

# Oportunidades perdidas de detección y prevención del consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. La perspectiva de los profesionales de atención primaria de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2019)

Sánchez-Antelo, V.I.M. y Saavedra, J.V. (2020). Oportunidades perdidas de detección y prevención del consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. La perspectiva de los profesionales de atención primaria de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2019). *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 176-195. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.8>

Victoria Inés María Sánchez Antelo\*  
Jimena Viviana Saavedra\*\*

Recibido: 2 de diciembre de 2019  
Aprobado: 4 de junio de 2020

## Resumen

**Objetivo:** describir posibilidades y limitaciones para la detección y prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SP) entre mujeres embarazadas o amantando desde la perspectiva de profesionales de atención primaria de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. **Métodos:** estudio exploratorio cualitativo con entrevistas en profundidad a profesionales del sistema de salud. El muestreo no probabilístico intencional, relevando casos según especialidad. **Resultados:** Los profesionales reconocieron obstáculos para la detección de casos de uso de SP. En la rutina de la atención, el consumo de SP no es una pregunta habitual en la entrevista clínica; solo cuando se perciben signos de consumo evidente. Aunque conocen la escala AUDIT, no la utilizan. **Conclusión:** existen factores que actúan como barreras para la detección o seguimiento de casos de mujeres embarazadas o lactantes usuarias de SP y que es necesario identificar a fin de reducir las oportunidades perdidas de prevención.

**Palabras clave:** uso de sustancias psicoactivas, mujeres embarazadas, lactancia, perspectiva de género, prevención.

\* Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Tres de Febrero. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: vsantelo@untref.edu.ar.

 [orcid.org/0000-0003-4892-0394](https://orcid.org/0000-0003-4892-0394). **Google Scholar**

\*\* Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Docente e Investigadora, Universidad Nacional de Tres de Febrero. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: jimnaviviana@gmail.com.

 [orcid.org/0000-0003-1958-7166](https://orcid.org/0000-0003-1958-7166). **Google Scholar**



## **Missed opportunities for detection and prevention of psychoactive substance use among pregnant or in the breastfeeding period women. The perspective of primary health care professionals in the Autonomous City of Buenos Aires (2019)**

### **Abstract**

Objective: To describe possibilities and barriers for the detection and prevention of the consumption of psychoactive substances (PS) among pregnant or in the breastfeeding period women from the perspective of primary health care professionals from the Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Methodology: qualitative exploratory study with in-depth interviews with health system professionals. Intentional non-probabilistic sampling, choosing cases according to specialty. Results: The professionals recognized obstacles to the detection of SP use cases. In the routine of care, the consumption of SP is not a common question in the clinical interview except when there are signs of obvious consumption. Although they knew the AUDIT scale, they did not use it. Conclusion: There are factors that act as barriers to the detection or follow-up of cases of pregnant or in the breastfeeding period women users of SP and that need to be identified to reduce the missed opportunities for prevention.

**Key words:** use of psychoactive substances; pregnant women; breastfeeding period; gender perspective, prevention.

### **Introducción**

En la literatura internacional, la potencialidad de un embarazo o la maternidad es un eje central de los estudios que hacen foco en el consumo de sustancias psicoactivas (en adelante SP) protagonizado por mujeres (Ettorre, 2007; Ortigosa-Gómez et al., 2011; Romero-Mendoza y Gómez-Castro, 1997; Stone, 2015). La problemática ha sido extensamente tratada (Gray y Henderson, 2006; Henderson, Kesmodel & Gray, 2007; Whiteman et al., 2014; WHO, 2014). Entre los datos más destacados está que las sustancias legales (alcohol y tabaco) son las más extendidas entre las mujeres que las consumen durante el embarazo.

En los estudios realizados en Argentina, la interrogación sobre la figura de la mujer usuaria de SP, sean estas legales o ilegales, ha sido escasamente tratada. Es a finales de siglo XX que las ciencias sociales y de salud pública empezaron a dar relevancia a las relaciones entre “género y prácticas sexuales” en contexto de consumo de drogas (Camarotti et al., 2009a, 2009b; Epele, 2010; Pecheny et al., 2012).

Por su parte, en los estudios que dejan de lado la problemática del VIH/SIDA y estudian el consumo durante el embarazo, cabe destacar uno realizado en Uruguay que ha puesto el foco en el consumo de tabaco y alcohol (Míguez, Magri y Suarez, 2009). El análisis sobre esos consumos pone de relieve las omisiones históricas de los estudios sobre drogas en general y de consumos protagonizados por mujeres en particular, dado que se trata de las SP con mayor prevalencia en los distintos países, al tiempo que muestra una clara paridad entre varones y mujeres. El estudio destaca que no solo es una problemática para la salud de las mujeres, sino que además analiza los efectos directos sobre el feto y el desarrollo posterior del recién nacido. La naturalización sociocultural del consumo de SP legales no permite hacer visible las consecuencias sanitarias para la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

