían las categorías de las drogas y los usos. Este consumo involucra comportamientos humanos y respuestas de las sociedades. Los métodos de autocuidado son los encargados de resguardar la salud. Para ellas, el tabaco y el alcohol no se relacionan como una droga. No conocen el control prenatal y los cuidados que se deben tener durante el proceso de embarazo. Como se mencionó, hay consecuencias graves que afectan al feto y, por eso, deben asumirse tratamientos y adecuados cuidados.

Así pues, se fueron desglosando algunos ítems propuestos se pudo observar que el 33% de la población a estudio es consumidora de alguna sustancia que compromete su embarazo y es a partir de aquí que se comienza a dar forma a la investigación para indagar los factores de riesgo y protección del grupo ahora dividido en consumidoras y no consumidoras y así establecer las posibles causas del consumo, así como además la forma de su atención.

Del 33% de pacientes consumidoras la totalidad afirma que consume alcohol, dentro de las conversaciones de la entrevista durante la consulta la mayoría de las pacientes expresa que en su entorno no está mal visto consumir un par de cervezas o algún tipo de bebida alcohólica mientras el consumo específico no derive en una borrachera, por ejemplo, exponen además no saber sobre los efectos del alcohol sobre el feto cuando el consumo, aunque no derive en embriaguez es continuado.

La mitad de las pacientes consumidoras afirman consumir Cocaína, aunque de este 50% afirmaron no consumir luego del primer trimestre de gestación, pero consumían cigarrillos para calmar la ansiedad.

El 75% de las gestantes consumidoras está inmersa en el consumo de “hache” que como ya se ha descrito es un opioide altamente adictivo. De este número de consumidoras la mitad abandono el tratamiento , cambio de domicilio, o se resistió de alguna forma a mantenerse al margen del consumo, la situación social y psicológica de estas pacientes es mucho más crítica porque aunque afirman casi en su totalidad vivir al resguardo de familiares su dinámica social es otra, la adicción que conlleva este tipo de sustancia las induce en un gran porcentaje a prostituirse o estar en situación de indigencia a pesar de contar con una residencia familiar.

El 65% afirma ser fumadoras activas, de este grupo el 35% afirma que lo hace para sobrellevar la ansiedad que le causa la abstinencia a otra droga como la cocaína o el “hache”.

El 45% del total de las consumidoras afirma que recurren a otras sustancias como los benzodiazepinas para estar calmadas y no sentir el síndrome de abstinencia, se destaca además que este tipo de consumo se hace en su mayoría sin supervisión médica y se obtiene el medicamento de forma ilegal.

Las gestantes no consumidoras no presentan una gran diferencia en este segmento en cuanto a su entorno familiar, la mayoría expone vivir en el seno familiar pero como explique anteriormente, esto no es señal de apoyo familiar y para ellas esto representa un factor de riesgo para un posterior consumo y adicción, el hecho de ser adolescente y estar atravesando por un embarazo no planificado por ejemplo coloca a la gestante en una posición relativa ante la proyección de su desarrollo de vida futuro.

De las pacientes consumidoras llama la atención que expresan en su mayoría tener un entorno familiar más no así de pareja, un domicilio estable en donde desarrollaron su niñez ,esto no garantiza estabilidad ni se traduce de ninguna forma como apoyo familiar emocional, a través de las entrevistas y de una forma más personal como es la conversación pude observar como estos hogares descritos están cargados de disfuncionalidad pues habitualmente es un hogar donde solo está presente la figura materna y es común ver hogares reconstruidos donde la necesidad de trabajo o la reconstrucción del hogar con una nueva pareja juega un papel protagonista en muchos casos de la falta de atención a la adolescente. La característica cultural y socioeconómica de este sector es principalmente de clase baja o pobreza extrema, donde la educación es

deficiente por las características rurales y económicas del sector, la proliferación de la delincuencia y las plazas de venta de drogas que abundan como actividad económica de los jóvenes presentes se atribuyen además como un factor de riesgo a considerar.

