

DERECHOS CRUZADOS. ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN PERIODO DE LACTANCIA.

Autoras:

Saulino, Julia C (31050933) Pediatra.

Sotelo, Celeste V (3440961) Lic. Trabajo Social.

Tomás, Yamila I (32637216) Lic. Trabajo Social.

Vence, Guadalupe B (32757474) Lic. Obstétrica.

Institución: Centro de Atención Primaria de la Salud número 4, Dr. Luis Agote. José León Suárez, municipio de General San Martín, Provincia de Buenos Aires. J. V. González 50. CP: 1655. José León Suárez. Tel.: 4580 1118. Correo electrónico: juliasaulino@gmail.com yamilatomas@gmail.com

Fecha de realización: octubre de 2021.

Tipo de investigación: Relato de experiencia

Categoría temática: Clínica ampliada.

Trabajo inédito

Acerca de las autoras:

Julia C. Saulino, médica pediatra especialista en pediatría ambulatoria y en docencia universitaria. MN 138443, MP 457841.

Celestes Sotelo, Lic. Trabajo Social. Residente de tercer año HIGA Eva Perón. MP 18044.

Yamila I. Tomás, Lic. Trabajo Social. Residente de tercer año HIGA Eva Perón.

MP 20289

Guadalupe B. Vence, Lic. obstétrica. MP 51 448.

Resumen

Título: DERECHOS CRUZADOS. ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN PERIODO DE LACTANCIA.
Autoras: Saulino, Julia C; Sotelo, Celeste; Tomás, Yamila I; Vence, Guadalupe B.
Lugar de realización: Centro de Atención Primaria de la Salud número 4, Dr. Luis Agote. José León Suárez, municipio de General San Martín, Provincia de Buenos Aires. J. V. González 50. CP: 1655. José León Suárez. Tel.: 4580 1118. Correo electrónico: juliasaulino@gmail.com
Tipo de investigación: Relato de experiencia
Trabajo inédito
Categoría temática: Clínica ampliada.
<p>Descriptivo: Presentamos reflexiones y acciones interdisciplinarias e intersectoriales realizadas para poder abordar una situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas en contexto de lactancia.</p> <p>Explicativo: Analizamos la situación desde la epidemiología crítica. En relación a la determinación social de la vida y la salud, consideramos que la salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados, como la feminización del cuidado, y la desigualdad social.</p> <p>Síntesis: Concluimos que el foco debe estar puesto en trabajar en el proceso de deshabitación y cesación del consumo, de manera de evitar la exposición, y no en retirar la lactancia. Esto requiere de un proceso y de un dispositivo diseñado para el acompañamiento de estos casos. Ante este escenario de complejidad e incertidumbre, la respuesta debe buscarse en el trabajo interdisciplinario e intersectorial, con el foco en garantizar el acceso a salud integral y los derechos de las personas gestantes y lactantes.</p>
Palabras claves: lactancia, consumo problemático de sustancias, derechos del paciente, accesibilidad.

- **Descriptivo:**

En el presente trabajo desarrollaremos las estrategias de intervención llevadas a cabo por el equipo de salud, ante una situación de complejidad: el derecho a la lactancia en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas. Durante el proceso, resultaron de vital importancia las acciones interdisciplinarias e intersectoriales para poder abordar la situación, desde un marco teórico que contemple una mirada integral de la salud, con perspectiva de género, con enfoque de derechos. Consideramos esta experiencia valiosa para relatar debido al aumento que observamos de la problemática y a la demanda de atención de los usuarios en este sentido. Pensamos que trabajar esta problemática es urgente y que es necesario construir dispositivos integrales de acompañamiento para las personas gestantes con problemas de consumo.

Nuestro equipo se desempeña en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) 4 Dr. Luis Agote de José León Suárez, municipio de General San Martín, al noroeste de la Provincia de Buenos Aires. En este centro de salud asistimos a personas que habitan el barrio La Cárcova.

El barrio La Cárcova abarca alrededor de 50 hectáreas construidas sobre un terreno de relleno sanitario. Se encuentra en el tramo inferior de la cuenca del Río Reconquista, considerado el segundo más contaminado de Argentina. Presenta alta densidad poblacional (alrededor de 10.000 habitantes), descargas industriales y cloacales clandestinas así como la presencia del relleno sanitario más grande de la región metropolitana (perteneciente a la empresa CEAMSE) y de múltiples basurales. Las viviendas y construcciones que componen el barrio son altamente precarias y suelen habitar varias generaciones de familias y vecinos en un mismo terreno, donde con frecuencia conviven en condiciones de hacinamiento. Los trabajos de parte de la población más empobrecida de la zona se organizan alrededor de la recolección de los residuos sólidos urbanos.