A partir de la revisión bibliográfica realizada y los datos epidemiológicos disponibles, se puede afirmar que: (a) se evidencia una tendencia nacional al incremento del consumo de diversas SP entre las mujeres en edad fértil, según se observa en los datos del Observatorio Argentino de Drogas (OAD, 2011, 2017). Tal como lo muestran los datos oficiales disponibles, la prevalencia de consumo de SP se incrementó: el consumo de alcohol pasó de 65,2% a 75,9%; el de tabaco de 43% a 47,4%; el de marihuana un 4,7% a 13,6% y de cocaína pasó de 0,8% a 2,6% (OAD, 2017); (b) los lineamientos de los organismos internacionales señalan la necesidad de reconocer por parte de los profesionales de la salud diversas modalidades de usos de drogas y desarrollar estrategias de prevención temprana y promoción de la salud, así como de detección temprana de casos para su derivación (EMCDDA, 2012; WHO, 2014); (c) destacar en este sentido, la diversidad que presentan los usos de las sustancias psicoactivas (SP), principalmente del alcohol, el tabaco, los psicofármacos de uso no supervisado (sin prescripción) y de las sustancias ilegales. (d) Asimismo, independientemente del estatus legal de las sustancias, sus usos deben ser un tema de indagación en la consulta por parte de los profesionales de la salud en general y no solo en los servicios de salud mental

(WHO, 2014). (e) Por último, los cambios legislativos<sup>1</sup> y políticos respecto a los usos de SP, han puesto en evidencia el rol protagónico de los profesionales de la salud en el proceso preventivo y de promoción de la salud.

Cabe señalar que la OMS sugiere la utilización del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT por su sigla en inglés) para identificar consumos excesivos e identificar a las personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono de su consumo (Bador et al., 2001). Su implementación se sugiere para la detección en atención primaria de la salud, ya que proporciona la oportunidad la detección temprana, adoptar medidas preventivas y educar a los pacientes sobre los riesgos del consumo, las consecuencias para la su salud y sugerir un tratamiento, si fuese necesario. En Argentina, si bien el gobierno nacional adoptó esta recomendación para el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes, no se encuentra incorporada como estrategia programática para toda la población ni para todos los distritos (Canay et al., 2018).

En el presente artículo se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos: (1) Identificar las oportunidades perdidas de prevención y promoción de la salud en los contactos entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas o en período de lactancia que consumen SP en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA). (2) Analizar los alcances y las limitaciones definidos por los profesionales de la salud en la detección de consumo de SP en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Se utilizó una perspectiva integral de la salud, que contempla al individuo en su entorno y a la interacción perceptiva con el mismo. Si bien se privilegia el término sustancias psicoactivas (SP), cabe aclarar que cuando se usa el término “drogas” se engloba al conjunto de sustancias que poseen un efecto psicoactivo en el cuerpo

---

<sup>1</sup> En Argentina, desde el retorno a la democracia, se han dado distintos cambios legislativos: la “ley 23.737 de Estupefacientes”, aprobada en 1989, privilegia la mirada penal de los consumos y su tratamiento compulsivo. En 2010 se aprueba la ley 26.657 que ubica a “las adicciones” como objeto de la política de salud mental, sin embargo, los numerosos obstáculos para su aplicación la han dejado casi sin efecto, e incluso se ha buscado derogarla. En 2014, a través de la ley 26.934 se crea el “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos” de sustancias legales e ilegales introduce, entre otros aspectos, la incorporación de los tratamientos al Plan Médico Obligatorio y la ampliación de los efectores de salud con perfil comunitario. Su aplicación ha estado condicionada. Finalmente, a inicios del 2017, se aprueba la ley 27.350 que establece la regulación para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico o paliativo del dolor de la planta de cannabis y sus derivados. Este entramado jurídico se traduce en tensiones cotidianas que involucran una variedad de actores institucionales y cristalizan solo una parte del debate político sobre los usos de las drogas en Argentina (Cunial, 2016, 2018).

humano, siempre con independencia del estatus legal de las mismas. Se adoptó una perspectiva de género que habilite a una mirada crítica y reflexiva acerca de las relaciones y las prácticas sociales, en este caso, del consumo de drogas. Esto implica analizar las relaciones de poder entre los géneros, las cuales atraviesan todo el entramado social y se articulan con otros mecanismos de diferenciación y jerarquización como las derivadas de los roles y los estatus sociales (profesional de la salud/mujer que demanda atención), así como las derivadas de la pertenencia a un sector socioeconómico, grupo étnico, grupo etario, orientación sexual y creencia religiosa (Campbell & Ettore, 2011; Hankivsky et al., 2017).

Es esperable que una mujer que cursa un embarazo entre en contacto con los servicios de salud: si no es para cumplir con los controles prenatales mínimos recomendados, al menos al momento de dar a luz. Allí pueden desencadenarse diversos escenarios. Desde la perspectiva de las mujeres, esos contactos con los servicios de salud, según Stone (2015), están signados por el temor a la detección del consumo, por el despliegue de estrategias para evitar la pruebas que evidencien el consumo de SP, por un proceso de evaluación constante acerca de la información que se facilita/omite al profesional de salud (administración estratégica de la “honestidad”) y a un fuerte sentimiento de aislamiento derivado de la imposibilidad de establecer lazos de confianza con personas de su entorno o con los profesionales de la salud.

Se utilizó el concepto de oportunidades perdidas por el sistema de salud, muy extendido en la estrategia de atención primaria de la salud, para reconstruir el tránsito de estas mujeres por los diversos servicios de salud y así detectar aquellas situaciones o contactos en los que se podría haber dado lugar a una orientación/consejería, haber producido una detección temprana o dado lugar a una derivación específica. Las oportunidades perdidas pueden explicarse como el resultado del conjunto de “prácticas simbólicas que definen las propiedades de los vínculos y las posiciones entre los usuarios/as de drogas y las instituciones del Estado, particularmente las de salud” (Epele, 2007, p. 155). Esas prácticas simbólicas se basan, desde la experiencia de los usuarios de drogas, en la represión y la persecución. La lógica de la sospecha es la forma en que se estructura el poder y contamina todos los espacios vinculados al Estado, del cual los efectores de salud son parte (Epele, 2007).

