



Trabajo Final de Grado  
MONOGRAFIA

Protección y prevención del uso de sustancias psicoactivas en embarazo adolescente, en el Primer Nivel de Atención.

Tutora: Prof. Adj. María Julia Perea

Revisora: Asist. Mag. Valeria Píriz

Estudiante: Alicia Perovich CI 1.812.984-0

## Indice

Resumen .....	2
Introducción .....	3-4
1. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia .....	5-7
2. Consumo de sustancias en embarazo adolescente .....	
2.1 Investigaciones en Uruguay.....	7-9
2.2 Investigaciones internacionales .....	9
2.3 Riesgos para la madre y el feto .....	10
3. Abordaje y Prevención del consumo .....	
3.1 Paradigma de Enfermedad y Aprendizaje Social.....	10-12
3.2 Factores de riesgo y protección en el consumo de los adolescentes.....	12-13
3.3 Tipos de intervención: universal, selectiva e indicativa.....	13-14
3.4 Reducción de riesgos y daño.....	14
3.5 Género en los abordajes de consumo.....	14-15
4. Adolescencia en el Primer Nivel de Atención .....	15-17
4.1 Aportes de trabajos con adolescentes en PNA.....	17-19
5. Las entrevistas del equipo de Salud con los adolescentes.....	20-22
5.1 Entrevista Motivacional.....	22-24
6. Prevención y Promoción en Salud.Un enfoque desde la Psicología de la Salud.....	24
6.1 Educación para la Salud.....	24-25
6.1.1 Modelo PRECEDE-PROCEDE. Intervención para la Promoción de Salud.....	25-27
6.1.2 Psioeducación : intervención para la prevención .....	27-28
6.1.3 Educación para la Salud en práctica: prevención y promoción para la Salud.....	28-31
6.2 El contexto como factor estratégico .....	
6.2.1 La familia .....	31-32
6.2.2 Comunidad y Prevención.....	32-33
7. Conclusiones.....	33-39
Bibliografía.....	40-45

## Resumen

El presente es un Trabajo Final de Grado para el título de Licenciada en Psicología de la Universidad de la República.

Transitar las adolescencias como etapa de búsqueda de la identidad en un mundo globalizado, con fuerte promoción del consumo y una brecha generacional, económica y social acentuada por el cambio constante de la tecnología, la competitividad y las desigualdades sociales, se ha vuelto muy dificultoso. Si esta situación se complejiza con la responsabilidad de un embarazo y el consumo de sustancias psicoactivas, sin duda requerirá de grandes esfuerzos de toda la sociedad, para garantizar puntos de apoyo y prevención que favorezcan en los y las adolescentes un aprendizaje sistemático de autocuidado, en base al empoderamiento y fortalecimiento de sus derechos. Desde estas consideraciones y partiendo de concepciones teóricas de la Psicología de la Salud como la Prevención y Promoción de la Salud, se intenta visibilizar las limitaciones y oportunidades de la relación de estas adolescentes con los profesionales del centro de salud, a través de un estudio cualitativo de revisión de literatura científica y normativa vigente. Se caracteriza la entrevista en el Primer Nivel de Atención, desde las prácticas biomédicas hacia la Educación para la Salud, considerando los enfoques teóricos para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y presentándose distintas herramientas de intervención. Se concluye sobre la importancia de la triada profesional de la salud-adolescente-comunidad en la APS, como punto de partida para desplegar factores de protección que coadyuven a la prevención de riesgos y promoción de salud.

**Palabras claves:** embarazo adolescente, drogas, Primer Nivel de Atención, Educación para la Salud.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS,2018) define la adolescencia “como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”.

El embarazo adolescente, que es el que se produce en esta etapa, tiene causas relacionadas, en la mayoría de los casos, con la falta de oportunidades de las adolescentes, que ven limitada su elección y su formación para construir un proyecto de vida diferente, producto de las desigualdades económicas, socio-culturales y de género. Fondo de Población de las Naciones Unidas Uruguay (UNFPA, 2013).