La experiencia que vamos a relatar transcurrió entre junio y agosto de 2021. A partir de la consulta de una mujer en situación de consumo problemático de sustancias que deseaba amamantar a su beba surgieron en el equipo de salud una serie de interrogantes.

El equipo de salud está conformado por tres trabajadoras sociales, una obstétrica y una pediatra.

Objetivos

- Objetivo general: Generar estrategias de intervención profesional que puedan dar respuesta al deseo de lactancia en contexto de consumo problemático de sustancias, desde una perspectiva de derechos, de salud integral y de género.

- Objetivo específico 1: Investigar la existencia de protocolos de manejo de lactancia en contexto de consumo de sustancias, tanto en nuestro país como en otras regiones.

- Objetivo específico 2: Revisitar la bibliografía en busca de la mejor evidencia científica disponible.

- Objetivo específico 3: Generar, a partir de este caso, una puesta en común en nuestro municipio en vistas a construir protocolos de atención para estos casos, no poco frecuentes.

Descripción de la situación clínica

Atendemos a una recién nacida prematura de 36 semanas, con bajo peso para edad gestacional: 2200 g. Presentó diagnóstico de sífilis congénita y prueba de tóxicos en orina positiva al nacimiento. Nació en un hospital local. La madre presentó durante la gestación y al momento del nacimiento consumo problemático de cocaína y marihuana. Durante la internación conjunta se dió intervención al Servicio Local de Protección de Derechos de niñas, niños y adolescentes. Se inhibió la lactancia en el postparto en forma medicamentosa, sin comprender la madre el motivo de esta indicación. Se otorgó alta conjunta evaluando las redes de apoyo familiar.

Se trató de un embarazo deseado, la cuarta gesta de la mujer, quien pudo llevar adelante la lactancia de sus otros hijos. Durante el embarazo realizó 3 controles prenatales (semanas 8.8, 18.4 y 26.4). Presentó diagnóstico de sífilis a las 18 semanas de gestación, luego se ausentó por 2 meses en los que el equipo de salud intentó contactarla, sin éxito. Finalmente concurrió a la consulta prenatal en la semana 26, acompañada por su pareja. Se les indicó el tratamiento para la sífilis. No volvieron a concurrir al control obstétrico.

La beba realizó tratamiento con penicilina G por presentar sífilis congénita. Se realizaron las pesquisas de rutina que fueron normales. Presentó ecocardiograma con

comunicación interauricular pequeña y ecografía abdominal normal. En la ecografía cerebral se informó la presencia de imágenes compatibles con mineralización de los vasos tálamo-estriados: podría tratarse de un hallazgo como variante de la normalidad, pero también podría ser causado por la sífilis o por el consumo materno de drogas.

Cuando la madre asistió con la beba a control de salud al CAPS N°4, manifestó su deseo de amamantar. Refirió no consumir drogas desde el nacimiento. Se encontraba motivada a abandonar el consumo y se la observaba comprometida con el cuidado de la beba.

Se realizó el abordaje de la situación acudiendo a la demanda materna y a sus inquietudes.

Algunas de las preguntas que nos surgieron como equipo de salud en ese momento fueron: *¿Es posible la relactación? ¿Contamos con los medios para verificar el cese del consumo? ¿Cuáles son los derechos de la madre que debemos considerar?*

¿Y los de la beba?

A partir de estos interrogantes, desarrollamos un trabajo interdisciplinario entre profesionales de este CAPS, y realizamos interconsultas a profesionales del Hospital Municipal Thompson de San Martín, al mismo tiempo que tomamos contacto con Organizaciones No Gubernamentales que pudieran acompañar a la madre en su problemática de consumo. Se consultó con el equipo de puericultoras del Hospital, para recibir asesoramiento y acompañamiento si fuera posible la relactación.

Decidimos realizar una búsqueda bibliográfica para recabar la mejor evidencia científica disponible en la temática, así como evaluar la legislación pertinente y los protocolos existentes.