Concretamente, la oportunidad de prevención o detección del consumo por parte del equipo de salud puede darse en el momento de una entrevista clínica inicial sobre embarazo o control pediátrico, cuyo motivo de consulta suele ser diferente al

consumo de SP. Este encuentro puede enmarcarse en un centro de atención primaria de la salud, así como en otras instancias de consulta.

En las relaciones establecidas entre usuarias de drogas y profesionales que las atienden, se definen las posibilidades/barreras de acceso a los servicios de salud. En la concepción acerca de cómo se define y cómo se aborda un caso de consumo por parte de los profesionales, delimita las posibilidades/oportunidades que tendrá esa usuaria de drogas, embarazada o en período de lactancia, a una intervención oportuna que, al menos, reduzca riesgos y daños. En este contexto, el concepto de accesibilidad es entendido como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Garbus, Solitario y Stolkiner, 2007). Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Garbus et al. 2007).

Desde la perspectiva de los profesionales de salud, se pueden entender como barreras a todos aquellos obstáculos que identifican para abordar ese vínculo entre el sistema de salud y las mujeres. Este trabajo se focaliza en esas barreras que los profesionales refieren para la prevención y la detección de consumo de SP en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo desde un enfoque metodológico cualitativo. La población en estudio abarcó a profesionales del sistema de salud público y privado que atendieron a mujeres embarazadas y/o mujeres en período de lactancia consumidoras de SP, cuya práctica profesional se desempeña en la CABA y que, al momento del relevamiento, tenían una antigüedad mayor o igual a 5 años en el sistema. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, basado en la accesibilidad a los casos.

Estudios previos han puesto el foco en los especialistas de la salud mental (Sánchez et al., 2018). Sin embargo, la necesidad de detectar oportunidades perdidas por el sistema de salud llevó a seleccionar profesionales de distintas especialidades: medicina general y familiar, clínica médica, pediatría puericultura, enfermería, obstetricia y en ginecología-obstetricia. En todos los casos, son especialidades con posibilidad de atender a mujeres embarazadas o en período de lactancia.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el año 2019, en las instituciones donde los profesionales desarrollan su práctica profesional. La muestra final estuvo conformada por 10 profesionales. El tamaño final se delimitó por criterio de saturación teórica (Glaser & Strauss, 2006).

Se realizaron entrevistas en profundidad individuales y presenciales, guiadas por una entrevistadora mujer formada en ciencias sociales. Se utilizó una guía de temas, orientadas a recabar las siguientes dimensiones: 1. Caracterización de las mujeres atendidas; 2. Caracterización de los escenarios de consulta en los que se entra en contacto con mujeres que se presumen consumidoras de SP. 3. Descripción de los procesos de detección, modos de abordaje y seguimiento de los casos; 4. Evaluación y opiniones sobre las posibilidades y las limitaciones de su actuar profesional y el rol institucional en el abordaje. 5. Datos del perfil: sexo; antigüedad en la profesión; formación académica; especialidad; rol institucional (residente, planta, jefe de servicio, etc.); nivel de atención (primaria, complejidad media o alta); subsistema en el que atiende (público/ privado/ obra social).

Las entrevistas se registraron en audio, previo consentimiento informado, para su posterior transcripción literal. El corpus se codificó en ejes temáticos a partir de los que se compararon las distintas entrevistas. En una segunda codificación, se identificaron subtemas emergentes. Se utilizó el software ATLAS. Ti 6.2 para el procesamiento de datos.

Al momento del contacto con las personas entrevistadas se les informó sobre los objetivos del estudio, beneficios, riesgos e inconvenientes. Se asumió el compromiso de la confidencialidad de la información, se explicó su derecho a abandonar el estudio y las responsabilidades de las investigadoras de acuerdo con la Declaración de Helsinki (AMM, 2008). En todas las fases se garantizó la confidencialidad y se protegió el anonimato, así como el uso exclusivo de los datos para fines académicos. Los criterios éticos utilizados se enmarcan en la ley argentina de protección de datos sensibles (Ley 25.326) y en los lineamientos fijados por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2011).

## Resultados

Se entrevistó a diez profesionales de la salud de distintas especialidades que habían atendido a mujeres embarazadas o mujeres en periodo de lactancia consumidoras de SP. La tabla 1 sintetiza el perfil de las personas entrevistadas.

**Tabla 1.** Perfil de las personas entrevistadas

| #  | Edad | Género | Profesión/especialidad                           | Sector            |
|----|------|--------|--|-------------------|
| 1  | 46   | Mujer  | Licenciada en puericultura                       | Pública/Privado   |
| 2  | 35   | Mujer  | Médica generalista                               | Público           |
| 3  | 34   | Mujer  | Médica pediatra                                  | Público / Privado |
| 4  | 32   | Mujer  | Médica pediatra                                  | Público           |
| 5  | 35   | Mujer  | Médica generalista                               | Público           |
| 6  | 43   | Mujer  | Médica pediatra                                  | Público / Privado |
| 7  | 70   | Varón  | Médico especialista en ginecología y obstetricia | Público / Privado |
| 8  | 54   | Varón  | Médico especialista en obstetricia               | Público / Privado |
| 9  | 42   | Mujer  | Médica especialista en obstetricia               | Público           |
| 10 | 46   | Mujer  | Licenciada en Obstetricia                        | Público           |

*Fuente:* elaboración propia.

