



República Bolivariana de Venezuela
Ministerio Público
Dirección General de Apoyo a la Investigación Penal

CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES EMBARAZADAS: UNA APROXIMACIÓN A SU COMPRENSIÓN Y ABORDAJE

Civira, Mirna Psiquiatra. Unidad Psiquiátrica y
Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas

Paredes, Francisco Psiquiatra. Unidad Psiquiátrica y
Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas

Hernández, Angelina
Psicóloga. Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención
Inmediata al Consumidor de Drogas

CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES EMBARAZADAS: UNA APROXIMACIÓN A SU COMPRENSIÓN Y ABORDAJE

Civira, Mirna Psiquiatra. Unidad Psiquiátrica y
Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas

Paredes, Francisco Psiquiatra. Unidad Psiquiátrica y
Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas

Hernández, Angelina
Psicóloga. Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención
Inmediata al Consumidor de Drogas

RESUMEN

Hoy en día, se ha incrementado el número de mujeres que han ingresado al consumo de drogas legales e ilegales, y en este grupo de consumidoras una proporción tiene tendencia a la promiscuidad y a la prostitución, con altas tasas de problemas sexuales, ginecológicos, reproductivos y enfermedades de transmisión sexual, con el consecuente riesgo de embarazos en condiciones vulnerables. En Venezuela no existen programas de rehabilitación con perspectiva de género específicos para la población de mujeres embarazadas consumidoras. En este trabajo, se abordan las consecuencias que pudiera tener el consumo de sustancias en la mujer embarazada. Se ha detectado una alta incidencia de niños con trastornos de atención, trastornos orgánicos cerebrales congénitos, trastornos secundarios a enfermedades de la lactancia y en edad preescolar, en gran medida secundarios al consumo materno de sustancias durante el embarazo y después del nacimiento. Son múltiples los factores de alto riesgo presentes en la mujer embarazada consumidora de drogas, tanto en relación a la duración y término de la gestación, malformaciones estructurales del feto, bajo peso al nacer, madurez fetal y déficit del desarrollo posterior del timo. También, se ha encontrado aumento de la morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del recién nacido. Igualmente en este trabajo se realizan sugerencias para la posible intervención en esta población de alto riesgo. Se debe implementar la coexistencia coordinada de servicios de atención de embarazo de alto riesgo obstétrico, con centros de atención a la mujer consumidora de sustancias de abuso. Es imprescindible el abordaje de mujeres embarazadas con consumo activo de drogas. Esta población requiere un programa especializado desde el punto de vista de género, que atienda su salud física y mental, pues mientras más severa es la dependencia se incrementa la comorbilidad psiquiátrica, problemas legales y mayor es la dificultad para lograr la adherencia al tratamiento.

Descriptores: adicción, drogas, embarazo, género, abuso, comorbilidad psiquiátrica, riesgo obstétrico, maltrato, dependencia.

ABSTRACT

Nowadays, the number of women using legal and illegal drugs has increased, a particularity from this group is that such women have a tendency to promiscuity and prostitution, presenting a high rate of different sort of problems: sexual, gynecological, reproduction and sexual transmitted diseases, factors that lead to pregnancies in vulnerable circumstances. In Venezuela, there are no rehabilitation programs under a specific gender approach aimed at pregnant users. This paper presents the consequences of the use of substances in pregnant women, for example, there is a high incidence of children with attention disorders, congenital organic brain syndromes, breast-feeding secondary disorders, which result from the mother's use of drugs during the pregnancy and after giving birth. There are multiple high risk factors in pregnant women using drugs, not only related with the gestation stage, it encompass structural malformations in the fetus: low weight, fetal maturity and a deficit in the posterior development of the timo.

An increase in morbidity and mortality can be found in the mother and in the newborn. Hence, this paper will present suggestion for a possible intervention in the high risk population; it is required to implement the coordinated coexistence of attention services addressed to obstetric high risk pregnancies in hospitals to pregnant users. The attention of pregnant women using drugs is essential and this group requires a specialized program under the gender perspective that focuses on their physical and mental integrity, since psychiatric comorbidity and legal problems increase, causing a difficulty in the adherence to the treatment.

Keywords: addiction, drugs, pregnancy, gender, abuse, psychiatric comorbidity, obstetric risk, dependency.

INTRODUCCIÓN

El consumo y dependencia de sustancias es un complejo problema social con alta morbilidad materno-fetal. El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor, permitió que la difusión del consumo de diversos tipos de drogas conlleve una incidencia creciente, donde también se ha incorporado la mujer y se ha transformado en un área de preocupación en aquellos casos de gestantes consumidoras de sustancias y aumento de recién nacidos afectados por las prácticas tóxicas de sus madres. Es difícil la evaluación del riesgo cuando la gestación es expuesta a las drogas, los resultados pueden estar sesgados por el consumo concomitante de otros tóxicos o por factores psicológicos y socio sanitarios desfavorables.

El abuso de drogas, en general, comporta mayor riesgo de desenlace anómalo del embarazo, por un incremento de la probabilidad de malformaciones congénitas, debido a la probable teratogenicidad de algunas sustancias o de la morbilidad perinatal que afectan el crecimiento fetal o el normal desarrollo del embarazo. También existen posibles repercusiones a largo plazo en la capacidad de aprendizaje y comportamiento de los niños expuestos intraútero. Por lo tanto, todo embarazo en el que se detecte un hábito tóxico es considerado de mayor riesgo, y se deben tomar las medidas oportunas para lograr que las pacientes se alejen de estas prácticas, apoyadas por un equipo multidisciplinario, lo cual se recomienda se realice antes del inicio del embarazo, lo que implica la adopción de medidas profilácticas de información y concienciación de las mujeres en edad fértil y de apoyo durante el embarazo y la lactancia para el abandono de la dependencia. Desde el año 2000, instituciones tales como la Fundación José Félix Ribas y la Misión Negra Hipólita, han realizado esfuerzos por incorporar tratamientos desde la perspectiva de género, como una alternativa para que la mujer trate sus conflictos emocionales y aquellos derivados de su situación de consumo en forma responsable y confiable.