En Uruguay el embarazo adolescente, sólo en el Hospital Pereira Rossell, representó en el año 2017, un 24% del total de la cantidad de embarazos asistidos en esa institución, según cifras oficiales. Si bien este valor implica una disminución del 2% con respecto al año anterior (2016), sigue siendo una cifra preocupante por el incremento de factores de riesgos que esto implica en el desarrollo y la calidad de vida de las y los adolescentes, así como de sus hijos. El Ministerio de Educación y Cultura (MEC), en el marco de la presentación de un estudio académico sobre embarazo adolescente y desigualdad en Uruguay, reportó un 16.4% de embarazos de niñas y adolescentes, de edades comprendidas entre los 10 y 19 años, con respecto a la cantidad de embarazos totales (Administración Nacional de Educación Pública, 2016).

Considerando que la mayor parte de la población que se encuentra en los sectores más carenciados de nuestro país, se atiende en los servicios de ASSE, el 30 % de toda la población del país según la Encuesta Continua de Hogares 2017, se considera incuestionable el rol que deben cumplir los servicios de salud en las estrategias de apoyo y seguimiento a esta población, estando de acuerdo con lo que plantea Issler (2001) :“Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales” (p.23)

En los últimos años y en forma progresiva en la población adolescente de nuestro país y del mundo, el consumo de drogas legales e ilegales, se comienza en edades cada vez más tempranas, convirtiéndose en un tema de debate, estudio y preocupación a nivel político y social, dado las consecuencias que esto trae aparejado en la vida de los jóvenes y la sociedad en su conjunto (Centro de Investigación para el Desarrollo,2015).En este sentido, con respecto a la problemática del consumo de drogas en el embarazo en nuestro país, una publicación de la Junta Nacional de Drogas (JND) recoge la declaración de la ex subsecretaria

de salud, la Dra. Cristina Lustemberg, quién sostiene que: “Un tercio de las mujeres que dan a luz en el Hospital Pereira Rossell ingirieron alcohol en el embarazo”, expresando la preocupación del MSP sobre el tema. (JND,2016).

Los y las adolescentes que transitan por el embarazo en esta etapa de la vida, no se encuentran ajenos a esta realidad, convirtiéndose su situación en una experiencia limitante; haciendo más aguda la crisis, que en edades tempranas ya genera el afrontamiento de la maternidad - paternidad, teniendo que transitar por embarazos problemáticos, partos prematuros, enfermedades del recién nacido y otro sin fin de dificultades adicionales a nivel psicosocial. (ASSE,2017).

Dado el alcance que tiene el TFG no se abordará la relación que mantiene el adolescente con las sustancias, por lo que el análisis se enfocará en el consumo en términos generales y su incidencia en la etapa del embarazo. En el entendido de que esta circunstancia acerca a los adolescentes al sistema de salud para efectuar los controles requeridos, se intentará identificar factores de protección gestionados desde ese encuentro para disminuir los riesgos y daños que el consumo de cualquiera de las sustancias mencionadas pueda ocasionarles a ellos o su bebé. Así como la potencialidad de dicho encuentro para acompañarlos en esta etapa y proporcionarles herramientas de sostén y contención.

Se parte de la descripción de definiciones teóricas de embarazo adolescente, consumo adolescente, riesgos asociados al consumo, estrategias de abordaje y prevención y normativa vigente, como forma de acercamiento a la complejidad, pertinencia y significación del tema. Se incorporan aportes de estudios nacionales y extranjeros, que dan cuenta de la necesidad de abordar la problemática propuesta en el presente trabajo y diferentes propuestas de intervención desde el área de la Prevención y Promoción de salud, incluyendo el análisis de las nociones de Educación para la Salud, autocuidado y psicoeducación desde una perspectiva de abordaje en red, como elementos claves de fortalecimiento, para la diada profesional de centro de salud - adolescentes que cursan embarazo con consumo de sustancias.

En el presente trabajo se expondrán diferentes estrategias que no responden a una sola línea de concepción teórica ya que la temática carece de estudios e investigaciones que comprueben la eficacia de una sola forma de comprensión y abordaje. Por lo que se entiende conveniente considerar una posible caja de herramientas, con aportes de diferentes áreas y corrientes teóricas.

## 1. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia

No existen estadísticas o investigaciones que den cuenta de datos específicos sobre las sustancias, formas de consumo y características psicosociales de las adolescentes que cursan un embarazo en nuestro país. Para poder acceder a una comprensión más integral del tema que nos ocupa, es que planteamos un acercamiento a través de datos oficiales del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes en Uruguay comparándolos con consumos en otros países. Es importante aclarar que los datos se reorganizaron para poder visualizar información que se entendió más significativa para el desarrollo de este trabajo.