En este artículo se sintetizan los resultados del análisis de los relatos de los profesionales relacionados con las barreras u obstáculos para la detección, abordaje o seguimiento de casos de consumo de SP y contención para las mujeres. Del análisis se destacó que: a) reconocen distintas barreras y obstáculos tanto institucionales como de otra índole para la detección, abordaje y/seguimiento de casos de consumo de SP y contención para las mujeres; b) no se indaga sistemáticamente sobre la utilización de SP; y cuando se hace, es de forma selectiva, a partir de “otros indicios” (aspecto y conducta de la paciente). En el análisis se incorporó una mirada con perspectiva de género que permitiera detectar diferencias en las percepciones de los profesionales varones y mujeres. Sin embargo, no se hallaron distinciones destacables y en su mayoría coinciden en el modo en que caracterizan a las mujeres. Aunque es necesario mencionar que el tamaño de la muestra debería ampliarse para indagar más sobre este punto en particular.

De las entrevistas, surgió como uno de los obstáculos para el tratamiento de estos casos la falta de trabajo interdisciplinario. Esta noción involucra los factores derivados de la fragmentación del proceso de atención, donde algunas disciplinas demandan ser reconocidas como parte del equipo de atención a estas pacientes (p. e. E1: puericultora). De forma complementaria, otras profesionales (médicas generalistas y pediatras) advierten sobre la necesidad de involucrar en sus consultas otras disciplinas. Esto denota, por un lado, la necesidad de estos profesionales de sortear la fragmentación disciplinaria. A la vez que, por otro, la falta de definición común acerca de qué es un equipo de atención y qué disciplinas conforman la “interdisciplina” para el abordaje de mujeres embarazadas o en período de lactancia. “Quizás estaría bueno hacer consultas junto con trabajo social o salud mental, porque si no te conocen o no tienen confianza es difícil que se abran tanto” (E5: Médica generalista).

Las personas entrevistadas destacan a la importancia del trabajo interdisciplinario ya que definen el consumo de SP como un problema cuyo abordaje excede la mirada específica de cada especialidad. Aun así, ubican la problemática como propia en el campo específico de la salud mental y como territorio de intervención de las disciplinas sociales, dejando fuera a las especialidades médicas. Suponen que, por ejemplo, la presencia constante de un equipo de salud mental facilitarían el abordaje de los casos de consumo (E10: Obstétrica). En los casos de las personas entrevistadas (E8/E9: Médicos obstetras) cuyas funciones las ejercen principalmente en el servicio de guardia médica del hospital, refieren como impedimento para el abordaje la ausencia de profesionales de psiquiatría de manera constante dentro del hospital. Al mismo tiempo destacan la presencia del área de “servicios sociales” que, aún con limitaciones institucionales, trabajan en conjunto dentro del hospital. “Yo creo que tiene que ver con una voluntad política de darle visibilidad a esto, entenderlo como un problema de salud y social y trabajarlo desde la interdisciplina, desde todas las áreas. Es la única manera” (E6: Médica pediatra).

Otros de los factores principales en cuanto al acceso y abordaje de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia consumidoras de SP pueden agruparse dentro de la categoría falta de recursos institucionales, que incluyen varios tipos, como falta de personal, herramientas comunicativas, tiempo, capacitación, entre otros. La falta de personal se traduce en escasez de tiempo de los profesionales individuales.

En las entrevistas se menciona que el tiempo es uno de los obstáculos para detectar o habilitar el abordaje de los casos de consumo. El tiempo de consulta es acotado y obliga a priorizar determinados aspectos en el abordaje y dejar por fuera otros como la indagación sobre el consumo de alcohol u otras SP (E5: Médica generalista). En los casos que relatan haber dedicado más tiempo a un caso en particular (por considerarlo “de riesgo”), esa decisión va en detrimento de otros pacientes (E6: Médica pediatra). La toma de decisiones clínicas queda supeditada a una lógica de “economía del tiempo”, donde una de sus consecuencias es la imposibilidad de generar un vínculo de confianza, condición necesaria para dar lugar a la charla sobre el consumo (E2: Médica generalista). Una de las razones por las que el tiempo es acotado es la gran cantidad de pacientes en espera de ser atendidos, lo cual es un problema a la hora de intentar abordar un caso de consumo (E9: Médica obstetra).

O sea, vos para generar la confianza para que una paciente te diga su adicción tenés que tener tiempo. No te puedo dar tiempo, bueno entonces necesito magia. No tengo magia. Vos si ves diez pacientes en una hora no te vas a enterar jamás lo que fuma la señora, no te vas a enterar ni lo que come. (E8: Médico obstetra)

Algunas de las entrevistadas también refieren que les es difícil tener disponibilidad para definir la modalidad de trabajo y hacer efectiva la interdisciplina:

Acá creo que el principal obstáculo es la falta de tiempo para sentarnos y buscar herramientas. Hay un equipo de consumo que funciona los martes, pero no cuenta con tanta gente, ahora comenzaron a trabajar con escuelas. Esencialmente falta tiempo para organizarnos y organizarnos en especialidades, como de diabetes, etc. (E2: Médica generalista)

La falta de capacitación es una necesidad expresada por los mismos profesionales, siendo la comunicación con este tipo de pacientes un factor que puede obstaculizar el abordaje y convertirse en una oportunidad perdida. No se trata solo de cómo responder clínicamente al caso de consumo, sino de adquirir herramientas que permitan indagar y detectarlo. Muchas veces desde la misma formación universitaria, ya se encuentran con una vacancia en cuanto a cómo realizar este tipo de abordajes: “[...] es difícil de ver a simple vista, siento que me falta capacitación incluso para abordar esta temática desde la charla con cada paciente, sin ir a preguntas tan directas o que suenen de forma acusatoria (E2: Médica generalista)”.