El contexto juega un papel importante, puesto que el sujeto crece y desarrolla su personalidad y principios mediante las experiencias como agentes socializadores. Un factor fundamental es el vínculo que se establece con los padres, lo cual influye de manera apreciable en la construcción de la personalidad y recursos imprescindibles para enfrentar las complejidades que aparecen durante la vida. Según los datos recabados en las entrevistas se evidencian en el 63 % de los casos que este factor fallo pues las gestantes manifiestan uno de los padres ausentes, algún padre dependiente la ausencia de ambos padres o la adicción del padre presente. Durante el estudio se evidencio que los factores de protección del tipo familiar son escasos pues estas pacientes no tienen apego familiar ni han ido orientadas de la forma correcta para la vida adulta y no solo para enfrentar el tema del consumo de drogas, sino además para el embarazo adolescente y las conductas delictivas.

Un segundo factor que hay que tener en cuenta es la forma de crianza. Allí se deben evaluar dos dimensiones: calidez y control paterno. Cuando se entremezclan estas, se presentan estilos de crianza:

1. Autoritario: alto control y baja calidez.
2. Permisivo: bajo control y alta calidez.
3. Democrático: elevado control y un alto grado de calidez.
4. “Indiferente: bajo control y baja calidez”.

A estas causas se le suman la poca supervisión y disciplina presente en las familias por diversos factores que van desde la falta de tiempo hasta la falta de interés por parte de los padres, además hay que considerar que la situación de consumo en algunas familias donde el adolescente es consumidor también los padres o uno de ellos tiene algún tipo de adicción.

Para Shaffer (2000) y Craig (1997), en las familias que exista un control autoritario provocará que sus hijos se conviertan en rebeldes. En contraste, en los padres permisivos incrementará las probabilidades de que los adolescentes sean impulsivos, ineptos o activos, rebeldes y agresivos. Por otro lado, los que crecen en un ambiente democrático están destinados a mantener un mejor control, son más competencias y poseen confianza en sí. Por último, los padres indiferentes acarrearán graves problemas para sus hijos.

Según el modelo y el estilo, ayudará o disminuirá las probabilidades para el consumo de sustancias en sus hijos. La mayoría de los casos los controles a las adolescentes son escasos, el adulto presente en su crianza por lo general invierte su tiempo en actividades económicas dejando de lado la necesidad de conformar ese lazo con la adolescente y de esta forma brindarle esquemas para que a través de ellos de forma positiva a la vida adulta de la misma. Otra variable ligada a los modelos es la disciplina familiar.

La inconsistencia en su aplicación provoca el aumento en el consumo de sustancias. En entornos negativos es más probable que surjan problemas comportamentales y emocionales en los hijos (Ramsden y Hubbard, 2002). Con respecto a la estructura familiar, la falta de uno de los padres se entrelaza con atributos antisociales en los diferentes miembros de la familia. Los adolescentes que solo viven con un padre poseen un mayor rasgo de probabilidad para consumir sustancias. Igualmente, están presentes las actitudes de los padres como factor que hay que comprender. Así pues, el factor de protección se puede dar a través de las normas explícitas en cuanto al consumo (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

La privación social y la desorganización comunitaria pueden aparecer en barrios marginales o ciudades. Por ende, se pueden convertir en facilitadores de este consumo con la inclusión de otros factores de riesgo (Becoña, 2002).

Por último, otro factor es la accesibilidad a las drogas. Aquí también se incorpora el precio y la facilidad para conseguir dichas sustancias en zonas populares.

Conforme a lo propuesto en los objetivos de la investigación describí los factores de riesgo para el abandono del acompañamiento psicológico en algunos casos de gestantes adolescentes embarazadas, y la principal causa es la situación de calle en las que llegan a estar las gestantes consumidoras, en especial las consumidoras del denominado “hache” y que están carentes de factores de protección familiar, social e individual y que además son especialmente vulnerables por su edad.

Luego de haber analizado los datos recabados durante la investigación, de apreciar e indagar en las historias clínicas y las entrevistas de las pacientes objeto a estudio pude apreciar que los factores de riesgo para las pacientes consumidoras y no consumidoras son los mismos en esta zona de estudio, que las pacientes no consumidoras se enmarcan en los factores de protección y que no las exime de ser consumidoras en un futuro pues la condición del embarazo adolescente infiere un factor de riesgo agregado para ellas.

No puede dejar de mencionarse un factor importante y característico de esta investigación y es la articulación de programas sociales, pues al estar mal diseñados no logran el impacto para el cual fueron creados.