La OMS define las drogas como “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.” (Infodrogas, 2018)

El criterio de clasificación más extendido para la OMS (citada en Infodrogas, 2018), es el que se basa en los efectos que produce en el SNC: estimulantes, depresores, alucinógenos/psicodélicos y otras sustancias psicoactivas. Las vías de administración de las sustancias son varias: fumar, inyectar por vía intravenosa, inhalar, consumir en forma oral y otras. No todos los consumos pueden clasificarse como problemáticos, existen consumos experimentales y habituales que no lo son, en cambio dependiendo de la sustancia, la cantidad, forma y tipo de consumo, el lugar dónde se consume y las características personales del consumidor, se experimentan usos problemáticos con situaciones de intoxicación aguda, abuso y dependencia.

En el año 2015, el Observatorio Interamericano de Drogas perteneciente al CIDAC (Centro de Investigación para el Desarrollo), elaboró y difundió el informe “Uso de Drogas de las Américas”, sobre la prevalencia de consumos de drogas legales e ilegales.

Como aporte al presente trabajo se tomarán los datos que dan cuenta del consumo de estas sustancias, entre los estudiantes de educación media y población adolescente en general. En el caso de Uruguay el informe mencionado, hace referencia al consumo en estudiantes de educación media en edades que van de 15 a 18 años (2014) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2011, así como la publicación de información oficial relevante sobre consumo en general.

De las conclusiones generales, se puede inferir la tendencia a un consumo creciente en edades cada vez más tempranas y una equiparación en estos adolescentes, en lo que hace referencia al género.

**Tabla 1.** Consumo de sustancias en los estudiantes de educación media (últimos 30 días)

Sustancia	Porcentaje
	Estudiantes E.M.
<b>Uruguay</b>	
Alcohol	40.0%
Tabaco	10.0%
Inhalables	2.1%
Cocaína	1.0%

Nota: Elaboración propia, basada en informe:  
Uso de drogas de las Américas (CIDAC,2015)

Con respecto al consumo de marihuana (evolución a través de los últimos años) el porcentaje fue del 17 % (2013).

En un informe más reciente (1 setiembre del 2018), la Junta Nacional de Drogas (JND, 2018) publica los datos de la VI Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas 2016, desde dónde se resume la siguiente información relacionada al consumo adolescente:

**Tabla 2.** Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (JND,2018).

Consumo de Sustancias Psicoactivas	Adolescentes Mujeres (15-18 años)	Adolescentes Hombres (15-18 años)	Adolescentes ambos sexos (15-18 años)	Jóvenes ambos sexos (19-25 años)
ALCOHOL	62.3%	73.7%	-----	-----
Riesgo intoxicación aguda	-----	-----	10.5%	12.6%
TABACO	-----	-----	14.3%	-----
MARIHUANA	-----	-----	14.8%	-----
TRANQUILIZANTES	6.1%	3.4%	-----	-----

Nota: Elaboración propia, basada en VI Encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas 2016 (JND,2018)

Según el estudio, la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco se encuentra en los 14 años. Los datos de riesgo de intoxicación aguda por alcohol, se consideran por consumos de 5 tragos o más de alcohol, en una sola ingesta. Existe una prevalencia de medio y alto nivel socioeconómico cuando se observa la muestra general, personas entre 15 y 65 años de edad.

Dentro de las hipótesis que se exponen en la publicación de la Encuesta, se destaca la percepción de bajo riesgo sobre las sustancias y el fácil acceso a las mismas, como posibles variables en el aumento del consumo.

Ruiz (2017) realizó un estudio epidemiológico a nivel nacional, a 1600 jóvenes entre 18 y 30 años, sobre el consumo de alcohol y los factores que inciden en el mismo, utilizando una

plataforma virtual. Se tomaron en cuenta los factores psicológicos y etnográficos. De los resultados mas importantes se extrae la siguiente información:

- Edad mínima de inicio de consumo de alcohol: 15 años
- El 98% de los jóvenes ha consumido alcohol, presentando consumo problemático un 18% y consumo dependiente un 2%.
- No parece incidir en el incremento del consumo factores como vivir en Montevideo o en el interior del país o tener un alto o bajo nivel de educativo.
- A mayor malestar psicológico (síntomas de riesgo a sufrir depresión y ansiedad) se ve mayor consumo de alcohol.
- Se observo lo que el autor denomina “contagio emocional”: si un joven se reúne con otros que consumen, tiende a consumir él también.

