

Oportunidades perdidas de prevención con mujeres embarazadas y/o que son madres consumidoras de sustancias psicoactivas: la perspectiva de los profesionales.

Jimena Saavedra y Victoria María Inés Sánchez Antelo.

Cita:

Jimena Saavedra y Victoria María Inés Sánchez Antelo (2019). *Oportunidades perdidas de prevención con mujeres embarazadas y/o que son madres consumidoras de sustancias psicoactivas: la perspectiva de los profesionales. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/513>

Jornadas Sociología UBA 2019

- Título de la ponencia: “**Oportunidades perdidas de prevención con mujeres embarazadas y/o que son madres consumidoras de sustancia psicoactivas: la perspectiva de los profesionales**”
- Nombre y Apellido Autor/es: **Jimena Viviana Saavedra –Victoria Inés María Sánchez Antelo**
- Eje Temático: **Eje 5: Estado y políticas públicas**
- Nombre de mesa: **Mesa 88 “Políticas, proyectos y acciones en salud”**
- Institución de pertenencia: **Universidad Nacional de Tres de Febrero**
- E-mail: jimenaviviana@gmail.com

Resumen

La OMS en 2014 estableció como línea de actuación incorporar a la consulta de control prenatal el screening respecto al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (SP). Este trabajo propone **describir** los alcances y las limitaciones definidos por los profesionales de la salud en el abordaje de las mujeres embarazadas y/o madres que consumen SP del AMBA.

Se utilizó un estudio exploratorio de enfoque cualitativo. Se realizaron 6 entrevistas en profundidad a profesionales del sistema de salud (público y privado) del área metropolitana de Buenos Aires. Se realizó un análisis de contenido temático con asistencia del software ATLAS. Ti

De los relatos de los profesionales se destaca que: a) reconocen distintas barreras institucionales para la contención para las mujeres; b) no indagan 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); c) Si bien están familiarizados con criterios e instrumentos de screening, no se utilizan.

Palabras clave: Usos de sustancias psicoactivas - Embarazo – Lactancia –Perspectiva de Género

Introducción

La revisión sistemática sobre consumo de sustancias en mujeres, así como los datos epidemiológicos disponibles permiten afirmar que: (a) Se evidencia una tendencia nacional al incremento del consumo de diversas SP entre las mujeres en edad fértil (OAD, 2011, 2017b, 2017a); (b) Existen distintas formas de usar de las sustancias psicoactivas (SP), principalmente del alcohol, el tabaco, los psicofármacos de uso no supervisado (sin prescripción) y de las sustancias ilegales; (c) 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 (EMCDDA, 2012; WHO, 2014); (d). En el contexto de debate legislativo y político argentino respecto a los usos de SP, se ha tornado evidente que los profesionales de la salud son protagonistas en el proceso preventivo y de promoción de la salud. (e). Los estudios sobre el uso de drogas entre mujeres, indican que el inicio del consumo, la relación que se establece con cada sustancia y las modalidades de consumo (cómo, dónde, cuándo y con quién) varían según la etapa del ciclo de vida de las personas y adquieren diversos significados según el género (Sánchez Antelo, 2016a, 2016b, 2017; Sánchez Antelo et al., 2018).

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia¹ cuyos objetivos fueron describir los perfiles de las embarazadas y/o madres mujeres en período de lactancia que consumen Sustancias Psicoactivas (SP) desde la perspectiva de los profesionales de la salud; identificar las oportunidades perdidas de prevención y de promoción de la salud en los contactos con estas mujeres; describir los alcances y las limitaciones que perciben los profesionales en su abordaje.

En esta ponencia haremos foco en responder a algunos de sus interrogantes surgidos en el marco de la mencionada investigación: ¿Cuáles son los alcances y las limitaciones de los servicios de salud para abordar las consultas y/o tratamientos de estas mujeres? ¿Surge en las consultas aspectos relativos al uso de SP? ¿Cómo y cuándo surge (contexto de oportunidad)? ¿Cuándo, cómo y quién introduce en la consulta el “tema drogas”?

¹ Este trabajo se deriva del proyecto acreditado “Profesionales de la salud frente a mujeres embarazadas y/o que son madres que son consumidoras de sustancias psicoactivas. Estudio exploratorio.” financiada por la Universidad Nacional de Tres de Febrero, dirigido por Victoria Sánchez Antelo. La participación de Jimena Saavedra se da en el marco de la beca investigación 2018-2019 del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

Este trabajo tiene como objetivo describir los alcances y las limitaciones definidos por los profesionales de la salud en el abordaje de las mujeres embarazadas y/o madres que consumen SP del AMBA.