Marco teórico

Para analizar y reflexionar sobre la situación descrita, nos posicionamos desde la epidemiología crítica. Siguiendo a Breilh en relación a la determinación social de la vida y la salud, consideramos que la salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. En este sentido nos parece importante considerar, que en el marco de la sociedad capitalista, el cuidado es una actividad que se le ha impuesto a las mujeres. Y ello se encuentra íntimamente relacionado con la división sexual

del trabajo, establecida por el sistema patriarcal, el cual genera que, aunque las mujeres hayamos alcanzado progresivamente mayor participación en el espacio público siendo parte del mercado laboral formal, seguimos siendo las principales encargadas del cuidado de nuestros hijos y otros miembros de la familia, sobre todo en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Tomamos los aportes de Martelotte (2019), al respecto *“El cuidado hace referencia a todas aquellas actividades que generalmente hacemos las mujeres, al interior de nuestro hogar, y por las cuales no recibimos remuneración. Sin embargo estas tareas de cuidado son las que permiten satisfacer necesidades, no solamente materiales sino también simbólicas, y son las que hacen posible la reproducción de la vida tal cual la conocemos”*. Con frecuencia las intervenciones de los distintos dispositivos de salud suelen estar abocados a generar intervenciones centradas únicamente en las mujeres cuidadoras, a pesar de que la lactancia es responsabilidad de todos los actores, de la sociedad en general, y no solo de las mujeres madres.

El embarazo y el puerperio constituyen una etapa de crisis vital. Puede ser una oportunidad para el inicio de tratamientos en situaciones de consumo, ya que a partir del nuevo vínculo materno-filial puede surgir la motivación al cambio. Lograr el reestablecimiento de la lactancia podría, además, favorecer el vínculo, garantizando el cumplimiento de algunos de los derechos de la madre y la niña. Desde el equipo adherimos a la perspectiva de reducción de riesgos y daños en relación al consumo problemático de sustancias: *“Los principios de este paradigma se relacionan con la regulación de los consumos, es decir, con la capacidad del sujeto y de los grupos de regular el consumo y donde la abstención no es un ideal normativo para los sujetos, aunque puede ser una estrategia terapéutica en un momento en la cual haya que indicar eso”* (Goltzman: 2018). Es importante tener en consideración que todas las sustancias de abuso tienen presencia en la leche materna, en distintas concentraciones. Por otra parte, en esta etapa puede darse la aparición de patologías de salud mental o recaída en el caso de la depresión.

La evidencia disponible indica que existen contraindicaciones iniciales para la lactancia en el contexto de consumo. Se han reportado complicaciones del consumo de sustancias durante la gestación, el parto y en caso de lactancia y consumo (tabla 1). En caso de que quien amamanta sostenga el consumo, los riesgos de mantener la lactancia materna superan los beneficios, por lo tanto estaría contraindicada.

En esta situación, la beba, presentaba algunos diagnósticos que podrían tener relación con el consumo materno: parto prematuro, bajo peso al nacer, malformación cardíaca del septo y síndrome de abstinencia neonatal; además de las imágenes mencionadas en la ecografía cerebral.

Enumeramos a continuación la legislación vigente que tuvimos en cuenta al momento de abordar esta situación: Ley 26.873 de Lactancia Materna (2013), Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009), Ley 26485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, Convención sobre los Derechos del Niño, Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005), Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010).

Estrategias de Intervención

Como equipo utilizamos el Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación y el Protocolo de la Academia de medicina de la lactancia, como marco de referencia para elaborar un plan posible de abordaje (Gráfico 1).

En esta situación clínica no fue posible el acompañamiento prenatal, pero consideramos de suma importancia en caso de atender a una persona gestante en situación de consumo problemático de sustancias que manifieste el deseo de amamantar, poder acompañar su situación y anticiparnos al momento de la lactancia, conociendo sus deseos y pensamientos respecto a la misma. Es necesario desarrollar entrevistas donde el equipo de salud muestre empatía y escucha activa, sin cuestionamientos ni juicios, hablando en un lenguaje accesible y coloquial, dando lugar a las percepciones y emociones de quien consulta. De esta manera, es posible constituir un vínculo que podría resultar terapéutico en sí en los sucesivos encuentros con el equipo de salud. En este punto, consideramos necesario realizar un consentimiento informado donde la persona gestante exprese su voluntad de participar en las sucesivas entrevistas de acompañamiento y seguimiento de su tratamiento, recibir asesoría en lactancia, recibir llamados y asistir a los espacios de acompañamiento propuestos para abordar su problema de consumo. Encontramos en la bibliografía la figura de un acompañante o asesor para facilitar este proceso. Pensamos este acompañamiento como un

modelo de seguimiento longitudinal, con un abordaje interdisciplinario, personalizado y centrado en la persona gestante.