En Venezuela no existen programas de rehabilitación específicos para la población de mujeres embarazadas consumidoras, tal como lo evidencia la encuesta semiestructurada validada por expertos en la materia y aplicada para este trabajo a especialistas en el área de Ginecología y Obstetricia, entre las siguientes instituciones de salud: Dr. Marcos Peñaloza, y en Psiquiatría, Dr. Simón Pineda. De la encuesta semiestructurada se concluye que esta población acude a los servicios en las primeras etapas de gestación, en caso de presentarse alguna complicación obstétrica o cuando la gestante se encuentra en el último trimestre, sin haber recibido el control adecuado que garantice un embarazo en condiciones de estabilidad, tanto para la madre como para el recién nacido, con la dificultad adicional de que abandonan los

servicios de obstetricia sin realizar el adecuado seguimiento que requiere por su condición de consumidora.

Mujer y Drogas

Conscientes de la gravedad del consumo de drogas en el país, el Estado, a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, ha creado el Sistema Nacional de Atención y Tratamiento de las Adicciones, mediante decreto No. 8.225, publicado en Gaceta Oficial 39.676 de fecha 18 de mayo de 2011, el cual pretende cubrir las necesidades de tratamiento a todas aquellas personas que presentan problemas de consumo de drogas lícitas e ilícitas, pues se ve con preocupación el incremento del consumo de sustancias, así como de las adicciones comportamentales y su inicio a edades más tempranas, la presencia del consumo de múltiples drogas en una sola persona (policonsumo), el empleo de sustancias cada vez más dañinas y destructivas, una baja percepción de riesgos y daños, a lo que habría que agregar los problemas asociados al consumo, tales como la violencia, el incremento de accidentes, desintegración familiar, deserción escolar y laboral, lo cual repercute en todos los aspectos de la vida.

El ente que rige el Sistema Nacional de Tratamiento de las Adicciones es la Fundación José Félix Ribas, actualmente adscrito al Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia Seguimiento de La Gestión de Gobierno. Según se describe en este Plan Nacional, y de acuerdo a estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud (2014), se indica lo siguiente:

Según Informe mundial sobre las drogas emanado de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en el año 2012 se informa que entre el 3,5% y 5,7% de la población mundial ha consumido alguna droga, si se extrapolan estas cifras al contexto venezolano, se estima que cerca de 1.400.000 personas están en consumo y si se agrega el impacto que produce en el entorno familiar, entonces existen, aproximadamente, siete millones de personas afectadas directamente, cifras que serán sinceradas una vez culmine el estudio de población general sobre esta

materia, que realiza la Oficina Nacional Antidrogas (ONA).

Lugones Madruga, M, Echevarría (2005), plantean que la expectativa mundial de por vida para sufrir en algún momento un problema de salud relacionado con el abuso o dependencia de sustancias que afectan el comportamiento, llega alrededor del 10% de la población mundial actual, lo que significa unos 600 millones de habitantes.

Los mismos autores refieren que si además de esto se suma la totalidad de personas que sufrirán las consecuencias de un consumo irresponsable de estas sustancias sin ser adictos, la cifra alcanzaría mil millones, pero si se suma también los que sufrirán consecuencias funestas, fundamentalmente los convivientes y familiares, sería afectada la tercera parte de la población general del planeta.

Cuando una mujer consume algún tipo de sustancia legal o ilegal durante su embarazo, se produce un daño al ser humano antes de su nacimiento por ser sometido a la violencia dentro del útero materno, generando consecuencias para el desarrollo armónico desde el punto de vista emocional y físico. Se espera que la madre brinde protección al hijo desde el mismo momento que se produce la gestación, para la sociedad en general es difícil concebir, que la mujer consumidora no pueda detener su consumo aún a sabiendas que esta condición pudiera generar algún daño a este hijo en útero. Esto lleva a plantear algunas consideraciones sobre la adicción a drogas, lo que permite comprender la dificultad que representa para una persona adicta lograr la abstinencia a la droga de la cual depende, sin la asistencia a espacios de tratamiento específico para la mujer y sin la intervención de personal profesional especializado.

También es conocido que un gran número de mujeres suspende su consumo de manera espontánea durante el embarazo, pareciera que esta es una etapa en la que existen mecanismos biológicos y psicológicos protectores, que aún en estas circunstancias permite a la mujer centrarse en su embarazo y dejar de lado el consumo, pero no ocurre esto en todos los casos.

Además, la mayoría de quienes lo suspenden vuelven a retomarlo posterior al nacimiento del bebé.

De acuerdo a lo anterior, adquiere importancia el abordaje que es necesario realizar en el caso de la mujer consumidora, y en particular durante el embarazo, lo que permitiría darle la protección necesaria, con el objeto de que logre la abstinencia, que pueda mantener ésta y que a su vez mejore su

calidad de vida y que además se minimice el daño que pudiera sufrir el recién nacido y proteger al futuro adulto.

La rehabilitación del consumo de drogas en un sentido amplio implica que puedan abordarse todas las áreas en las cuales se desempeña el individuo: personal, familiar, laboral, legal y social, en términos de que se mejore su autoestima, condiciones médicas, de salud física y mental; se establezcan las relaciones familiares e interpersonales, se incorpore al ámbito educativo y formativo, así como se cambien las perspectivas laborales y se tenga una resolución definitiva de su problemática legal, si las hubiere, como consecuencia del tránsito por el mundo del consumo.

Todo ello requiere un programa específico y especializado para el abordaje desde el punto de vista de la salud física y mental. Cuando se habla de programa específico se hace referencia a que se realice un abordaje desde el punto de vista de género, pues es bien sabido que la solicitud de ayuda que realizan las mujeres aquejadas del consumo de sustancias se ve reducido en comparación con la demanda de ayuda por parte de los varones, la cual está influida por factores personales, sociales, familiares, que aún hoy ofrecen escasos espacios de atención para la mujer; es decir, las mujeres tienen menor disponibilidad de ayuda que los varones, la problemática es minimizada por la propia familia y en muchos casos no brindan el apoyo durante el tiempo que la mujer consumidora requiere, más cuando esta mujer tiene hijos a quienes cuidar, y la familia no se responsabiliza de los mismos durante el tratamiento.

Si bien es cierto que muchas mujeres consultan en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que pudiera interferir con el buen resultado del tratamiento, también se encuentra con la limitante mencionada anteriormente, cuando no se cuenta con espacios específicos de acuerdo al género, a lo que hay que sumar la estigmatización de la mujer consumidora, más cuando ésta es madre o va a serlo.