Estado del arte

En la literatura internacional, la potencialidad de un embarazo y/o la maternidad es un eje central de los estudios que hacen foco en el consumo de SP protagonizado por mujeres (Ettorre, 2007; Ortigosa Gómez et al., 2011; Romero-Mendoza & Gómez-Castro, 1997; Stone, 2015). Según autoras con miradas más críticas, incluso se puede afirmar que la mayoría de los estudios ha reducido la preocupación por el consumo femenino a la capacidad reproductiva, perdiendo de vista la salud de las mujeres y la complejidad que reviste su consumo (Campbell & Ettorre, 2011; Ettorre, 2002; Measham, 2002; Stone, 2015). Aun así, sin descuidar la mirada sobre las mujeres, la emergencia de casos de recién nacidos con síndrome de abstinencia, obliga a interrogarnos acerca de las oportunidades perdidas por el sistema de salud para la detección, prevención y orientación temprana.

A nivel internacional, la problemática ha sido extensamente tratada (Gray & Henderson, 2006; Henderson, Kesmodel, & Gray, 2007; Whiteman et al., 2014; WHO, 2014). Entre los datos más destacados es que las sustancias legales (alcohol y tabaco) son las más extendidas entre las mujeres que las consumen durante el embarazo. Aun así, numerosos trabajos se han focalizado en el uso de drogas inyectables y opiáceos, que sin tener una prevalencia elevada, acarrear mayor nivel de daño para la mujer y su embarazo (Forray, 2016).

Los efectos del consumo de sustancias durante el embarazo y la maternidad suponen un conjunto de daños directos para la salud de la mujer y la de sus hijos/as, desde fisiológicos hasta psicosociales, así como riesgos derivados de un contexto en el que las sustancias están presentes (como accidentes domésticos o judicialización).

En los estudios locales, la interrogación sobre la figura de la mujer usuaria de SP, sean estas legales o ilegales, ha sido escasamente tratada. Es a la luz de la epidemia del VIH/SIDA y de los procesos sociales de exclusión de 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, Hiller, Manzelli, y Binstock, 2012).

Entre los estudios que dejan de lado la problemática del VIH/SIDA y estudian el consumo durante el embarazo, cabe desatar uno realizado en Uruguay que ha puesto el foco en el consumo de tabaco y alcohol (Míguez, Magri, & Suarez, 2009). El análisis sobre esos consumos pone en 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 citado destaca que la naturalización socio-cultural del consumo de SP legales, ha invisibilizado las consecuencias sanitarias para la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, estudios realizados en Norteamérica y Europa, alertan sobre la necesidad de dar cuenta de las percepciones de los consumidores en general y en especial de las mujeres, respecto a los riesgos directos e indirectos del consumo de SP para la salud. La mayoría destaca el desconocimiento y la confusión entre quienes consumen y, en particular, entre las mujeres que cursan un embarazo (Hammer & Inglin, 2014; Ortigosa Gómez et al., 2011; Stengel, 2014; Whiteman et al., 2014; Wigginton & Lafrance N., 2014).

Por último, vale señalar que el estigma social con que cargan las mujeres consumidoras se incrementa si son madres (Bordoni, Cafferata, Goldestein, & López, 2016; EMCDDA, 2012; Leonardis, 2001; Ortigosa Gómez et al., 2011; Stengel, 2014; Tabbush & Gentile, 2014). En este sentido, es de suyo que el estigma de las mujeres consumidoras, incluso entre los usuarios de drogas, funcione como un obstáculo en las relaciones que establecen con los servicios de salud en general y en particular los de salud mental.

Enfoque teórico:

Este trabajo parte de 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 humano, siempre con independencia del estatus legal de las mismas. Se parte de 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. Adoptar una perspectiva de género implica analizar las relaciones de poder entre los géneros, las cuales atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones de poder, como las derivadas de los roles y los status sociales diferenciales (profesional de la salud/mujer que demanda atención), así como las

relaciones de poder según el sector socioeconómico, etnia, edad, orientación sexual y religión (Campbell & Ettore, 2011; Hankivsky et al., 2017).

Asimismo, 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. Según Stone (2015), desde la perspectiva de las mujeres, esos contactos con los servicios de salud 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.