Durante esta etapa, se realizaría una preparación para la crianza y la lactancia, reconociendo la relación actual de la persona con el uso de sustancias, considerando su historia, sus antecedentes de salud y, si existe, a la red de apoyo afectivo y social. En este punto, resulta relevante trabajar la motivación al cese del consumo. Algunas personas habrán podido abandonar desde el comienzo de la gestación o por períodos, otras aún no lo habrán logrado o no se lo habrán propuesto. Los escenarios son múltiples. En caso de que la decisión de la persona gestante sea el cese del consumo y llevar a cabo la lactancia, se debe abordar la posibilidad de una recaída como parte del proceso, visualizarla en conjunto y formular un plan en caso de que esto suceda.

Si, finalmente, no puede llevarse adelante la lactancia (por decisión de la persona o por contraindicación por parte del equipo de salud) se deben trabajar las opciones posibles de alimentación con sucedáneos de la leche materna y reforzar otros aspectos del vínculo que sí se podrán experimentar.

Al momento del nacimiento, el equipo de salud reevaluará el involucramiento de la persona en el tratamiento y las indicaciones, si cuenta con planes para el tratamiento y seguimiento postparto y para los controles pediátricos.

A partir de la revisión bibliográfica, encontramos factores que propician la lactancia segura y otros que son considerados de riesgo (tabla 2).

Un indicador de buen pronóstico es haber logrado la abstinencia del consumo de drogas durante 90 días previos al parto, así como la presencia de pruebas de toxicología negativas al momento del parto. Nos planteamos en este punto si sería posible idear un dispositivo de seguimiento en el cual realizar pruebas toxicológicas en orina sistemáticas, de manera de poder objetivar el cese del consumo y, así, minimizar los riesgos para el lactante.

En el caso particular que describimos, el involucramiento tardío al control prenatal y la presencia de consumo en el período de 30 días antes del parto se consideraron factores de riesgo. Al recibir al binomio madre-hija cuando ya la lactancia había sido inhibida y sin haber podido abordar la problemática en los meses previos nos encontramos en un escenario desfavorable. La madre refirió no consumir desde el nacimiento y estar motivada a abandonar, lo que se vio reflejado en su asistencia a las citas del equipo de salud y a un

dispositivo grupal para mujeres con problemas de consumo. Del mismo modo, se observó un buen vínculo con la beba, con un adecuado sostén y actitud de cuidado hacia ella.

Finalmente, tras analizar en equipo este caso, decidimos y conversamos con la madre que retomar la lactancia no iba a ser posible. Si bien habiendo sido inhibida la lactancia farmacológicamente y, tras 2 meses de esta inhibición, relactar representaba un gran desafío, el motivo principal de esta conclusión tuvo que ver con que no contamos con un dispositivo adecuado de seguimiento para poder garantizar la adherencia al cese del consumo. Por otra parte, como ya mencionamos, algunos factores de los que presentaba eran considerados de riesgo para desarrollar una lactancia segura como el hecho de los escasos controles, no haber podido abordar la situación antes del parto y la positividad de los tóxicos en orina de la niña al nacimiento, evidenciando la existencia de consumo hasta el momento previo al parto. Además, el estado de salud de la beba se encuentra aún en evaluación en el aspecto neurológico, por lo que evaluamos que la posibilidad de retomar la lactancia en este caso presentaba riesgos mayores a los beneficios.

Esta conclusión fue compartida con la madre quien la comprendió y a quien seguimos acompañando posteriormente. Unas semanas después presentó una recaída en el consumo, en la que se ausentó durante 2 semanas de la casa familiar. Actualmente volvió a realizar los controles y a reconectarse con el espacio terapéutico para la cesación del consumo.

Entendemos que las recaídas son propias de la evolución en una problemática como esta, por lo que nos resulta importante poder tenerlas en cuenta como equipo de salud y en la planificación de estrategias conjuntas con las personas gestantes y que amamantan. Preverlas como una etapa posible puede resultar útil para pensar posibles escenarios y también para evitar la culpa y la estigmatización de la persona que transita el consumo problemático.