Si bien es sumamente interesante la generalidad de los datos obtenidos en esta investigación, una de las conclusiones más importantes a destacar fue que los jóvenes uruguayos presentan un alto grado de malestar psicológico y una fuerte asociación de éste con el consumo de alcohol.

Los datos obtenidos en los estudios presentados dan cuenta de la presencia de diferentes consumos en los adolescentes en general, pero no explicitan el uso de estas sustancias en las adolescentes que transitan su embarazo, dado que las encuestas no indagan sobre estas situaciones en particular. Como forma de no reducir la idea de consumo en embarazo adolescente, solo a la presencia del uso del alcohol, confirmado por la jerarca del MSP citada en la introducción de este trabajo, se entiende pertinente considerar las investigaciones que se presentan a continuación.

## **2. Consumo de sustancias en embarazo adolescente**

### **2.1 Investigaciones en Uruguay.**

En este apartado se hará referencia a investigaciones que cuentan con información sobre población de adolescentes embarazadas con consumo de sustancias en las muestras estudiadas, con el objetivo de que sus conclusiones puedan aportar no solo a la visibilidad del consumo de otras sustancias en el embarazo adolescente sino también y principalmente a la fundamentación de las herramientas de intervención que se desarrollaran en el presente trabajo. Cabe aclarar que, en las muestras de las investigaciones nacionales, las adolescentes a las que se hace referencia constituyen sólo una parte de la mismas.

En una investigación de Magri et al. (2008) “ Sustancias psicoactivas y embarazo” sobre una muestra de mujeres en situación de embarazo, usuarias de los Hospitales Pereira Rossell y Hospital de Clínicas, en el año 2007, en donde un 33.5 % de la muestra de mujeres corresponde a menores de 22 años, se obtuvieron los siguientes resultados (en base a estudios clínicos de los meconios de los recién nacidos) : “ se detectaron metabolitos del alcohol en el 44% de los recién nacidos, del tabaco en el 51,8%, de las anfetaminas en el 8,3%, de la cocaína en el 2,5% y de la marihuana en el 2%.”(p.102). Si bien la investigación no muestra datos específicos para la franja adolescente que se consideró en el estudio, es de destacar que en las conclusiones la investigadora deja entrever la incidencia de esta población en los resultados de la misma, expresando lo siguiente: “Los resultados llevan a reflexionar, por otra parte, si no pueden considerarse también como indicativos de una situación sanitaria específica de madres adolescentes que no han alcanzado aún todo su potencial físico, psicológico y social” y en referencia a las detección del consumo en el embarazo adolescente agrega que el acercamiento a esta población debe darse a través de “una llegada que requiere para cumplirse no sólo la acción desde el equipo interdisciplinar sino, también, la acción que parte de una comunidad educada en estos riesgos y capacitada para la protección de su salud” (p.102).

En otra investigación más reciente, realizada en el Hospital de Maldonado para detectar consumo de cocaína y marihuana en el embarazo (Cabrera et. al, 2016) en la que se realizaron exámenes clínicos a 26 embarazada de las 684 que ingresaron durante el año 2014, para el trabajo de parto, tomando como criterio de selección de la muestra el auto reporte de consumo (16) y la identificación de factores de riesgo y metabolitos en la orina (10), muestra que 8 de las 26 embarazadas con consumo positivo, eran adolescentes de entre 15 y 19 años.

En este estudio el autor plantea las limitaciones del uso del autoreporte, ya que 9 de las embarazadas con consumo presentaban factores de riesgo y no fueron detectadas por los profesionales del centro de salud. En este sentido, el investigador hace mención a datos internacionales que estudian las causas de la negación, adjudicándose a la evitación de problemas legales y custodias de sus hijos. A partir de esto sugiere: “Para que una embarazada reporte de forma espontánea el consumo de drogas se requiere una relación con el profesional de la salud basada en confianza, respeto y garantías de confidencialidad” (Cabrera et al. 2016 p.41).

Los investigadores de los estudios presentados, realizados en nuestro país, explicitan la importancia del rol que tienen los profesionales en los primeros niveles de atención, dado que el auto reporte y/o la anamnesis no muestran los mejores niveles de efectividad, en todos los casos para detectar la presencia de consumo en el embarazo. Estos estudios hacen

referencia a la necesidad de una detección precoz, basada en la confianza en el vínculo de las embarazadas con los profesionales.