En contraposición, el estudio que da origen a esta ponencia, busca relevar desde la perspectiva de los servicios de salud las formas en que se caracteriza, aborda y trabaja con las mujeres embarazadas y/o mujeres en período de lactancia que consumen SP. Se utiliza el concepto de “**oportunidades perdidas**” por el sistema de salud, utilizado en las estrategias de atención primaria de la salud para referir a los contactos con poblaciones de difícil llegada por parte del sistema. Este estudio busca reconstruir desde la perspectiva de los servicios de salud, la trayectoria de estas mujeres y así detectar aquellas situaciones y/o contactos en los que se podría haber tenido lugar a una orientación o espacio de consejería, se podría haber producido una detección temprana y/o dado lugar a una derivación específica.

En el contexto de la atención de la salud de personas que usan de drogas, las oportunidades perdidas pueden explicarse como una parte 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), basadas, 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).

En las relaciones que se establecen 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 y/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 (Comes y Stolkiner, 2005). 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” (citado en Comes y Stolkiner, 2005).

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 embarazadas y/o en período de lactancia.

Metodología

Se utilizó un estudio observacional exploratorio, cuyo diseño es cualitativo. Se utilizó una **fuentes de datos primarios** obtenida a partir de la realización de entrevistas en profundidad a profesionales del ámbito de la salud de diversas especialidades. Estudios previos han puesto el foco en los especialistas de la salud mental (Sánchez Antelo et al., 2018), sin embargo, la necesidad de detectar oportunidades perdidas por el sistema, y la relevancia de la relación de confianza entre estas mujeres y los profesionales de la salud, así como la mirada integral del campo de la salud, se reconoce como necesario dar cuenta de la perspectiva de una variedad de las especialidades.

La **unidad de análisis** estuvo conformada por profesionales del sistema de salud de distintas especialidades (medicina general/familiar, pediatría, puericultura, enfermería) que estuvieron en la consulta de mujeres embarazadas y/o mujeres en periodo de lactancia usuarias de SP. Para la selección de la muestra se utilizó un procedimiento no probabilístico, intencional. Dado el carácter exploratorio del proyecto y las dificultades de acceso a los casos, la muestra estuvo conformada, en esta primera instancia, por 6 profesionales del sistema de salud del AMBA con una antigüedad mayor o igual a 5 años en el sistema, distribuidos por especialidad. Quedan pendientes entrevistas a especialistas de ginecología y obstetricia.

Instrumento de producción de datos: se utilizaron entrevistas en profundidad, individuales, orientadas a relevar las siguientes dimensiones:

- i. Caracterización de las mujeres consumidoras y mujeres embarazadas/mujeres en período de lactancia consumidoras de SP con las que ha entrado en contacto;

- ii. Caracterización de los escenarios de consulta en los que se entra en contacto con mujeres embarazadas/madres que se presumen consumidoras de SP.
- iii. Descripción de los procesos de detección, modos de abordaje y seguimiento de los casos de mujeres embarazadas/madres consumidoras de SP;
- iv. Evaluación y opiniones sobre las posibilidades y las limitaciones de su actuar profesional y el rol institucional en el abordaje de mujeres embarazadas/madres consumidoras de SP.
- v. 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).

El análisis de los datos: El corpus, compuesto por las entrevistas en profundidad, se codificó en ejes temáticos a partir de los que se compararon las distintas entrevistas. En una segunda codificación, se identificaron subtemas. Las entrevistas fueron registradas en audio para su posterior transcripción literal. Se utilizó el software Atlas/ti 6.2 que permite analizar audios y texto en diversos formatos (.doc y .pdf). De este análisis surgirá un informe con los resultados.

Aspectos éticos

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 25.326 de protección de datos sensibles y en los lineamientos fijados por la “Guía para investigaciones en salud humana” del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2011). Para participar y registrar en audio las entrevistas se solicitó un consentimiento informado.

Resultados

Se realizaron 6 entrevistas en profundidad a 2 médicos generales, 1 puericultora y 3 pediatras que han entrado en contacto con embarazadas y/o madres en período de lactancia consumidoras de SP del área metropolitana de Buenos Aires. La tabla 1 sintetiza el perfil de las entrevistadas.

Tabla 1. Perfil de las personas entrevistadas.

#	Edad	Sexo	Profesión	Ámbito de desempeño
1	46	Mujer	Puericultora	Pública/Privado
2	35	Mujer	Médica generalista	Público
3	34	Mujer	Pediatra	Público / Privado
4	32	Mujer	Pediatra	Público
5	35	Mujer	Médica generalista	Público
6	43	Mujer	Pediatra	Público / Privado

De las entrevistas analizadas se obtuvo que se describen barreras en cuanto al acceso a ámbitos de contención para las mujeres consumidoras de SP. Si bien las mismas varían de un entrevistado a otro, se hallaron algunos ejes comunes que se describen a continuación.