El diseño de políticas públicas debe estar consciente de las necesidades por las cuales se diseñan, en ningún momento debe estar independiente un factor de riesgo de otro pues es esencial que estén cohesionados los temas emergentes de atención con el desarrollo de programas para acentuar corregir o eliminar ciertas situaciones o conductas.

Por ejemplo, no podemos pretender que una consumidora en situación de calle asista a una consulta psicológica, sus características sociales y económicas son diferentes a la de una consumidora con un núcleo familiar establecido, ni se puede tratar de igual forma a una paciente heroinómana a una paciente alcohólica, aunque las dos sean diagnosticadas como adictas.

PROPUESTA DE ACTUACION

Luego de observar cada uno de los datos recabados y de haber identificado los factores de riesgo y protección se sugiere un plan de atención que esté basado en la detección de las situaciones de riesgo de las adolescentes, que las llevan a consumir drogas, indagar adecuadamente con competencias de comunicación y garantizar la privacidad, valorar el parámetro, cronicidad, historia y factores de riesgo y protectores frente al consumo, cantidad por día, Vía de uso, delimitando además sus características de dependencia, así como estilos parentales educativos, personales, familiares y sociales de la paciente.

Luego de identificados estos ítems y evaluar de forma individual sus características:

- establecer estrategias para la reducción del daño y el abandono del consumo en estadios de embarazo y postparto; así como cambios que se deben de exigir dentro del esquema de tratamiento.
- Establecer protocolos de atención frente a embarazadas en consumo de drogas.
- Individualizar en términos de duración, frecuencia e intensidad; esto dependerá de la evaluación inicial y el grado de dependencia de la paciente.
- Incentivar la promoción de estilos de vida saludables, al igual que la educación sexual integral en edades tempranas.
- Adaptar la motivación y requerimientos de las gestantes en cuanto a los materiales disponibles.

OTROS PROPUESTAS

- Abordaje de problemas psicosociales concomitantes. Como la delincuencia, la venta de drogas, la educación sexual temprana.
- Abordaje comunitario, charlas en colegios y centros de salud.
- Mejorar las habilidades sociales que incluyan destrezas básicas que se vinculan con el tratamiento terapéutico, habilidades de comunicación y competencias de acción.
- Además de elaborar acciones comunitarias que se enfoquen a la inserción educativa, laboral y social de la paciente.

Estas propuestas serian claramente la base de una transformación positiva ante el tratamiento de esta problemática. Pues se le daría un giro a la forma estigmatizada y lineal que se le da al abordaje sin tomar en cuenta las características y necesidades propias de cada paciente.

ANEXOS

Anexo 1

1-¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias alguna vez?

	No, Nunca (= 0)	Si, en los últimos 3 meses (=6)	Sí, pero no en los últimos 3 meses (=3)
Tabaco			
Cannabis			
Cocaína			
Estimulantes tipo anfetamina, speed, éxtasis,...			
Opiáceos: heroína, metadona, buprenorfina, codeína,...			
Sedantes o pastillas para dormir			
Inhalantes			
Alucinógenos			
Otras:			

Si la respuesta es igual a 0 cero, no hay que seguir preguntando.

Si la respuesta es mayor a 0 cero, prosigue con la entrevista.

2.- ¿En los últimos tres meses con qué frecuencia ha consumido las sustancias que describe?

Diario ()

Semanal ()

Ocasional ()

3.- ¿En los últimos tres meses el consumo de sustancias le ha causado problemas, de salud, sociales legales o económicos?

Salud ()

Social ()

Legal ()

Económicos ()

4.- ¿alguna persona conocida ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo?

Si ()

No ()

5.- ¿alguna vez ha intentado dejar el consumo de drogas?

Si ()

No ()

Anexo 2

Información Personal

Nombres Y apellidos _____

Cédula _____ Edad _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Información Clínica

Embarazos _____ abortos _____ nacidos vivos _____

Enfermedad crónica _____ discapacidad _____

Datos Socioeconómicos

Estudia () trabaja ()

Hogar ()

Casa propia () arrendada () Familiar ()

Rural () Urbana ()

REFERENCIAS

Baiget C, Aguado A, Sellarés J. (2002) *Tratamiento con metadona desde la atención primaria*. Farmacología Medica Cádiz.