## 2.2 Investigaciones Internacionales

Se incluye la mención a algunas investigaciones provenientes de otros países, que están dirigidos específicamente al estudio de la población adolescente. En ellos se observan conclusiones similares a las obtenidas en nuestro país con muestras que no están integradas exclusivamente con esa franja etaria. Como conclusiones generales se destaca la importancia de la detección precoz de consumo, problemáticas psicosociales y la necesidad de más estudios sobre el tema:

- González-Rubio (2016), expresa su preocupación fundamentada en su experiencia en el área de la pediatría, por el consumo de drogas lícitas e ilícitas de las adolescentes embarazadas, de entre 15 y 17 años en México, así como las repercusiones y riesgos posibles en la díada madre-hijo. Aboga por la difusión de información pública y objetiva, basada en la evidencia científica, que concientice a toda la sociedad, como forma de prevenir el consumo en el embarazo adolescente.
- Blanquet-García et al (2016) realizaron un estudio con adolescentes embarazadas en el entorno de 15 a 17 años, de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia de ciudad de México, con el objetivo de determinar las características sociodemográficas de las mismas. Como conclusión final la investigación, sugiere una detección precoz de factores de riesgo como forma de prevención y atención del embarazo adolescente.

Mendoza (2017), presenta un informe sobre consumo de alcohol en las mujeres embarazadas de varios países de Europa, encontrándose una variación que va del 37% al 60%. El autor plantea que las consecuencias del consumo de alcohol en el embarazo son evitables a través de la Educación para la Salud, apoyo comunitario y social de las mujeres en edad reproductiva. Este catedrático destaca la importancia del rol de los profesionales de la salud en este tipo de prevención, y hace referencia a estudios que dan cuenta de la dificultad de comunicación, que éstos presentan, a la hora de abordar el tema con las mujeres embarazadas, aludiendo a la poca información que brindan y a la demanda de los mismos por capacitaciones en el manejo de las instancias de ese tipo de entrevistas. Promover hábitos saludables, concientizar a nivel educativo, implementar medidas tendientes a la reducción de la oferta y trabajar este tema socialmente como prioridad pública, debido a los graves riesgos y daños que se generan, son, en resumen, sus sugerencias

## **2.3 Riesgos para la madre y el feto**

Con el objetivo de tener una visión más integral de la problemática se expondrá una breve descripción y la opinión de dos especialistas en el área de la salud sobre los principales riesgos del consumo en el feto y la madre a nivel biomédico.

Dell'Acqua (2008) plantea que "Todas las drogas que son consumidas durante el embarazo atraviesan la placenta pudiendo producir alteraciones en la mujer embarazada, feto y recién nacido" (p.3). Aún no se conocen los riesgos que producen el consumo de todas las drogas, pero la autora destaca el consumo de alcohol, que en dosis mínimas puede ocasionar la aparición del Síndrome de Alcohólico Fetal, que tiene consecuencias graves como son las malformaciones faciales y el retardo mental. Siendo esta última afección, la 1er causa por consumo de alcohol en occidente. Pueden aparecer también enfermedades congénitas cardiovasculares y digestivas.

Los aportes de Páscale (2010) en cuanto a la toxicidad de las diferentes sustancias en el embarazo, son extensos. Advierte que los riesgos toxicológicos asociados al consumo en el embarazo dependen de muchas variables: tipo de sustancia, cantidad, modo de consumo y etapa del embarazo en el que se usa. Y le confiere a esta última variable una importancia especial, ya que en los dos primeros meses de gestación se encuentra el riesgo mayor del desarrollo de malformaciones congénitas.

En cuanto a los riesgos para las embarazadas en referencia al consumo, menciona los siguientes: sobredosis, aborto espontáneo, hipertensión, desprendimiento de placenta, síndrome de abstinencia, VIH, hepatitis B y C, cuadros psiquiátricos agudos, entre otros.

Para el caso del feto- neonato: prematuridad, muerte fetal, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal agudo, infecciones, trastorno del crecimiento y desarrollo neurológico, intoxicación aguda en la lactancia.