Incluso en cuanto a cómo responder en los casos extremos en que la paciente acude a una guardia en un estado de crisis:

[...] para nosotros es re difícil manejar esas cosas, no tenemos psiquiatra, no tenemos psiquiatra de guardia, tenemos que llamar digamos al psiquiatra de la municipalidad y esperar que venga y toda esa transición de tener que esperar a que venga, si la paciente está muy excitada o muy violenta es muy difícil de manejar para nosotros [...]. Es re difícil de manejar para nosotros. Primero porque no tenemos formación en ese sentido... (E9: Médica obstetra)

Una vez detectado un caso de consumo, emergen otros factores, ahora vinculados a la respuesta del sistema: la falta de herramientas institucionales y de redes de contención para los pacientes y así lograr que sostengan los tratamientos. Esta idea alude a las herramientas políticas relacionadas con tratamientos preventivos o redes de contención que realicen el seguimiento de los casos (médicas generalistas), como así también a estrategias de derivación en caso de detección de casos de consumo (E5: Médica generalista; E10: Obstétrica). Sugieren, además, la necesidad de la intervención institucional para la inclusión y acompañamiento:

El acompañamiento, sostener el acceso porque generalmente no tiene alguien que los acompañe se sienten solos, o se sienten así porque están tan despojados y fuera del sistema que los centros de salud deben suplir eso también. Deben ser un lugar de contención acompañado de políticas públicas. (E4: Médica pediatra)

Uno de los ejemplos citados por las personas entrevistadas refiere al caso en que las mujeres acuden al hospital en una situación de embarazo a término y se encuentran en situación de consumo. Son atendidas, pero no hay contención posterior para su caso (E8: Obstetra; E9: Obstetra) ni tampoco herramientas institucionales para ello. Esto se puede asociar a la ausencia de políticas públicas al respecto (E9: Obstetra),

(...) Sí, si tiene una patología, acá, se internan por las consecuencias digamos, no por el consumo en sí. Si la señora consume y se da que no tiene ninguna complicación, se va a ir y seguir consumiendo todo lo que quiera. (...) No se va a quedar internada por eso. (E8: Obstetra)

En la experiencia de las personas entrevistadas al indagar sobre el consumo de SP ilegales, se menciona, por un lado, la noción de la falta de honestidad por parte de las pacientes en relación con el prejuicio acerca de que no van a decir la verdad (E1: Puericultora) o que generalmente responden que no consumen (E2: Médica generalista). Incluso una de las entrevistadas (E6: Médica pediatra) plantea que, por su trabajo en desarrollo infantil, es de vital importancia preguntar siempre sobre el consumo, pero en ocasiones también pueden llegar a negarlo. Al respecto, refirieron también como problemática la cuestión acerca de cómo preguntar/abordar el tema sin que la paciente mienta e hicieron la salvedad de que no sucede lo mismo en casos de atención de guardia, en consultorio privado o casos de clínicas u hospitales en los que se hace el seguimiento con la paciente durante todo o gran parte de su embarazo (E7: Médico ginecólogo-obstetra; E8: Médico obstetra).

Respecto al consumo de tabaco, no sucede lo mismo ya que según la percepción de las entrevistadas como “más fácil” de preguntar y se percibe el olor (E3: Médica pediatra). Es por ello por lo que también suelen guiarse por la “actitud de las respuestas” y el “lenguaje corporal”: “Yo, personalmente pregunto sobre estos temas y lo leo en la actitud de sus respuestas, es estar atenta a su lenguaje corporal también. Y comenzamos a hablarlo y de esta manera van surgiendo sus preguntas (E1: Puericultora)”.

Esas razones son las que suelen llevar a los profesionales a guiarse por “otros indicios” para detectar el consumo de SP en sus pacientes. Puede ocurrir que sospechen sobre el consumo en los casos en que las embarazadas sean adolescentes, primerizas y jóvenes (E1: Puericultora; E10: Obstétrica) o cuando sus pacientes viven en situaciones de calle o de mayor vulnerabilidad social (E3/E4/E6: Médica Pediatras; E10: Obstétrica; E8/E9: Médicos obstetras):

Las mujeres que suelen consumir son aquellas que viven situaciones de mayor vulnerabilidad que están más solas, desprotegidas. En este centro de salud son pocas mujeres que buscaron sus embarazos. Y la noticia no es bien recibida, acá se da la posibilidad a la opción de la ILE [interrupción legal del embarazo], pero muchas vienen con embarazos muy avanzados de seis o siete meses y ya no se pueden hacer abortos, pasamos a sostener el embarazo y es muy difícil. (E4: Médica pediatra)

Las personas entrevistadas coincidieron en que el consumo de SP asociado a situaciones de vulnerabilidad social suele ser más problemático que otros casos y por ello asocian estos casos a problemas más “estructurales” que del consumo en sí (E8/E9: Médicos obstetras; E10: Obstetra):