Esta carencia de centros donde se realice un abordaje de género y donde se tome en cuenta la incorporación de la mujer-madre y posteriormente al hijo, es una realidad en el país. Además al no existir centros de atención especializados en la mujer embarazada adicta, no es posible la formación profesional que generaría la experiencia en estos centros.

En relación al tratamiento de mujeres consumidoras que necesitan rehabilitación, se plantea:

Las mujeres con hijos/as menores, y/o que requieren de cuidado permanente, difícilmente encuentran espacios

terapéuticos donde poder internarse con ellos/as, en caso de ser necesario. Los programas de tratamiento para consumidores/as problemáticos con compromiso biopsicosocial severo son de larga estadía, lo que significa que el cuidado de los/as hijos/as debe estar en manos de terceros, muchas veces, por un largo período de tiempo. Es poco habitual que la mujer reciba un apoyo explícito de su red social más cercana, que posibilite el cuidado de los/as hijos/as por un período mayor de seis meses (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Área Técnica en Tratamiento y rehabilitación, 2004, pág.39).

No se puede perder de vista, que el tiempo que la madre consumidora permanece en tratamiento, si éste es en centro protegido bajo modalidad de Comunidad Terapéutica, se produce una desvinculación de la relación madre-hijo, por lo que es importante que se realice también un trabajo psicoterapéutico dirigido a restablecer tal vínculo, por una parte, la relación que se ha perdido en el período de abandono provocado por la ausencia de la madre durante sus episodios de consumo, y por la otra, el tiempo que ha estado desvinculada como producto del tratamiento. Por ello, se hace necesario la implementación de modalidades de tratamiento donde también se incorpore al niño con el objeto de que mantenga un contacto permanente madre-hijo y para evitar la ruptura del contacto afectivo.

Los programas de rehabilitación que se ofrecen en el área de la cesación del consumo de sustancias están mayormente diseñados y estructurados para varones, lo que hace aún más difícil el ingreso y la permanencia de la mujer dentro de los centros de tratamiento. Sumado a ello está la baja motivación y la alta deserción cuando acuden a los referidos centros en búsqueda de ayuda.

En este mismo orden de ideas, con respecto al comportamiento de la mujer ante la posibilidad de tratamiento, Ocanto (2004), refiere:

El mecanismo de negación en la mujer es más fuerte, debido a las fuertes creencias culturales de que la mujer “no consume ni drogas ni alcohol”, porque se asocia a prostitución, por eso los sentimientos de

vergüenza y el estigma acentúan este mecanismo de defensa (pág.74).

Tal como lo plantea González (2008) con relación a la repercusión de la familia adicta en el desarrollo del niño, destaca la influencia nociva de la madre adicta sobre la seguridad personal del hijo, así como del incremento del riesgo para desarrollar una adicción.

En el año 2000, el Estado Venezolano a través de la Fundación José Félix Ribas, comenzó a incorporar la perspectiva de género al tratamiento de la mujer consumidora, tomando en consideración las observaciones realizadas en el Centro Especializado de Prevención y Atención Integral “Dra. Rosa Del Olmo”, en relación al escaso número de mujeres que solicitan ayuda, a la poca participación en el trabajo desde el punto de vista psicoterapéutico y al corto tiempo que permanecían en el proceso de tratamiento, al tener que compartir tales espacios con el sexo masculino y la inhibición que esto genera. Haciendo referencia a la carencia de programas específicos para el tratamiento de la mujer consumidora, tal como sucede en el año 2000, se plantea:

La cotidianidad misma de nuestro trabajo nos motivó a iniciar una exploración sobre el asunto mujer y drogas, desde la perspectiva de género, por cuanto en el país no existe ningún programa de rehabilitación con este enfoque, ni estudios serios en relación con el tema (Villasmil, 2004, pág.88).

También refiere Villasmil (2004) sobre el concepto que tienen los consumidores masculinos en relación a la mujer consumidora, en lo que se refiere al rechazo y la discriminación de esta no por consumidora, sino sólo por su condición de mujer. Por otra parte, este mismo autor se refiere a la percepción histórica de la subordinación de la mujer, la sociedad patriarcal y la consideración de la mujer como ser inferior. Aun cuando esta visión ha ido cambiando, no así la incorporación de la mujer consumidora a los centros de rehabilitación, pues llegan a tratamiento un menor número de mujeres que no son representativas de la cantidad de mujeres dependientes a sustancias, pues aun cuando hay un mayor número de consumidores varones, también se ha incrementado el número de mujeres consumidoras.

Según Melinkoff (2004), las explicaciones a este incremento de mujeres consumidoras se han encontrado en las crisis socioeconómicas, que ha impulsado la búsqueda de trabajos fuera del hogar, muchas veces subempleo, baja remuneración, una mal entendida búsqueda de igualdad

con respecto al hombre, frustraciones derivadas del papel desempeñado en la familia, sobre todo cuando estas expectativas y exigencias la colocan en una posición de desvalorización al no poder cumplir con lo que se espera de ella como mujer. Todo ello son generadores de estados de tensión, angustia y depresión, que la mujer intenta manejar a través del consumo de alguna sustancia, a lo que habría que agregar la escasa capacidad emocional para tolerar las huellas dejadas, en algunos casos, por una experiencia de abuso y maltrato infantil, y en otros, la presencia de alguna patología preexistente.

A todo lo anterior se suma la pérdida de normas, valores familiares y sociales.

Comparando la situación de la mujer consumidora con respecto al hombre consumidor, esta misma autora plantea que ahora, cuando una mujer llega a la adicción de sustancia, la experiencia muestra que su estado es más grave que la de los varones. Esto, quizás, porque la mujer es más vulnerable en términos biológicos; o tal vez, porque la mujer consumidora de drogas sufre a la hora de pedir ayuda, debido a fuertes sentimientos de vergüenza, de culpa (sobre todo si la mujer es madre), disminución de la autoestima, lo cual genera desesperanza, aislamiento social, sentimientos de impotencia, miedo a la estigmatización social; y en otro orden de ideas, falta de servicios especializados para tratar a la mujer (Melinkoff, 2004, pág.113).

Estas barreras son las que hay que enfrentar para brindar la atención que merece esta población. Al no tomar en cuenta las particularidades del ser mujer, en el tratamiento no se atienden las necesidades de la misma.