Posteriormente los niños pueden presentar dificultades en: las habilidades motoras, en la atención, control de estados conductuales, en el desarrollo social y emocional, entre las más frecuentes.

## **3. Abordaje y Prevención del consumo**

### **3.1 Paradigma de Enfermedad y de Aprendizaje Social.**

Dos grandes paradigmas sustentan distintas formas de comprensión, abordaje, tratamiento y prevención del uso de drogas, sobre todo, en lo que tiene referencia a la adicción a las mismas. Ambos parten de dos concepciones explicativas diferentes: uno es el Paradigma de Enfermedad y el otro es el Paradigma de Aprendizaje Social (Heather & Robertson,1997).

El modelo de enfermedad sustenta la concepción de que las personas que presentan un uso problemático de las drogas, traen una predisposición desde el nacimiento, lo cual hace que una vez que iniciaron el consumo, no puedan controlarlo debido a una enfermedad de la voluntad. Consideran a esta situación progresiva e irreversible por lo que la única posibilidad es la abstinencia absoluta, dando lugar a una idea de prevención basada en la evitación de la experimentación con la sustancia.

El modelo basado en el Paradigma de Aprendizaje Social plantea que la persona se hace dependiente a la sustancia, a través de un conjunto de fenómenos complejos que se producen como efecto de la relación entre el sujeto, la sustancia y el medio. Es así que hablan de aprendizaje, que puede ser modificado o sustituido por un reaprendizaje, que cuenta con la voluntad del consumidor para llevarse a cabo. Este modelo considera que el consumo es dinámico, a diferencia del determinismo del modelo de enfermedad, sostienen que es muy corta la distancia entre el consumo problemático y el no problemático, pudiéndose pasar de uno a otro. Otra característica fundamental a tener en cuenta es que no se puede generalizar a los consumidores ya que la interrelación entre las variables personales y del medio de éstos diferencian los procesos (Heather & Robertson,1997).

Si bien se podría entender que un modelo de conceptualización, no excluye al otro, sino que en algunas situaciones se complementan, como por ej. en las intoxicaciones agudas y abstinencias, donde la farmacología y el cuidado médico son imprescindibles para poder revertir los síntomas, que en algunos casos podrían incluso llevar a la muerte del consumidor, Fernández & Lapetina (2008) hacen referencia a las dificultades que ha tenido en el campo de la prevención, el modelo de enfermedad. Los autores argumentan que la insistencia en evitar la experimentación con las sustancias, sobre todo en la etapa de la adolescencia donde experimentar cosas nuevas es una necesidad, no ha evitado el consumo y por otro lado un altísimo porcentaje de sujetos con uso problemático (90%), rehúsan un tratamiento, donde el objetivo sea la abstinencia.

En relación a la Prevención Becoña et. al (2011) toman la siguiente definición de Martín (1995): “un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (p.15). En ella aparecen

conceptos que se vinculan a los que describen la comprensión del consumo de sustancias psicoactivas basada en el Paradigma de Aprendizaje social donde el individuo, la comunidad y las políticas públicas deben cumplir un rol preponderante para modificar el contexto mejorando la calidad de vida de las personas, empoderando al sujeto a través de la formación, e interviniendo en la circulación de la sustancia, reduciendo su oferta.

Hasta el día de hoy, no existe una sola teoría que puede englobar todos los aspectos del consumo debido a la gran complejidad del tema, pero sí, los diversos estudios, investigaciones y experiencias de intervención a lo largo del tiempo, han dado como resultado evidencia de efectividad de varias de ellas, en etapas diferentes del abordaje. En este sentido Becoña et al. (2011) resaltan la importancia de que el profesional ante el abordaje del consumo de drogas, aclare la posición teórica, desde la cuál va a realizar su trabajo.

Alguno de los elementos, cuya identificación, la mayoría de los autores e investigadores priorizan a la hora de trabajar con el consumo de drogas, son las variables que facilitan o limitan el mismo, los llamados factores protectores y factores de riesgo. Para Clayton (1992) los factores protectores son “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (p.48) (Becoña et al, 2011), Los diferentes programas de intervención y prevención apuntan al fortalecimiento de los mismos.