Nosotros a veces prolongamos la internación porque decimos bueno acá se baña, acá come, acá está caliente, acá esto, pero bueno en algún momento tiene que volver a su estructura, ¿no? El problema estructural va mucho más allá de la institución. (E9: Médica obstetra)

La medicina es limitada. Tenés factor social y factor cultural, vos llegás hasta ahí. Hay relación, por lo menos yo lo veo, en lo que yo hago, hay una relación entre nivel sociocultural y el tipo de adicción y la manera en que lo resuelve. (E8: Médico obstetra)

En todos los casos se les preguntó a los profesionales acerca de qué instrumentos o herramientas se utilizan para detectar el posible consumo en las mujeres que acuden a sus consultas. Como se mencionó, según las recomendaciones institucionales el AUDIT es la herramienta sugerida para la detección temprana. Y las personas entrevistadas señalaron que, si bien conocen este instrumento, no suelen utilizarlo. No solo no se utiliza ningún test, tampoco existe un protocolo de actuación y el abordaje depende de cada profesional e incluso la decisión sobre si dejarlo asentado en la historia clínica o no (E5: Médica generalista).

A partir de los datos obtenidos se desprende que existen varios factores que actúan como barreras u obstáculos para la detección o seguimiento a las mujeres que están embarazadas o son mujeres en período de lactancia y son consumidoras de SP. Se sostiene que estos factores tienen relación con la existencia de oportunidades perdidas al momento de identificar y abordar estos casos como así también en el tratamiento posterior de las mujeres que son usuarias de SP.

## Discusión

El artículo se propuso describir los alcances y las limitaciones identificados por los profesionales de atención primaria de la salud en el abordaje de las mujeres embarazadas y/o en periodo de lactancia que consumen sustancias psicoactivas (SP) de CABA. Entre los principales hallazgos se pueden destacar que en la entrevista clínica no se ha incorporado como parte de la rutina la indagación sobre el consumo de SP.

Solo se plantea a determinado tipo de paciente. Aun cuando los profesionales conocen escalas como AUDIT, evitan su uso como parte de una entrevista clínica estándar. Entre las dificultades reportadas para indagar sistemáticamente sobre el consumo han señalado problemas de capacitación; límites o dificultad para el trabajo interdisciplinario, falta de recursos institucionales y falta de redes apoyo al trabajo profesional para garantizar derivaciones efectivas o trabajo interinstitucional.

### **Indagación sobre el uso de SP**

En relación con la indagación en el momento de la consulta sobre la utilización de SP se considera, a partir de los datos obtenidos, que también actúa como obstáculo/barrera. En las entrevistas realizadas se detectó que, en general, no se indaga sistemáticamente sobre la utilización de SP. Esto resulta alarmante, en particular cuando los estudios internacionales demuestran el incremento del consumo de alcohol y de tabaco durante el embarazo (Gray & Henderson, 2006; Henderson et al., 2007; Whiteman et al., 2014; WHO, 2014); prevalencia que se asoció a la escasa información respecto a las consecuencias en el feto (López, Filippetti, y Cremonte, 2015) y que es reflejo de la brecha entre la información que tienen las mujeres y la información proveniente de sus médicos (López, 2013).

En la investigación llevada a cabo por Holland et al. (2016) sobre el consumo de marihuana en mujeres embarazadas, se destacan como principales conclusiones que los médicos obstetras durante la consulta solo introducen la problemática para referir a la ilegalidad de la sustancia o a la posible participación del servicio de protección infantil al momento del nacimiento. No refieren priorizar el riesgo para la salud que implica el consumo de la sustancia y en algunos casos asumen que no tienen información certera sobre posibles consecuencias del consumo perinatal de marihuana (Holland et al., 2016). Según nuestros datos, la indagación se hace de forma selectiva, a partir de indicios como el aspecto de la mujer y la conducta, así como, también por tratarse de casos de evidente vulnerabilidad social (personas en situación de calle).

El temor de las pacientes a asumir la situación de consumo puede relacionarse con la falta de confianza en los profesionales a quienes acuden durante sus primeros controles. No se puede dejar de lado la subjetividad de las mujeres, ya que los contactos con los servicios de salud están signados por el temor a la detección del consumo y por el despliegue de estrategias para evitar la pruebas que evidencien el

consumo de SP (Stone, 2015). En este sentido, entre las barreras que surgieron de las entrevistas se mencionan la falta de tiempo o de recursos comunicativos para establecer lazos de confianza con las pacientes. Ambas situaciones pueden decantar en el temor de las mujeres a referenciar el consumo actuando como barrera subjetiva. Por otro lado, algunas de las personas entrevistadas refirieron que es difícil preguntar sobre el consumo “sin que la paciente mienta”. Vale señalar que el estigma social con que cargan las mujeres consumidoras se incrementa si son madres, lo cual es esperable que funcione como un obstáculo en las relaciones que establecen con los servicios de salud en general y en particular los de salud mental (Bordoni, et al., 2016; EMCDDA, 2012; Leonardi, 2001; Ortigosa Gómez et al., 2011; Stengel, 2014; Tabbush y Gentile, 2014). Castilla y Lorenzo (2012) plantean que, en el marco de un contexto cotidiano marcado por la vulnerabilidad social, la precariedad y la marginalidad, la situación de consumo opera como una “doble exclusión”, esto es, ser pobres y adictas.