En la actualidad en el país se han dado algunos pasos en este sentido, aun cuando no es en forma generalizada, aún prevalece el tratamiento mixto; es decir, centros donde son atendidos hombres y mujeres en las diferentes modalidades de tratamiento (ambulatorio, hospital día y comunidad terapéutica) sin hacer la diferenciación de género en los diversos grupos de rehabilitación. La Fundación José Félix Ribas ha incorporado grupos terapéuticos dirigidos a la atención de mujeres, que son coordinados por terapeutas femeninas. La Fundación Misión Negra Hipólita y la Fundación de Protección del Niño, Niña y Adolescente, ésta última adscrita al gobierno del Distrito Capital aperturó una Comunidad Terapéutica de nombre "Argelia Laya" ubicada en Caracas, exclusivamente para adolescentes femeninas, como una búsqueda a la mayor permanencia de esta población en el proceso de tratamiento.

El objetivo del abordaje bajo la perspectiva de género, genera la posibilidad de darle a la mujer espacios que le ofrezcan una vinculación

y que le permitan abordar la problemática que impulsó el consumo de sustancias cuando se inició y que la mantiene en el mismo; es decir, un adecuado diagnóstico sobre su situación individual y particular. Esto a través de la expresión de sentimientos en forma libre, que le brinde confianza, seguridad y respeto de su condición como persona, que esta mujer sienta que es escuchada y no juzgada. Es necesario que se ofrezcan planes de intervención terapéutica diferenciados en todos los centros de tratamiento y no en forma parcial como ha sucedido hasta el presente.

Si bien los pasos para dar una asistencia diferenciada a la mujer han venido creciendo en el país, una preocupación que se incrementa es la atención a la mujer embarazada, pues como se dijo al inicio, esta población presenta aún más resistencia a ser tratada, pues un gran número de ellas tiene temor a asumir ante la familia y la sociedad que aún durante el embarazo continúa consumo de alguna sustancia, a lo que se agrega el miedo a que el recién nacido sea entregado bajo custodia a sus familiares y un gran número de ellas no realizan el respectivo control de embarazo, lo que incrementa el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

Pascale (2009), refiere que el período de gestación es un momento oportuno para la búsqueda y adherencia a un tratamiento por parte de las embarazadas, estudios sobre sus sentimientos, emociones e interrogantes, así como sobre el apego madre-hijo han reportado en lo afectivo, sentimientos de gratificación al percibir los movimientos fetales, de compromiso para adherirse al tratamiento por la salud fetal y para cambiar su estilo de vida; aunque tales sentimientos se ven muchas veces acompañados por aspectos ambivalentes, tales como “culpa”, “preocupación” e “incertidumbre”, emociones que se incrementan en los casos donde el embarazo no es deseado, en caso de conductas sexuales de riesgo (prostitución) o bien por situaciones de violencia o maltrato con su pareja o terceros, y cuando existen antecedentes de separación de otros hijos en circunstancias similares.

Con respecto al tratamiento más adecuado para la mujer consumidora embarazada, mientras más prolongada sea permanencia en el centro de tratamiento, bien sea en internación o en modalidad ambulatoria, mayor es el tiempo de la abstinencia posterior a la culminación del tratamiento. Esta permanencia se asoció con mayor tiempo en abstinencia, obtención de trabajo, disminución en los problemas psiquiátricos y legales, así como un incremento en las actitudes positivas frente a la crianza de sus hijos.

En este orden de ideas, Pascale (2009) también reporta que cuando la intervención se realiza bajo la perspectiva de género, un estudio en

mujeres en período de postparto, evidenció una motivación más alta en pacientes incluidas en régimen de hospital de día, que toma en cuenta el cuidado de sus hijos, cuando se compara con programas intensivos donde no tenían el contacto cotidiano con los hijos. Asimismo el pronóstico es más favorable en aquellos programas que incluían estrategias de valoración y cuidado pre y postnatal, disponibilidad de servicios de salud mental, tales como apoyo psicoterapéutico, evaluación y seguimiento psiquiátrico.

Mientras más severa es la dependencia a una o más sustancias, la presencia de comorbilidad psiquiátrica y problemas legales, mayor es la dificultad para lograr la adherencia al tratamiento, así como la permanencia en el mismo, en cuyo caso se requiere la presencia de atención especializada y un equipo multidisciplinario.

Consecuencias del uso y abuso de drogas durante el embarazo.

El embarazo trae un aumento de la susceptibilidad a muchos agentes químicos por tener la mujer, un estado metabólico especial. Así pues, las madres con adicción a las drogas con frecuencia tienen antecedentes de atención tanto prenatal como postnatal deficiente y tienden a estar en una situación social desfavorable. Estas condiciones pueden dar lugar a resultados adversos del embarazo y las mujeres que se inyectan drogas se encuentran también en riesgo de contraer infecciones como la Hepatitis C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con la posibilidad de transmisión al recién nacido.

El vínculo y el grado de respuesta entre la madre y el recién nacido también se ven comprometidos por la depresión postparto y la violencia doméstica, que complican aún más la relación. Las madres posteriormente tienden a mostrarse reticentes a asistir a servicios sanitarios para recibir educación, tratamiento médico o apoyo social. Además en algunas poblaciones se ha registrado el aumento de la incidencia de maltrato o negligencia del niño y de muertes infantiles. (Ruoti, 2009, pág. 34).

Estos mismos autores señalan que son múltiples los factores que convierten el embarazo de la mujer consumidora de drogas en un embarazo de alto riesgo, por un lado el consumo simultáneo de varias sustancias, asociación frecuente de alcoholismo, tabaquismo y sustancias tóxicas ilícitas; una población de nivel socioeconómico y cultural bajo, con condiciones de vida muy precarias, por otra parte, una vigilancia prenatal escasa o inexistente y finalmente una mayor morbilidad materna y peores resultados perinatales.