En los casos analizados, uno de los obstáculos para el tratamiento de estos casos es 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 y/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 profesionales entrevistadas refieren a la necesidad de trabajo interdisciplinario porque reconocen en el consumo de SP un problema cuyo abordaje excede la mirada específica de cada profesión. 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.

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: Pediatra).

Otros de los factores principales en cuanto al acceso de las mujeres 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 y/o habilitar el abordaje de los casos de consumo. El tiempo de consulta es acotado y obliga a los profesionales 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 es en detrimento de otros pacientes (E6: 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).

Así como la falta de personal deriva en falta de tiempo, 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 (E5: Médica Generalista)

...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).

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). 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: Pediatra).

Sobre el screening masivo

Según los lineamientos del OMS (2014), la indagación sobre el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias, deben incorporarse a la entrevista clínica del control de embarazo y, en otras instancias de contacto con la mujer que cursa un embarazo, en casos en los que se detectan indicadores de riesgo (número insuficiente de controles del embarazo).

En las entrevistas realizadas se detectó que, en general, no se indaga sistemáticamente sobre la utilización de SP, sino que se hace selectivamente a partir de “otros indicios” como el aspecto y conducta de la paciente. Esto se puede atribuir al temor de esas pacientes a asumir la situación de consumo que puede a su vez estar relacionada con la falta de confianza en los profesionales a quienes acuden durante sus primeros controles.

En la experiencia de las entrevistadas indagando 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) y/o que generalmente responden que no (E2: Médica generalista). Incluso una de las entrevistadas (E6: 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.

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: Pediatra). Es por ello 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 llevan 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) o cuando sus pacientes viven en situaciones de calle o de mayor vulnerabilidad (pediatras):

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 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: Pediatra).

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de dos herramientas para estos casos: el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), una prueba de preguntas simples destinadas a determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso. Y el ASSIST (por sus siglas en inglés de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), que cumple la misma función pero está orientado al consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas.

En ese sentido, se les preguntó a los profesionales acerca de qué instrumentos y/o herramientas se utilizan para detectar el posible consumo en las mujeres que acuden a sus consultas. En todos los casos señalan que, si bien conocen estos instrumentos, no suelen utilizarlos. No solo no se utiliza ningún test (Médicas generalistas, Pediatras); 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).

De las entrevistas analizadas se desprende que existen barreras institucionales para contener a las mujeres que son madres y/o están en período de lactancia y son consumidoras de SP. Una de ellas es la falta de indagación sobre la utilización de SP por las razones mencionadas anteriormente; y al mismo tiempo, no está protocolizado el uso de instrumentos de screening.

A modo de cierre, los datos obtenidos muestran que hay factores que actúan como obstáculos y/o barreras tanto para la detección como para la continuidad de un tratamiento en los casos de las mujeres que están embarazadas y/o en periodo de lactancia y son consumidoras de SP. Estos factores dentro de los que se incluyen tanto los institucionales 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. A partir de esta investigación se intentará, además, proponer herramientas que tiendan a facilitar la detección temprana del consumo y la posterior derivación a un espacio de contención que facilite a estas mujeres la continuidad en su acceso al sistema de salud.

Referencias bibliográficas

- Alonso, L. E. (1994). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas cualitativas. En *La mirada cualitativa en Sociología: una aproximación interpretativa* (2a ed., pp. 67-92). Madrid: Fundamentos.
- AMM. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial.
- Blanchet, A. (1989). Entrevistar. En A. Blanchet , R. Ghiglione, J. Massonat y A. Tognon (eds.) *Técnicas de investigación en ciencias sociales* (pp. 87-128). Madrid: Narcea.
- Bordoni, F., Cafferata, A., Goldestein, B., & López, M. (2016). Maternidad y adicciones. La supervisión como instancia de formación profesional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(1), 21-26.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice* (1a ed.). Cambridge University Press.
- Camarotti, A. C., Mendes Diz, A. M., & 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., & 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., & Ettore, E. (2011). *Gendering Addiction. The Politics of Drug Treatment in a Neurochemical World*. London, New York: Palgrave Macmillan.

- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, XII , 137-143.
- Denzin, N. K. (2006). *The Sage handbook of qualitative research* (3.a ed.). London: SAGE Publications.
- EMCDDA. (2012). *Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe response to drugs*, 1-32. Lisboa: UE
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complot 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* (1a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Ettorre, E. (2002). *Reproductive genetics, genetics, gender and the body* (1.a ed.). London and New York: Routledge Journals, Taylor and Francis Ltd.
- Ettorre, E. (2007). *Revisioning Women and Drug Use: Gender, Power and the Body* (1.a ed.). New York, London: Palgrave Macmillan.
- Forray, A. (2016). Substance use during pregnancy. *F1000Research*, 5(May), 887.
- Foucault, M. (2010). *Historia de la Sexualidad I: La voluntad de saber* (2a ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (2006). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (3.a ed.). New Jersey: Transaction Publishers Rutgers.
- Gray, R., & 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.
- Hammer, R., & Inglin, S. (2014). 'I don't think it's risky, but...': pregnant women's risk perceptions of maternal drinking and smoking. *Health, Risk & Society*, 16, 22-35.
- Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., & Repta, R. (2017). The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global*

Health Action, 10(sup2), 1326686.

Henderson, J., Kesmodel, U., & Gray, R. (2007). Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1069-1073.

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.

Martuccelli, D. (2007). Gramáticas del individuo (1.a ed.). Buenos Aires: Losada.

Measham, F. (2002). "Doing gender"- "Doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems*, 298(2), 335-373.

Míguez, H. A., Magri, R., & Suarez, 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* (1.a 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. (2017a). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017. Informe de los principales resultados sobre la población femenina*. (1.a ed.). Buenos Aires: SEDRONAR.

OAD. (2017b). *Sexto Estudio Nacional En Población De 12 a 65 Años, Sobre Consumo De Sustancias Psicoactivas (2017). Informe de los principales resultados en la Provincia de Buenos Aires* (1.a ed.). CABA: Sedronar.

Ortigosa Gómez, S., López-Vilchez, M. A., Díaz Ledo, F., Castejón Ponce, E., Caballero Rabasco, A., Carreras Collado, R., & Mur Sierra, A. (2011). Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión neonatal. Análisis de los periodos 1982-1988 y 2002-2008. *Medicina Clínica*, 136(10), 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.06.032>

Pecheny, M., Hiller, R., Manzelli, H., & Binstock, G. (2012). Mujeres, infección por VIH y uso de drogas en la Argentina reciente. En *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos*

sobre consumo problemático de drogas (1a ed., pp. 25-55). Buenos Aires: Antropofagia.

Romero-Mendoza, M., & Gómez-Castro, C. (1997). La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento. *Perinatol Reprod Hum*, 11(4), 207-216.

Sánchez Antelo, V. (2016a). Fármacos, medicalización de la vida cotidiana y salud. Reflexiones sociológicas sobre “suministro infiel e irregular de medicamentos” artículos 204, 204 bis, 204 ter y 204 quater del código penal argentino. En *Enzo Pagani (ed.) La transferencia de la justicia penal ordinaria en el proceso de autonomía de la CABA* (1.a ed., pp. 1159-1178). Buenos Aires: JUSBAIRES.

Sánchez Antelo, V. (2016b). La dimensión temporal del consumo de drogas: Análisis sociológico desde una categoría clave para el estudio de los procesos de salud-enfermedad-cuidado. *Salud Colectiva*, 12(1 Monográfico Sociología y Salud), 41-54.

Sánchez Antelo, V. (2017). Análisis de prácticas, saberes, sentidos y trayectorias de consumo de sustancias psicoactivas (SP) legales e ilegales de mujeres de 18 a 50 años pertenecientes a sectores medios del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Mimeo*.

Sanchez Antelo, V., Jeifetz, V. J., Muollo, M. S., Navarro, D. M., Parga, J., Setien, L. A., & Trupa, N. S. (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.

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.

Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación cualitativo* (1a ed.). Buenos Aires: Prometeo.

Stengel, C. (2014). The risk of being ‘too honest’: drug use, stigma and pregnancy. *Health, Risk & Society*, 16(1), 36-50.

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3(1), 2.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1.a ed.). Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tabbush, C., & Gentile, M. F. (2014). Madres transgresoras y Bebés “tumberos”: La regulación de la maternidad y la crianza tras las rejas. En *Feminismo, lesbianismo y maternidad en Argentina* (1.a ed., pp. 1-18). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Librería de Mujeres.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación Cualitativa* (1.a ed.). Barcelona: Gedisa.
- Whiteman, V. E., Salemi, J. L., Mogos, M. F., Cain, M. A., Aliyu, M. H., & 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.
- WHO. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (1.a ed.). Geneva: World Health Organization.
- Wigginton, B., & Lafrance N., M. (2014). «I think he is immune to all the smoke I gave him»: how women account for the harm of smoking during pregnancy. *Health, Risk & Society*, 16(6), 530-546.