### **Capacitación y trabajo interdisciplinario**

Al entender la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Comes y Stolkiner, 2004) se reconocen como barreras a todos aquellos obstáculos que son identificados para abordar el vínculo en cuestión. Si bien los obstáculos varían entre los/as entrevistados/as, se hallaron algunos ejes comunes: la falta de trabajo interdisciplinario es un obstáculo que aparece en reiteradas ocasiones entre los/as profesionales entrevistados/as y se entiende que entra en relación con otro de los factores nombrados, la falta de capacitación para el abordaje de casos de mujeres que están embarazadas o que son madres usuarias de SP. En la investigación realizada por López (2013), se sugiere que comprender los factores psicosociales que se relacionan con el consumo de alcohol durante la gestación es fundamental para el desarrollo de programas de prevención. La capacitación de profesionales de la salud, sobre la base del trabajo interdisciplinario, es importante para enfocarse en la prevención.

### **Recursos institucionales**

Otra barrera identificada se relaciona con la falta de recursos institucionales como pueden ser escasez de personal, herramientas de comunicación, capacitación, tiempo. Varios entrevistados marcaron una diferencia entre la atención en hospital público o centro de atención primaria y la atención en consultorios privados. En este último

caso, el tiempo de consulta no suele ser un obstáculo y se sugiere el tema a considerar en una segunda etapa de esta investigación. Siguiendo la línea de algunos de los antecedentes, se considera que el vínculo médico paciente es de suma importancia para detectar el consumo en mujeres embarazadas (Castilla y Lorenzo, 2012) y, por lo tanto, la escasez de tiempo de consulta sería uno de los principales obstáculos en la construcción de este vínculo. Stone (2015) plantea que en los contactos con los servicios de salud pueden darse varios escenarios; uno de ellos es la posibilidad de que la paciente omite información al profesional, debido a la imposibilidad de establecer lazos de confianza con los profesionales de la salud. En las entrevistas realizadas se resaltó dentro de la barrera/obstáculo “falta de tiempo” que este es un motivo por el cual no se llega a lograr indagar sobre el consumo o impide que la paciente “se abra” a contar sobre el mismo.

La falta de herramientas institucionales y ausencia de redes de contención, una vez identificado o detectado un caso de consumo, es otra de las barreras identificadas por los/as entrevistados/as. Se citaron casos en que no hay herramientas de derivación para casos de consumo o estrategias relacionadas con el “servicio social” que puedan derivar en una contención para las mujeres que ya están en situación de consumo. Los/as profesionales asociaron este aspecto a la falta de políticas públicas. En línea con esta problemática, en el trabajo de investigación de Bordoni et al. (2016) se propone como abordaje la implementación de un trabajo interdisciplinario, intersectorial y en red para trabajar con las mujeres consumidoras.

### **Limitaciones e implicaciones**

Se considera que esta línea de investigación puede quedar abierta para un trabajo posterior, dadas las limitaciones de este estudio en cuanto a la muestra acotada de profesionales entrevistados. Al tiempo, es importante ampliar la diversidad de especialidades a indagar e incorporar a la muestra profesionales varones y de otros rangos etarios. De ese modo se contribuiría a poner en evidencia, si es que existen, otros obstáculos encontrados por los profesionales de la salud al momento de atender a mujeres embarazadas o en período de lactancia consumidoras de SP. Es necesario continuar este tipo de indagaciones con un mayor alcance, en cuanto a población y recursos, para medir efectivamente la dimensión de la problemática planteada, a fin de lograr contribuir de algún modo en la diagramación de políticas públicas.

## Conclusión

Los datos obtenidos señalan los factores que actúan como obstáculos o barreras tanto para la detección como para la continuidad de un tratamiento en los casos de las mujeres que están embarazadas o en periodo de lactancia consumidoras de SP. Se considera que estos factores, dentro de los que se incluyen tanto los institucionales, los profesionales o estructurales como los que operan de modo subjetivo desde las mismas pacientes, son los que hay que continuar identificando a fin de reducir las oportunidades perdidas por los profesionales de la salud.

## Agradecimientos

El presente artículo está enmarcado dentro de los resultados del proyecto 2018-2020 “Oportunidades perdidas de prevención con mujeres embarazadas o que son madres consumidoras de sustancias psicoactivas: la perspectiva de los profesionales” financiado por la Secretaría de Investigación y Desarrollo de la Universidad Nacional de Tres de Febrero, de la cual ambas autoras somos docentes e investigadoras.

## Referencias

- AMM. (2008). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial. Bador, T F., Higgins-Biddle, JC., Saunders, JB. y Monteiro, MG. (2001). AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Bordoni, M.F., Cafferata, A., Goldestein, B. y López, M. (2016). Maternidad y adicciones. La supervisión como instancia de formación profesional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(1), 21-26.
- Camarotti, A.C., Mendes-Diz, A.M. y Romo, N. (2009a). Consumo de pasta base de cocaína en mujeres de zonas marginalizadas del Área Metropolitana de Buenos Aires. En *XXVII Congreso ALAS “Latinoamérica interrogada”*. Buenos Aires.
- Camarotti, A.C., Mendes Diz, A.M. y Romo, N. (2009b). Prácticas y experiencias en consumidoras de pasta base de zonas marginalizadas de la Ciudad de Buenos Aires. En *VIII Jornadas de Sociología. Organizadas por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires.