- **Explicativo**

Sobre la cotidianidad en La Cárcova, el barrio donde viven la mujer y su beba, nos parece clave comprender la determinación social de la vida, mencionando a lo social y lo biológico, como unidad dinámica, donde se suceden transformaciones mutuas, pero en esta “*danza*” opera una condición jerárquica donde impera la determinación social. En este sentido

la categoría de territorio entendida como el anclaje material y simbólico de prácticas, saberes y sentidos (Massa y otros: 2015) nos permite a los profesionales, construir un conocimiento situacional de las problemáticas que atendemos. En este sentido, nos hicimos dos preguntas; si en este contexto de pobreza estructural, y de supervivencia en condiciones de extrema precariedad habitacional, el Estado puede garantizar el derecho a la salud con las políticas vigentes. Y si el consumo es abordado de forma diferencial de acuerdo a la clase social de la persona afectada, en los distintos dispositivos del sistema de salud.

También, las barreras de accesibilidad al sistema de salud; económicas, geográficas, simbólicas, estuvieron presentes en la situación planteada. El contexto socioeconómico de la madre, quien no contaba con ingresos propios y en varias ocasiones manifestó dificultades económicas para el seguimiento. Si bien nuestro Centro de Salud se encuentra a una distancia de su vivienda que puede ser recorrida a pie, el contexto económico desfavorable conlleva necesidades y carencias concretas que, lógicamente, se ven priorizadas frente a otras acciones preventivas, menos tangibles y urgentes. Por otra parte, debemos tener en cuenta que en muchas oportunidades los usuarios se sienten rechazados por el sistema de salud. Muchas de las personas que recibimos en el Centro de Salud han sido víctimas de violencia institucional por parte de los efectores de salud. Este elemento contribuye a que, pese a la cercanía de la institución y a su intención de entablar lazos con la comunidad, pueda no resultar verdaderamente accesible.

Además, debemos tener en cuenta al momento del análisis la subjetividad de la usuaria y su mirada frente al embarazo, la maternidad y la lactancia. Considerar sus prioridades y sentimientos respecto a su salud. Desde el equipo de salud no fue posible trabajar estos aspectos en profundidad durante la gestación ya que nos vinculamos con ella con más continuidad a partir del nacimiento. La mujer tiene otros tres hijos que se encuentran al cuidado de otras personas por decisión del Estado, por lo que es posible que esta circunstancia haya influido también en su actitud frente a los efectores de salud. En contraste, luego del nacimiento mantuvo buen vínculo con el equipo y mostró predisposición y adherencia a los controles de salud.

Nos resulta importante no perder de vista el peso de los mandatos sociales. Consideramos en este punto como condicionantes tanto la mirada social como nuestros propios juicios de valor como equipo de salud ante casos como el expuesto. Posiblemente esta mujer haya padecido previamente estos juicios en sus tres embarazos

anteriores. La mirada sobre una mujer y madre que “no es capaz” de maternar a sus hijos es una de las más condenatorias. El registro de estas percepciones y valoraciones subjetivas debe ser tenido en cuenta para poder trabajar en estos casos evitando entorpecer nuestro accionar con el prejuicio, el juicio, la estigmatización, etc.

Desde la perspectiva de derechos, encontramos el derecho de la mujer a la salud, a ejercer su autonomía y a la lactancia, a comprender las indicaciones del equipo de salud y a decidir de manera informada si llevarlas a cabo.

En relación a la problemática de consumo, proponemos pensar el uso de las drogas como una práctica social, con significados diversos para cada uno de los sujetos. Por lo cual el abordaje debe ser desde la singularidad, comprendiendo que el consumo no siempre va a estar vinculado con aspectos tales como romper la norma, o la enfermedad. Es importante incorporar la noción de lo cambiante y dinámico de las situaciones con las que trabajamos, el consumo al igual que otras situaciones problemáticas, no se presenta de forma estática en el tiempo, y en cada momento se deben re-plantear diferentes estrategias de intervención profesional.

Observamos los derechos de la beba, por un lado a recibir la lactancia materna y, a su vez, considerando su derecho a la salud, a no recibir toxicidad (en caso de persistir el consumo) que pueda poner en riesgo su salud.

Como equipo de salud, esta experiencia fue de gran relevancia y generó un intercambio fluido entre compañeras. Nos permitió conocernos y trabajar interdisciplinariamente, planificando estrategias. A partir de la misma, contamos con una perspectiva de abordaje afianzada para afrontar y anticiparnos en caso de situaciones similares.