### **3.2 Factores de riesgo y factores protectores en el consumo de los adolescentes**

En la Guía de Buenas Prácticas y Calidad en la Prevención de drogodependencia (2010), refieren que los principales factores de riesgo relacionados al consumo adolescente estarían englobados en las siguientes áreas generales: individual, en relación con grupo de pares, familia, el ámbito escolar, ámbito laboral y entorno social general. En el caso de los factores protectores se describen las áreas: individual, familiar, escolar, relación con grupo de pares, y entorno comunitario inmediato. (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010)

Factores de Riesgo: baja autoestima, impulsividad, timidez, fracaso escolar, extrema pobreza, falta de oportunidades, consumismo, relaciones familiares conflictivas, relaciones con iguales que consumen, percepción del riesgo con respecto al consumo, baja cohesión familiar, falta de afectividad, trabajos inadecuados para su edad, entre otros.

Entre los factores protectores se mencionan: grupos de iguales con actividades positivas, motivación para el aprendizaje y acompañamiento de los adolescentes en los centros de estudio, apoyo familiar y relaciones de cuidado, desarrollo evolutivo adecuado, etc.

Es interesante la relevancia que le dan los autores a la dimensión de los Factores de protección del medio comunitario inmediato, a diferencia de los factores de riesgo dónde se habla de contexto social general. Para fortalecer el primero, se debe contar con recursos para llevar a cabo programas sociales, sanitarios y educativos de alta calidad en un entorno libre de violencia y criminalidad, con relaciones de respeto y cumplimiento de las normativas legales en materia de drogas (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

Cuando se consideran factores de riesgo para el embarazo en adolescentes con consumo, dentro de las mismas áreas, se haría referencia además a: situaciones de abuso, consumo de sustancias, violencia doméstica, y violencia de género. Y entre los factores de protección: aprendizaje de autocuidado, motivación por búsqueda de oportunidades y planes futuros, entre otros.

### **3.3 Tipos de Intervención: universal, selectiva e indicada.**

Para llevar a cabo un programa de intervención en prevención, para cualquier tipo de consumo de drogas, es necesario considerar además del enfoque teórico desde dónde se aborda: el tipo de intervención según la población a la que irá dirigido. Es en este sentido es que Robert & Gordon (1987) hablará de prevención universal, selectiva e indicada. La prevención universal está dirigida a un grupo amplio, son las más utilizadas a nivel de prevención escolar, y orientadas por ejemplo a desarrollar habilidades para la vida; la prevención selectiva se utiliza para un subgrupo que tiene un riesgo mayor de consumo y la prevención indicada es utilizada para intervenir en grupos reducidos que ya consumen y/o están teniendo problemas conductuales (Becoña & Oblitas. 2002)

Como se puede observar para una intervención en prevención de consumo de adolescentes que cursan un embarazo, se podría pensar en un programa de prevención indicada que además de adecuarse a un subgrupo reducido de adolescentes con mayor riesgo, tiene la particularidad de ser intensivo, apuntando a un cambio más duradero, pero la limitación de ser a su vez más costoso.

Miranda et. al (2015) sostienen que la prevención indicada es utilizada en personas que no tienen aún una dependencia consolidada, pero presentan factores de riesgo alto y es posible abordar varias conductas de riesgo en forma simultánea. Para ello se requiere realizar una selección apropiada de las personas con las que se va a trabajar y un fuerte compromiso de las mismas, ya que las intervenciones son intensas y largas, y se implementan de forma individualizada abarcando varios aspectos de los consumidores. La exigencia de la calificación de los profesionales que lleven adelante este proceso es mayor que en otros programas, deben contar con formación específica clínica, preventiva sobre el consumo y en adolescencia. La atención se hace en espacios socio-sanitarios especializados con una fuerte

red de apoyo institucional y comunitario cuya coordinación sea eficaz. De todas formas, la intervención a la que va dirigida la prevención indicada se puede ampliar pasando a formularse una prevención selectiva (todos los adolescentes en situación de embarazo) o universal (todos los adolescentes).

### **3.4 Reducción de riesgos y daños**

Esta estrategia surgió en los años 80, en Europa, debido a la necesidad de reducir las enfermedades inmunocontagiosas que se extendían a gran escala, por el uso compartido de inyectables para la administración de drogas como la heroína.

Minno (1993) definió “Conjunto de medidas socio-sanitarias y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas”. Se interviene adecuándose al consumidor, sobre los efectos negativos y peligrosos inmediatos que éste presenta, reconociendo que hay personas a las que se les hace difícil abandonar el consumo, aun conociendo su nocividad. La prevención está dirigida al Uso Problemático, complementando la gestión de otros modelos (abstencionistas), que no logran captar a este tipo de usuarios (Dell’Acqua & Suanes,2012).