En Venezuela, aun cuando la embarazada se encuentre en condiciones de salud satisfactorias, pero presenta un factor de riesgo epidemiológico y/o

social como lo es el tabaquismo, consumo de alcohol y/o alguna otra droga, es considerado como un criterio de inclusión para el embarazo de alto riesgo y por lo tanto se debe iniciar el protocolo de atención en los servicios de embarazo de alto riesgo en los centros materno infantiles del país. Así lo indica el manual de atención prenatal y obstétrica de emergencia publicado en el año 2014 por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Es imprescindible tener en cuenta las tres etapas básicas del desarrollo fetal, ya que según el período de exposición del agente químico se pueden encontrar las posibles secuelas. Además, se conoce que los agentes teratogénicos dependen de los factores genéticos para expresarse. Para Ruoti (2009), las etapas del desarrollo fetal son las siguientes:

Fertilización e implantación (desde el momento de la concepción hasta el 17° día de gestación). Aquí la sustancia actuaría en la división celular con la consecuente interrupción de la gestación.

Embrionario (desde el día 18° hasta el 55° día) Este es el período que ocurren los efectos teratogénicos debido que es el momento de formación de los órganos y de los tejidos.

Fetal (desde el día 56° hasta el nacimiento) Se pueden expresar algunos efectos teratogénicos pero fundamentalmente se encuentra la restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones morfológicas y fisiológicas menores. (p. 35)

Por otra parte, los lactantes de madres con un problema de consumo de drogas, especialmente de las que consumen opiáceos, pueden presentar un síndrome de abstinencia neonatal que requiera tratamiento, están expuestos a un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y, posteriormente, a una disminución del logro de las metas del desarrollo, ya sea por un efecto directo del consumo de drogas o como resultado de los factores ambientales y del estilo de vida asociados con su uso.

Según D'Apremont (2003), algunas características del embarazo en mujeres adictas son las siguientes:

- Conocimiento tardío del embarazo, lo que retrasa la atención obstétrica.
- Mayor frecuencia de infecciones: Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, Toxoplasmosis, Citomegalovirus y Enfermedades de transmisión sexual.
- Nutrición deficiente y el peculiar estilo de vida que provocan mayor frecuencia de anemias, partos prematuros y neonatos de bajo peso.

La mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta, pudiendo así ejercer su toxicidad sobre el feto. El tipo y magnitud del daño dependerán de la o las drogas consumidas, vía utilizada, dosis y duración del consumo, así como la etapa del embarazo en el cual ocurre la exposición.

La existencia de otros factores de riesgo obstétrico (embarazo en adolescente, gestante añosa, malnutrición materna, anemia, enfermedades infecciosas transmisibles, ausencia de controles obstétricos, exposición a contaminantes ambientales) algunos de estos desde el punto de vista epidemiológico asociados con mayor frecuencia al consumo de drogas, dificultan aún más el diagnóstico etiológico e incrementan el riesgo de complicaciones.

Con respecto a los efectos negativos para el niño provocados por el consumo de sustancias lícitas e ilícitas por parte de la madre, Lugones (2005), plantea que se pueden producir por:

- Alteraciones del curso de la gestación que inducirán partos prematuros.
- Alteraciones morfológicas y/o del crecimiento fetal generadas por las sustancias, como el menor peso que presentan los hijos de las fumadoras o el síndrome alcohólico fetal.
- Sufrimiento fetal intraparto y tras el nacimiento con riesgo aumentado de mortalidad perinatal.

- Transmisión de infecciones, riesgo que está presente tanto durante el embarazo como en el parto.
- Estilo de vida que conduce a la adicción, desde la falta de condiciones higiénicas adecuadas, pasando por la ausencia de cuidados perinatales, hasta la deficiente nutrición materna.

Para D'Apremont (2003), el período de la gestación en el cual ocurre la exposición es determinante del efecto tóxico. El período embrionario durante el primer trimestre constituye una ventana crítica de vulnerabilidad para la aparición de malformaciones congénitas (efecto teratogénico). El concepto actual de agente teratógeno no se limita a la capacidad de inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también producir alteraciones bioquímicas o funcionales.

Un órgano en desarrollo es más susceptible al daño estructural y/o funcional por una sustancia química. No existe una dosis segura a la cual la exposición no ocasione daño. Esto reafirma el concepto de que el consumo de sustancias durante el embarazo constituye un abuso.

El consumo de etanol durante el embarazo es la principal causa de retardo mental en el mundo occidental. Se calcula que 1 de cada 3000 nacidos vivos padece un conjunto de alteraciones causadas por el consumo materno de alcohol durante el embarazo y se denomina Síndrome Alcohólico- Fetal (SAF). (Ladero, 2003, pág.503).

Este autor también indica que el síndrome comprende alteraciones tales como retraso del crecimiento pre y post-natal, alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC), facies característica y anomalías congénitas diversas.

Desde su primera definición del SAF, se describe a la cara de los niños afectados con características particulares durante la primera infancia, observándose hendiduras palpebrales cortas, labio superior fino (en ocasiones puede haber labio leporino con o sin paladar hendido) y surco naso labial aplanado, a veces inexistente. Dichas manifestaciones suelen no ser tan evidentes al momento del nacimiento y pueden desaparecer en la adolescencia, de modo que en un adulto no es posible distinguir a un nacido con SAF solamente por el aspecto facial.

El alcohol atraviesa la placenta alcanzando niveles en sangre fetal mucho más elevados que en la madre. Su metabolismo es menor en el feto, tanto el alcohol como su metabolito (acetaldehído) son tóxicos para los órganos fetales, induce muerte celular e inhibe la proliferación de células fetales, altera la placenta disminuyendo el pasaje de nutrientes (glucosa, vitamina B6 y aminoácidos) a través de la misma, contribuyendo a una malnutrición fetal.

Los sistemas endocrinos materno y fetal también se ven alterados, la hipoxia (de privación de oxígeno en un tejido) es responsable de malformaciones y trastornos neurológicos; no se conocen con exactitud los mecanismos por los cuales el alcohol la produce, posiblemente por vasoconstricción de vasos placentarios y umbilicales, reducción del flujo sanguíneo cerebral fetal y por la acción de radicales libres, cuya formación se ve favorecida por la ingesta crónica o bien por el consumo de otras drogas como el tabaco.

El consumo de tabaco durante el embarazo se ha asociado a mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, restricción del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, parto de pre término (con los riesgos neonatales vinculados a la prematurez), placenta previa, estados de hipercoagulabilidad con mayor riesgo de trombosis, desprendimiento prematuro de placenta (cuadro de elevada mortalidad materna y perinatal) y muerte fetal intrauterina. El recién nacido presenta una mayor prevalencia de bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), trastornos del comportamiento y del aprendizaje.