Desde la presentación en un ateneo de la situación descrita, para el personal de salud del área perinatal del municipio, se comenzó a planificar un protocolo de atención para el seguimiento de casos como el expuesto. La problemática generó interés y expuso la necesidad de una respuesta desde niveles superiores en la administración de Salud.

- **Síntesis**

Para finalizar, compartiremos algunas apreciaciones que, lejos de concluir y dar un cierre, nos llevan a reflexionar y generar nuevas preguntas respecto a esta temática tan compleja.

En primer lugar, consideramos que el foco debe estar puesto en trabajar en la deshabitación/cesación del consumo, de manera de evitar la exposición y no en retirar la lactancia. Entendemos que esto requiere de un proceso y de un dispositivo diseñado para el acompañamiento de estos casos, con el que no contábamos al momento de la atención, pero estamos a la espera de que se pueda generar un consenso a nivel local para el abordaje de situaciones similares.

En cuanto a nuestra búsqueda de evidencia científica, consideramos que la misma resulta escasa e insuficiente, dados los dilemas éticos que se presentan, y que esto impacta en la falta de guías de práctica basadas en la evidencia

Nuestra propuesta, ante este escenario de complejidad e incertidumbre es buscar la respuesta en el trabajo interdisciplinario e intersectorial, trabajando para generar desde el sistema de salud una mejor atención integral y, así, garantizar los derechos de las personas gestantes y lactantes. Sin dejar de lado la importancia del cuidado de la niñez, y en ese sentido intentamos presentar opciones superadoras en términos de recursos disponibles y de estrategias profesionales, integradoras y no fragmentadas, ante la complejidad de las problemáticas que atraviesan muchas familias.

Referencias bibliográficas

Barroco, M. L. (2004). *Ética y Servicio Social: fundamentos ontológicos*. Cortez editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.

Borbonet, D. (2010). Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(4), 251-257.

Cavalleri, Repensando el concepto de Problemas Sociales, *Compartiendo Notas*, 2008, ediciones de la UNLa

Curutchet, G., Grinberg, S., & Gutiérrez, R. A. (2012). Degradación ambiental y periferia urbana: un estudio transdisciplinario sobre la contaminación en la región metropolitana de Buenos Aires. *Ambiente & sociedad*, 15, 173-194.

ESPAÑOLA, C. D. S. M. A. Cannabis durante el embarazo y lactancia: una crisis silenciosa para el cerebro en desarrollo.

Goltzman Paula. "Herramientas para el abordaje del consumo problemático de sustancias desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños". Comisión de Salud, CATS, San Martín.

Jansson, L. M. (2009). ABM clinical protocol# 21: guidelines for breastfeeding and the drug-dependent woman. *Breastfeeding Medicine*, 4(4), 225-228.

Loredo Abdalá, A., Casas Muñoz, A., & Monroy Llaguno, D. A. (2014). La cocaína: sus efectos en la mujer embarazada y en el producto de la gestación. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(3), 5-8.

Massa Laura, "Obstáculos a la reproducción de la social, vida cotidiana y territorio, aspectos centrales en la configuración de problemas sociales", XI Jornadas CATSBA, Necochea-Mayo 2017

Moraes, M., Boccarato, A., Bazan, G., Grunbaum, S., Canavessi, M., Hoppe, A., ... & Stolkiner, A. (2012). "Entrevistada". En *Diálogo sobre interdisciplina*. Periódico En Diálogo, Extensión. Universidad de la República Uruguay. Recuperado de <http://www.extension.edu.uy/endiálogo>.

Stolkiner A (2005) *Jornadas Nacionales de Salud Mental, Interdisciplina y Salud Mental*.

Anexos

Tabla 1. Lactancia y consumo: efectos sobre la salud del lactante.