Balestrini Marian *Como se Elabora un proyecto de Investigación* (2000) Recuperado www.Academia.edu

Barahona Coloma, G. (2018). *Complicaciones materno fetales en gestantes drogodependientes, en pacientes entre 16 y 20 años de edad* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

Censo 2010, *Instituto Nacional de Estadísticas Ecuador*. www.ecuadorencifras.gob.ec

Díaz M, Reguengo M, Díaz M, Rojo J, Seco C, Ruiz J, Jimeno García J, (2008) *Embarazo y adicción a la heroína (II)*. Resultados perinatólogicos. Toko-Gin Pract 2008.

Díaz M, Rojo J, Reguengo M, Seco C, Pérez J, Jimeno J, (2004). *Embarazo y adicción a la heroína (I)*. *Control de la gestación*. Toko-Gin Pract.

Echevarría J, Callen M, Alustiza E, Orueta Y, Traba L, Paisan L. (2003) *Hallazgos neonatales en hijos de drogadictas*. Especialidades Pediátricas México.

Fernández C, Batista L. (2012). *Metodología de la investigación*. Universidad Ibagué. México

Fernández M, Gual A, Cabezas C. (1999) *Drogodependencias. Atención primaria*. Harcourt Brace de España S.A.

Fidias G Arias, (2006) *Proyecto de Investigación*, Caracas -Venezuela

Galán M, *Metodología de la investigación* (2007) Recuperado www.manuelgalan.blogspot.com

Gallo M, Abehsera M. (2000) *Drogadicción y embarazo*. Clínica ginecológica Barcelona: Salvat.

Gallo M, Lacoste M, Ramírez M, Sánchez M, Lozano M, (2006). *Resultados perinatales de la drogodependencia durante el embarazo*. Clínica Investigación Ginecología Obstétrica.

Gallo Vallejo M, Lacoste Marín J, Abehesera M. (200) *Embarazo y drogodependencia*. Revista Progresos en Obstetricia, España.

García A, Mur A. (2003) *Cocaína y embarazo: repercusión sobre la gestante, el feto y el recién nacido*. Medicina Clínica España.

García A, Mur A.(2002) *Marihuana y gestación: repercusiones sobre la gestante, el feto y el recién nacido*. Medicina Clínica, España.

García J, González V, Gironés M, Pinilla B, Del Toro J, Muño A. (2000) *Complicaciones Neurológicas por Cocaína*. Medicina Interna, España.

García J, Muñoz A, Pinilla B, Gilsanz C, Muiño A. (2005) *Complicaciones Cardiovasculares por Cocaína*. An Med Intern 2005.

Graña M, Aguilar F, Jiménez E, Liz L, Aguilar J (2006). *Cocaína y embarazo*. Ginecología España.

Martínez L. (2000) *Análisis del riesgo de defectos congénitos debido a la ingesta de drogas durante el embarazo*. Medicina Clínica Barcelona España.

Molina A, Bayes García R. (2008) *Drogadicción Materna*. Revista de Especialidad Pediátrica.

Murillo Mero, J. G., & Poma Lopez, A. O. (2019). *Factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes gestantes del Centro de Salud Francisco Jácome de noviembre 2018 a enero 2019* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería).

Nogué S, Sanz-Gallén P. (1999) *Drogas de Diseño*. Medicina Integral.

Ramirez T, Gallo M, Lacoste A, Ramirez T (2011). *Consumo de Cocaína Durante el Embarazo*. Programa Obstétrico Ginecológico. .

Ramsden S, Hubbard J (2002) *Family Expressiveness and parental Emotions*. Journal of abnormal Child Psychology. Washington, DC

Sanz J, Fayos J, Martorell A, Ardit J, Feriols Gil E, Romero M, (2003). *Recién nacidos de madres heroinómanas*. Rev Esp Pediátricas 21 pág.

Shaffer D, (2009) *Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia* International Thompson, México.

Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador- Unicef, (2019). www.unicef.org

Situación de la niñez y la adolescencia en Ecuador (2016). Recuperado de www.Odna.org.ec

Tejeiro LC, Morales R, Morales Lugo R, Morales Padrón M, (1999). *Cocaína y embarazo*. Toko Gin Pract

Urrutía A, Rey-Joly C. (1991) *Problemas médicos de la cocaína*. Medicina Clínica Barcelona España.

Viñolas M, Mur A, López A, Pujals M. (2005) *Resultados perinatales del hijo de madre cocainómana*. An Esp Pediátricas