En grandes fumadoras existe una mayor incidencia de hijos con parto prematuro y bajo peso al nacer. El consumo de tabaco parece incrementar el riesgo de placenta previa, rotura precoz de la bolsa y hemorragia peripartal de cualquier etiología. Los niños de madres fumadoras tienen con frecuencia un deterioro de la función respiratoria que se manifiesta a lo largo de su vida.

Existe poca evidencia para la asociación entre fumar durante el embarazo y anomalías estructurales mayores. Sin embargo se ha informado deformidades faciales, enfermedades cardíacas, congénitas y gástricas.

En relación al consumo de cocaína, Ladero, (2003), refiere lo siguiente:

La cocaína atraviesa la placenta y produce efectos nocivos en el feto, especialmente lesiones cerebrales isquémicas que pueden ser causa de muerte intrauterina

o de daño cerebral definitivo en la vida extrauterina. Es posible que este daño cerebral sea responsable de que muchos de estos niños padezcan hiperexcitabilidad, crezcan con trastornos de personalidad y de la organización de la respuesta a estímulos ambientales y retraso en el desarrollo cognitivo. (pág. 505)

Durante el primer trimestre del embarazo, se produce una mayor incidencia de malformaciones congénitas en hijos de consumidoras de cocaína, como microcefalia, reducción de talla y perímetro craneano, alteraciones genitourinarias (anomalías uretrales, hidronefrosis), esqueléticas (acortamiento de miembros) y cardiovasculares (trasposición de grandes vasos, coartación de aorta).

Muchas de estas alteraciones se explicarían por la vasoconstricción fetal e hipoxia de órganos en desarrollo. Una limitante para relacionar directamente la cocaína con dichas malformaciones ha sido el policonsumo, ya que hay drogas como el alcohol etílico que tienen una acción teratogénica conocida y bien definida, pudiendo determinar muchas de estas alteraciones.

Se ha descrito un síndrome de abstinencia neonatal a cocaína (clorhidrato, pasta base y crack), poco frecuente, que pudiera aparecer en las primeras 48 horas de vida, caracterizado por hipertonia, irritabilidad, dificultad en la succión y alimentación.

De acuerdo a Lugones (2005), a los niños que nacen de madres adictas a la cocaína durante el embarazo, fueron denominados “bebés cracks”, y declarados como una generación perdida. Se decía que esa generación sufriría daños irreversibles, una menor inteligencia y habilidades sociales reducidas, luego se determinó que esto había sido una exageración, ya que la mayoría de los “bebés cracks”, parecía que se recuperaban bien; no obstante, los científicos han descubierto que se producen pequeños cambios, pero muy importantes para el futuro, en particular el relacionado con el comportamiento adecuado para el éxito en la escuela, como la habilidad de bloquear las distracciones y la concentración a largo plazo.

Con respecto al consumo de cannabis durante el embarazo, que algunas gestantes pueden justificar por su efecto antiemético, parece asociarse a una tasa más alta de prematuridad y de inmadurez fetal, o al menos de una menor edad gestacional en el momento del parto, así como de complicaciones obstétricas. Estas últimas podrían estar en relación con los

efectos directos del Delta Tetrahidrocannabinol (THC) sobre el útero, en el que se han identificado receptores específicos para este cannabinoides.

El Tetrahidrocannabinol (THC) atraviesa la placenta en grado variable, por lo que cabe esperar algún efecto directo sobre el desarrollo fetal. No está demostrada una teratogenicidad (malformaciones) por consumo materno de marihuana. Otros posibles efectos de exposición intrauterina de marihuana son discutidos.

Si bien el policonsumo de marihuana y otras drogas como alcohol y tabaco es muy frecuente, existen reportes que relacionan el uso de marihuana durante la gestación con restricción del crecimiento uterino y recién nacidos con bajo peso al nacer. La marihuana disminuye la perfusión úteroplacentaria y eso explica la reducción de aportes y nutrientes al feto y como consecuencia restricción del crecimiento. El uso de marihuana durante el embarazo se ha asociado con la aparición de trastornos neurocomportamentales en niños de madres consumidoras (trastornos del sueño, alteraciones visuales, déficit atencional, hiperactividad).

El consumo de anfetaminas en mujeres surgió a finales de la década del cincuenta cuando se emplearon como anorexígenos, limitándose su uso debido a su capacidad de producir dependencia y a la aparición de efectos no deseados.

Las drogas de síntesis de tipo anfetamínicos como la metanfetamina y metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) son consumidas con fines recreativos y se consumen en fiestas de música electrónica y lugares relacionados con la misma, habitualmente como pastillas por vía oral. El consumo de derivados anfetamínicos durante el embarazo se ha relacionado con mayor incidencia de aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, desprendimiento placentario y muerte fetal intrauterina. Existe una repercusión negativa sobre el crecimiento fetal y un incremento de las malformaciones cardíacas y del paladar hendido.

Los datos acerca de las drogas de diseño y especialmente el éxtasis, son escasos pero apuntan hacia un mayor riesgo de malformaciones congénitas en niños nacidos de gestantes que ingirieron MDMA durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas consumidoras de opiáceos pueden presentar una sobredosis o intoxicación aguda, cuadro que dependiendo del opioide, puede determinar coma y depresión respiratoria. Hay casos que se acompañan de arritmias y/o convulsiones. La sustancia atraviesa la placenta, pudiendo ocasionar intoxicación fetal.

El embarazo de pacientes consumidoras de heroína es de alto riesgo y puede verse interrumpido por un aborto espontáneo o un parto adelantado de un niño prematuro o con retraso del crecimiento. La muerte fetal intraútero, la preclampsia son más frecuentes en estas mujeres.

En el caso de las mujeres dependientes de opiáceos, al suspender el consumo presentan un síndrome de abstinencia caracterizado por nerviosismo y deseos de consumir, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, mialgias, calambres, piloerección, náuseas, vómitos y diarreas. El estrés ocasionado por la abstinencia materna tiene un efecto negativo en la salud fetal, habiéndose encontrado niveles elevados de adrenalina en líquido amniótico. Como consecuencia de esto, el feto puede manifestar fluctuaciones cíclicas de intoxicación y abstinencia. El recién nacido puede presentar el síndrome de abstinencia dado por irritabilidad, temblor, deshidratación, llanto continuo y diarrea, de aparición en las primeras 24 horas de nacimiento.