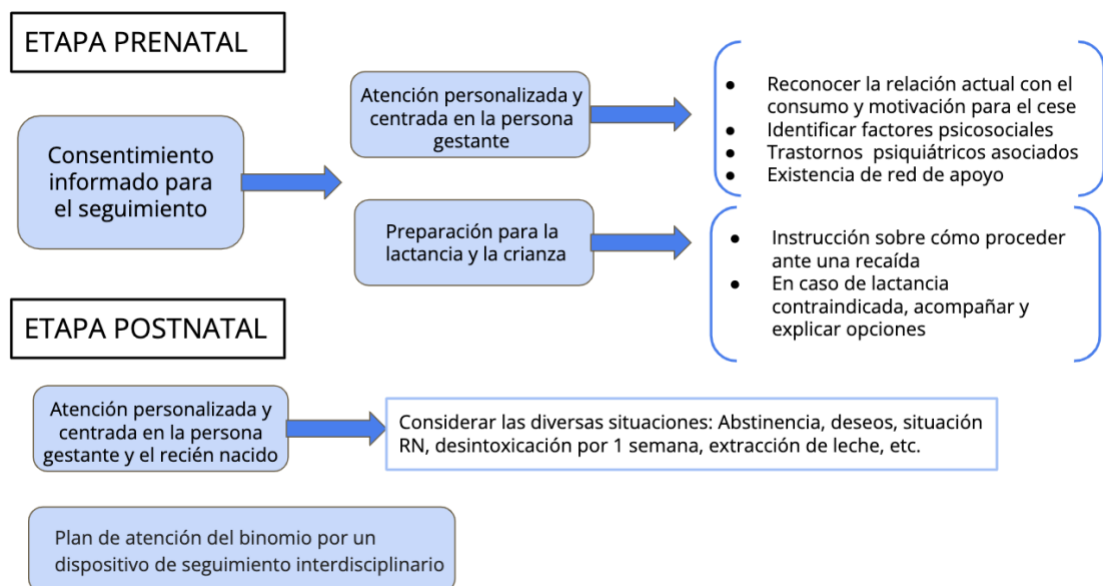
Sustancia	Efectos en la salud del lactante
Marihuana	Aborto. Parto prematuro, Bajo peso al nacer, RCIU. Malformaciones cardíacas del septo. Sedación, hipotonía, succión pobre. Retraso del desarrollo motor al año. Alteraciones del desarrollo cognitivo y de la conducta.
Cocaína	Aborto. Parto prematuro. RCIU. Síndrome de abstinencia. Alteraciones en el neurodesarrollo. Intoxicación neonatal.
Opioides	Síndrome de abstinencia. Toxicidad neonatal y depresión del SNC
Alcohol	Síndrome alcohólico fetal (TEAF). Alteración del sueño-vigilia. Alteraciones del desarrollo.

Tabla 2. Lactancia segura ante antecedentes de consumo: factores protectores y factores de riesgo.

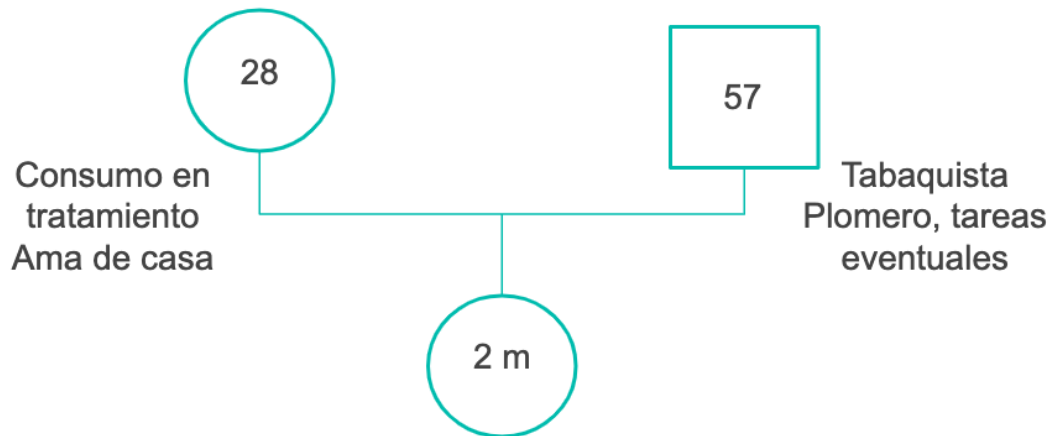
Factores protectores	Factores de riesgo
Encontrarse en tratamiento para el abordaje del consumo problemático	Falta de atención prenatal o involucramiento tardío al control prenatal
Continuar con el tratamiento durante el período posparto.	Consumo en el período de 30 días antes del parto
Abstenerse de consumir por 90 días antes del parto	No estar dispuestas a participar en un tratamiento
Prueba toxicológica de la orina materna negativa en el momento del parto	Pruebas de toxicología en orina materna positivas al momento del parto. Indicadores de uso activo de sustancias

Seguimiento prenatal adecuado	Falta de planes definidos para el tratamiento durante el posparto o para la atención pediátrica
	Situación de calle. Trabajo sexual
	Consumo en la pareja o en la familia
	Ruptura de vínculos con redes personales e institucionales

Gráfico 1. Plan de acción para a toda persona gestante con trastorno de abuso de sustancias que manifieste el deseo de amamantar.