- Campbell, N., and Ettore, E. (2011). *Gendering Addiction. The Politics of Drug Treatment in a Neurochemical World*. London, New York: Palgrave Macmillan. DOI: <https://doi.org/10.1057/9780230314245>
- Canay, R., Nápoli, M., Pomares, L., Rosner, M., Escobar, J. C., Cassini, M., ... Dománico, A. (2018). *Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones* (1ª ed.). Buenos Aires: MSAL.
- Castilla, V. y Lorenzo, G. (2012). Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 36, 69-89.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2004). "Si Pudiera, Pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA*, 12, 137-143.
- Cunial, S. (2016). Conflictos alrededor de cuestiones con poca saliencia política: el debate por la despenalización de drogas en Argentina (2009-2014), *Revista SAAP*, 10(2), 221-248.
- Cunial, S. (2018). Políticas públicas sobre cuestiones morales conflictivas: el caso de la despenalización del consumo de drogas en Argentina. *Revista Española de Ciencia Política*, (47), 123-149.
- EMCDDA. (2012). Pregnancy, childcare and the family: key issues for europees response to drugs, 1-32. DOI: <https://doi.org/10.2810/72819>
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, (25), 151-168.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* (1st ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Ettore, E. (2007). *Revisión Women and Drug Use: Gender, Power and the Body* (1st ed.). New York, London: Palgrave Macmillan.
- Garbus, P., Solitario, R. y Stolkiner, A. (2007). Derechos, ciudadanía y participación en salud: articulaciones con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca*, 56-59.
- Glaser, B.G., and Strauss, A. (2006). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (3rd ed.). New Jersey: Transaction Publishers Rutgers.

- Gray, R., and Henderson, J. (2006). *Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure. Report to the Department of Health*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., and Repta, R. (2017). The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global Health Action*, 10(sup2), 1326686. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326686>
- Henderson, J., Kesmodel, U., and Gray, R. (2007). Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking. *Journal of Epidemiology Community Health*, 61(12), 1069-1073. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.054213>
- Holland, C.L., Nkumsah, M.A., Morrison, P., Tarr, J.A., Rubio, D., Rodriguez, K.L., ... and Chang, J.C. (2016). “Anything above marijuana takes priority”: Obstetric providers’ attitudes and counseling strategies regarding perinatal marijuana use. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1446-1451.
- Leonardis, M. De. (2001). El abordaje de los consumos de drogas por equipos asistenciales de salud. El caso de la maternidad y la adolescencia. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 20(3), 100-104.
- López, M.B. (2013). Knowing, valuing and acting: Relationships between information, attitudes and drinking during pregnancy. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 13(1), 35-46.
- López, M.B., Filippetti, V.A. y Cremonte, M. (2015). Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 37 (4-5), 211-217.
- Míguez, H., Magri, R., y Suárez, M. (2009). Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas durante el embarazo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(2), 76-83.
- MSAL. (2011). *Guía para Investigaciones en Salud Humana* (1st ed.). Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga.
- OAD. (2011). *Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 - 2010 población de 16 a 65 años*. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas.
- OAD. (2017). *Sexto Estudio Nacional En Población De 12 a 65 Años, Sobre Consumo De Sustancias Psicoactivas (2017). Informe de los principales resultados sobre la población femenina* (1st ed.). CABA: Sedronar.

- Ortigosa Gómez, S., López-Vílchez, M.A., Díaz Ledo, F., Castejón Ponce, E., ..., y Mur Sierra, A. (2011). Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión neonatal. Análisis de los períodos 1982-1988 y 2002-2008. *Medicina Clínica*, 136(10), 423-430. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.06.032>
- Pecheny, M., Hiller, R., Manzelli, H. y Binstock, G. (2012). Mujeres, infección por VIH y uso de drogas en la Argentina reciente. In *Epele, M. (Comp) Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (1a ed., pp. 25-55). Buenos Aires: Antropofagia.
- Romero-Mendoza, M. y Gómez-Castro, C. (1997). La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento. *PerinatolReprodHum*, 11(4), 207-216.
- Sanchez Antelo, V., Jeifetz, V. J. et al. (2018). *Estudio cualitativo y comparativo sobre perfil, accesibilidad y adherencia al tratamiento de mujeres que usan sustancias psicoactivas legales e ilegales en cuatro ciudades de la República*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dirección de Investigación para la Salud- Ministerio de Salud de la Nación.
- Stengel, C. (2014). The risk of being ‘too honest’: drug use, stigma and pregnancy. *Health, Risk & Society*, 16(1), 36-50. DOI: <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.868408>
- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health y Justice*, 3(1), 2. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>
- Tabbush, C. y Gentile, M.F. (2014). Madres transgresoras y Bebés “tumberos”: La regulación de la maternidad y la crianza tras las rejas. En *Tarducci, M. (comp), Feminismo, lesbianismo y maternidad en Argentina* (1st ed., pp. 1-18). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Librería de Mujeres.
- Whiteman, V.E., Salemi, J.L., Mogos, M.F., Cain, M.A., Aliyu, M.H., and Salihu, H. M. (2014). Maternal opioid drug use during pregnancy and its impact on perinatal morbidity, mortality, and the costs of medical care in the United States. *Journal of Pregnancy*, 2014(906723), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/906723>
- WHO. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (1st ed.). Geneva: World Health Organization. DOI: [https://doi.org/10.1007/SpringerReference\\_44514](https://doi.org/10.1007/SpringerReference_44514)