Los niños recién nacidos de madres consumidoras de heroína unen a su probable prematuridad y retraso del crecimiento dos riesgos específicos. El primero de ellos es la transmisión intraparto de la más que probable infección materna por Virus de Hepatitis B (VHB) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es imprescindible conocer el estado de la gestante heroinómana respecto a estos virus para tomar las medidas preventivas adecuadas. En el caso de VIH se recomienda mantener un tratamiento antirretroviral adecuado durante el embarazo, mientras que el riesgo de transmisión de VHB se previene administrando al niño, en el momento del nacimiento, vacuna y gammaglobulina específica contra el virus. El parto por cesárea reduce significativamente el riesgo de adquirir ambas infecciones en el momento del parto.

Los solventes son hidrocarburos derivados del petróleo, y este grupo incluye varios grupos comerciales, de uso industrial y doméstico. El consumo habitual de solventes se concentra en una población que oscila entre 7 y 14 años, proveniente de un medio socioeconómico deficitario. Se caracterizan por su alta volatilidad, propiedad que explica su forma de consumo, por vía inhalatoria, con rápido inicio de efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Se utilizan en recipientes semicerrados (bolsas de nylon, latas abiertas) y en caso de líquidos, empapando telas e inhalándolas. Son sustancias liposolubles de alta disponibilidad, dado su fácil acceso y bajo costo. Habitualmente se consume bajo forma de pegamentos, thinner.

El abuso de solventes en mujeres embarazadas puede producir el síndrome fetal por solventes, caracterizado por micrognatia (mandíbula muy pequeña), orejas de implantación baja, gran fontanela anterior.

La exposición laboral al tolueno durante la gestación produce la llamada embriopatía toluénica, caracterizada por microcefalia, micrognatia, labio leporino, retraso del desarrollo intelectual y físico y otras malformaciones leves (disminución de hendidura palpebral, dedos “en espátula” con uñas hipoplásicas). También se han asociado casos de acidosis tubular renal en los niños de madres consumidoras de tolueno.

En los casos de abuso de gasolina, se ha descrito un síndrome que incluye retraso mental, hipotonía, grandes pómulos y frente estrecha. El abuso de tolueno y algunos hidrocarburos halogenados durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo y prematuridad.

En relación a la cafeína, no hay evidencia alguna de que el consumo de cafeína durante el embarazo incremente el riesgo de malformaciones congénitas.

Las benzodiazepinas pertenecen al grupo de los psicofármacos, presentando entre sus propiedades efectos sedantes y ansiolíticos (popularmente llamados tranquilizantes). Son los psicofármacos de mayor prescripción a nivel mundial. Utilizados frecuentemente por mujeres con fines de abuso o por dependencia a punto de partida de un tratamiento o en ocasiones mezclándolos con alcohol, potenciando los efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

Las benzodiazepinas atraviesan la barrera placentaria y se distribuyen en los órganos fetales. Como fármacos son considerados por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos, categoría D. No deberían ser utilizados durante el embarazo: Diazepam, Alprazolam, Lorazepam, Midazolam.

Las benzodiazepinas han demostrado potencial teratogénico en el ser humano, de ahí la recomendación de no ser utilizadas en el primer trimestre del embarazo. En este período se ha asociado con mayor riesgo de paladar hendido, asimetría craneo facial e hipertelorismo ocular por algunos autores. Si la mujer consume benzodiazepinas en el último trimestre del embarazo, existe riesgo de depresión neonatal. El recién nacido puede presentar letargia, hipotonía, llanto monótono, dificultad para alimentarse, llamado "Síndrome del recién nacido flácido", de duración variable (varios días), por la inmadurez de los sistemas metabólicos y la eliminación lenta de las benzodiazepinas. Por otra parte, el recién nacido puede presentar síndrome de abstinencia de severidad variable, caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertonía y en casos severos vómitos, diarrea, hipertermia, convulsiones, alteración de la

frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Su aparición puede tardar varios días después del nacimiento.

En función de los resultados de las encuestas aplicadas a dos especialistas en el área tanto de ginecología y psiquiatría, cuyos datos se mencionan al inicio de este trabajo, y quienes laboran en centros en los cuales se atienden mujeres embarazadas, se evidencia que durante el período enero-diciembre 2014, del total de pacientes atendidas, 8 de ellas, con edades comprendidas entre los 15 y 37 años, presentaron sintomatología relacionada al abuso de sustancias, confirmada por las propias pacientes durante el interrogatorio médico al llegar a la admisión de emergencia de la sala de partos, todas ellas tenían embarazos no controlados, con edad gestacional entre 11 y 34 semanas.

En todos los casos se encontró la presencia de desnutrición, caries dentales, desorientación temporoespacial en forma variable, hablar lento (bradilalia), risa fácil inmotivada, agresividad, lenguaje escatológico. Los intentos para dejar el consumo fueron fallidos, corroborado posterior a los partos atendidos de estas pacientes. Se observó en dichas pacientes temblores, fiebre, náuseas, delirio, agresividad, intranquilidad e intento de fuga del centro hospitalario, síntomas correspondientes a un síndrome de abstinencia. Generalmente se trata de embarazos no deseados, producto de promiscuidad, coacción, pago por drogas, padres desconocidos, bajo nivel educativo y socioeconómico. La mayoría de ellas son consumidoras de alcohol y crack. De esta población las parejas de cuatro pacientes resultaron ser consumidores.

Una vez confirmado el problema de consumo, estas pacientes son referidas al servicio de psiquiatría y estudios sociales; sin embargo, no se realiza seguimiento por la dificultad de contactarlas posterior a su egreso del centro materno y por inasistencia de estas pacientes a las consultas sucesivas. Con relación a los recién nacidos producto de estos embarazos, se observan con bajo peso al nacer, irritabilidad, sepsis y alteración de los reflejos propios del recién nacido.

CONCLUSIONES

Así como las mujeres adictas son vistas cada vez más como una población que requiere una atención especializada, los niños nacidos de estas madres necesitan también una atención especial.

La relación entre los trastornos por el consumo de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro.

Las personas que sufren de una adicción y sus familias, son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo y los problemas con la ley. Son con más frecuencia víctimas de violencia y discriminación. Estas consecuencias son más visibles en los niveles bajos del poder adquisitivo.