Familiograma



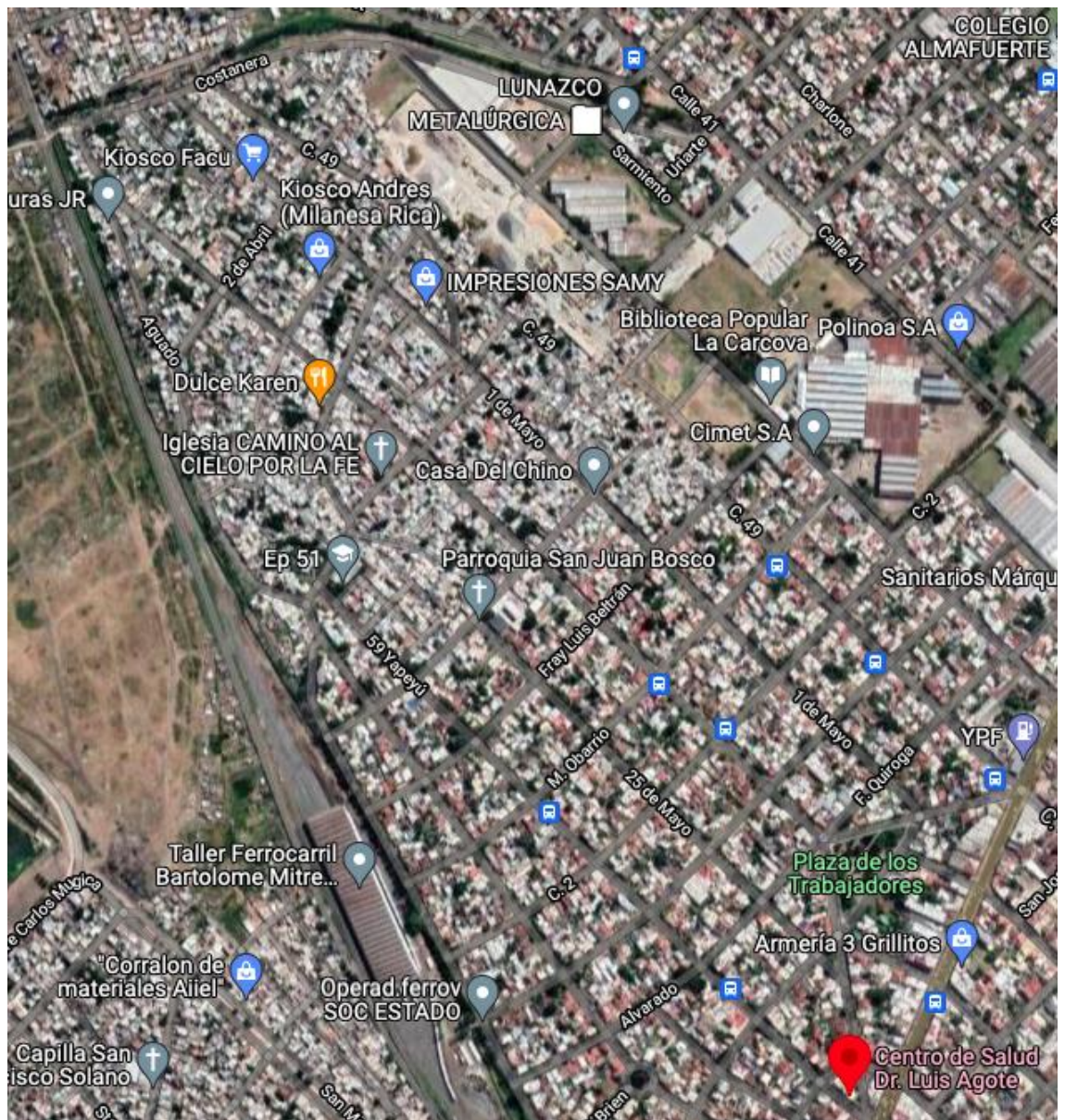
Red familiar:

Abuela materna.

Hermana por parte del padre, 24 años, comprometida en acompañar en la crianza.

Hermanos por parte de la madre: no conviven ni tienen vínculo con ellos.

Mapa del barrio La Cárcova



Fuente: Google Maps, 2021, maps.google.com.