En general, las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias del consumo de drogas, relacionadas con su motivación para usar drogas y diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias. Suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída. En el ámbito social las mujeres dependientes de drogas están sujetas a mayor discriminación.

La incidencia del consumo de drogas de cualquier tipo en la población de mujeres en edad fértil, es elevada. Los efectos a largo plazo dependen de muchos factores, sin embargo, los daños intrauterinos son determinantes.

Ante la menor sospecha de consumo de drogas se debe poder descartar mediante historia clínica y evaluaciones paraclínicas.

El consumo deliberado de drogas debería considerarse un abuso o maltrato infantil, por lo que se podría exhortar a la madre mediante medidas de protección a iniciar tratamiento de des- habituación o al inicio de abstinencia inmediata para proteger el embarazo y al recién nacido.

La actual incidencia de niños con problemas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos orgánicos cerebrales congénitos, trastornos secundarios a enfermedades de la lactancia y edad preescolar de carácter prevenible como infecciones respiratorias, asma, desnutrición y traumatismos, son en gran medida secundarios a consumo materno de sustancias durante el embarazo y después del nacimiento.

Es necesario implementar la coexistencia coordinada de servicios de atención de embarazo de alto riesgo obstétrico, con centros de atención a la mujer consumidora de sustancias de abuso, estos últimos adaptados a las necesidades psicosociales de las madres usuarias en términos de contención

familiar, pareja consumidora o no, situaciones de violencia a la mujer o maltrato infantil, presencia de comorbilidad psiquiátrica, necesidades de atención de los recién nacidos y otros hijos previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, B., Manzanares, M. A., Manau, D., Chávez, M. A. (2012). **Hábitos tóxicos y reproducción.** Consultado el 19 de mayo de 2015 de http://www.hvn.es/servicios_asistencia-les/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_reprod_04_habitos_toxicos_dra_acevedo.pdf

Calvo, H. (2004). **Maternidad, Infancia y drogas.** Implicaciones Clínicas. Revista Adicciones. Vol. 16, Nro. 4. Páginas 295-314 Consultado el 19 de mayo de 2015 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1058827>

D'Apremont, I. (2003). **Drogadicción en el embarazo y lactancia.** Medwave. 2003 Nov; 3(10):el956 Consultado el 19 de mayo de 2015. DOI: 10.5867/medwave.2003.10.1956

Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. **Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. (2004).** Mujeres y Tratamiento de Drogas. Orientaciones Técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. Consultado el 19 de mayo de 2015. URL: https://www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=mujeres+y+tratamiento+de+drogas+orientaciones+t%C3%A9cnicas+para+la+incorporaci%C3%B3n.

González, R. (2008). **Las Adicciones a la luz de la ciencia y el símil.** Caracas: Fundación José Félix Ribas.

Hernández, G. (2002). **Abuso de sustancias y alcohol.** En Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Págs. 594-611. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.

Ladero, J.M. (2003). **Drogadicción y embarazo.** En Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Segunda Edición. Págs 503-508. Madrid: Panamericana

López, V., (2011). **Adicción a las drogas, factores, prevención y salud.** En Tópicos en psicología de la salud. Primera Edición. Págs. 83-115. Caracas: Publicaciones Universidad Católica Andrés Bello.

Lugones, M., Madruga, M. Echevarría, G. (2005). **Cocainomanía, adicción y embarazo: tres años después.** Revista Cubana de Medicina General Integral versión on-line. Vol

21. N 3-4 Consultado el 19 de mayo de 2015 de https://www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=Cocainoman%C3%ADa%2C+adicci%C3%B3n+y+embarazo:+tres+a%C3%B1os+despu%C3%A9s

Melinkoff, S., (2004). ¿Por qué desde una perspectiva de género? En Mujer, drogas y género. **"Un problema sin atención"** Págs 105-115. Caracas: Gráficas Graü 2000, C.A.

Ministerio del Poder Popular Para La Salud-MPPS. (2014).

Protocolos de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia. Primera edición: Marzo 2014. Disponible en: www.paho.org/.../protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf. Recuperado Mayo 19, 2015.

Mosteiro, C., Rodríguez, M. (2005). **Mujer y Adicción.**

Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Madrid: Instituto de Adicciones. Consultado el 19 de mayo de 2015 en URL: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/MujeryAdiccion.pdf>.

Ocanto, A. (2004). Tratamiento de la mujer farmacodependiente. En Mujer, drogas y género. **"Un problema sin atención"**. Págs. 65-75. Caracas: Gráficas Graü 2000, C.A.

Organización de Estados Americanos (OEA) (2014). Documentos oficiales **El Problema de Las Drogas en Las Américas:** Capítulo 2: Drogas Y Salud Pública. Consultado el 19 de mayo de 2015 en www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/OEAS.

Organización Mundial de la Salud (1992). **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).** Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Pascale, A. (2009), **Consumo de drogas durante el embarazo: Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia.** 90 páginas. Consultado el 19 de mayo de 2015 en www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,24723.

Romero, M., Cecilia, G. (s.f). **La mujer embarazada con problemas de adicciones:** consideraciones de género, investigación y tratamiento. Revista

LiberAddictus. Páginas

13. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Ruoti, M.I. Y otros. (2009). **Uso y Abuso de Drogas durante el embarazo:** Artículo de Revisión. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Vol7. On-line versión ISSN 1812-9528. Consultado mayo 28 de 2015 de https://www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=Ruoti%2C+M.I.+Y+otros.+2009.+Uso+y+Abuso+de+Drogas+durante+el+embarazo

Ministerio del Poder Popular Para La Salud-MPPS. (2014).

Protocolos de Atención. **Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.** Primera edición: Marzo 2014. Consultado mayo 28 de 2015 de www.paho.org/.../protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011). Sistema Nacional de Tratamiento de las Adicciones **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°39.676** de fecha 18 de mayo de 2011

Villasmil, J. (2004). La mujer consumidora de drogas desde una perspectiva de género: "**Una exploración inicial**". En Mujer, drogas y género. "Un problema sin atención". Págs. 85-100. Caracas: Gráficas Graü 2000, C.A.

Consultado mayo 28 de 2015

de www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=La+mujer+embarazada+con+problemas+de+adicciones:+consideraciones+de+g%C3%A9nero+%2C+investigaci%C3%B3n+y+tratamiento