### **3.5 Género en los abordajes de consumo.**

“Las embarazadas y las madres que consumen drogas enfrentan una condena social especialmente dura. Las embarazadas suelen tardar en acudir a los servicios, lo que tiene graves consecuencias para la madre y para el feto” (Organización de Naciones Unidas, 2005, p.V).

Es escasa la información que se maneja en general, sobre todo en los países en desarrollo, con respecto a la prevención y tratamiento del consumo en las mujeres. La idea que giraba en torno a este tipo de consumo es la predominancia del uso de fármacos por parte de las mujeres, que, si bien en la actualidad siguen liderando las listas de consumo de estas sustancias, se está viendo cada vez más en las nuevas generaciones el uso de otras drogas en porcentajes similares al consumo de los hombres (CIDAC,2015).

Algunos estudios, llevados a cabo en países de América del norte, Australia y Europa, muestran que las mujeres consultan en edades más jóvenes, que son pocas las que llegan al tratamiento y cuando lo hacen generalmente es en etapas de dependencia más acentuada. Se han apreciado mejores resultados en tratamientos que se formulan y llevan a la práctica específicamente para las mujeres, contemplando la existencia de sus hijos. Se han identificado algunos impedimentos que alejan a las mujeres que hacen uso de las sustancias psicoactivas de los servicios de consulta y tratamientos: falta de opciones para el cuidado de los hijos, abordaje punitivo para las embarazadas, distancias geográficas, inseguridad,

costos, horarios, pautas de admisión y escasa información sobre la oferta de servicios. Entre los inconvenientes psico-socioculturales se hace referencia a: estigmatización por parte de terceros (incluidos los profesionales), sentimientos auto referenciados de culpa y vergüenza por no estar a la altura del rol encomendado para las mujeres, miedo a perder la custodia de sus hijos o a su pareja, falta de apoyo de la familia y desconfianza en el sistema sanitario. Se postula como necesario el trabajo comunitario para sostener una red de servicios de apoyo las mujeres en esta situación y reducir el estigma con el que se las califica, la formación y el entrenamiento en estos temas del personal de los primeros niveles de atención de salud para detectar precozmente el consumo, acercar el servicio a los domicilios o lugares dónde se encuentran estas mujeres, capacitar a parte de la comunidad para colaborar con el mantenimiento de la ayuda social. (ONU, 2005)

Algunas de las consideraciones que se identificaron a partir de diferentes evaluaciones realizadas por el programa Pregnant and Postpartum Women and Their Infants en EEUU(2005), fueron las siguientes: actitud respetuosa y empática de los profesionales de los servicios hacia las mujeres que están pasando por estas circunstancias, estimulando además sus fortalezas; asistencia integral donde además del consumo se la acompañe en atención prenatal, educación para la maternidad, la violencia y las relaciones interpersonales. Esto incluye apoyo en alimentación, vivienda, gastos de transporte, cuidado de los niños, a través de un sistema que coordine todos los aspectos. Otro punto que se describe como importante es la inclusión de la pareja y/o la familia en los servicios, seguimiento y flexibilidad para lograr la adhesión a los programas tanto de tratamiento como de postratamiento con visitas domiciliarias, telefónicas, ayuda en creación de redes de apoyo y contención, etc. (ONU, 2005).

#### **4. Adolescencia en el Primer Nivel de Atención**

Nuestro país cuenta con el Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS), con el fin de articular todos los servicios de salud públicos y privados del país, asegurando el acceso a una atención integral a todos los ciudadanos, siendo el Ministerio de Salud Pública (MSP) el encargado de implementarlo. La ley 18211 (2007) que crea este sistema hace referencia al primer nivel de atención en el artículo 34 y 36.

El SNIS “se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (Art 34, ley 18211).

El MSP (2014) para dar cumplimiento a esta normativa dispuso que el Primer Nivel de Atención en salud (PNA) está integrado por dos equipos: EP (equipo de proximidad) integrado por un médico de familia o general o pediatra y una auxiliar y/o una licenciada en enfermería

y el EPN (equipo del primer nivel) cuya integración estará determinada por el MSP, pero que puede contar con: asistente social, psicólogo, nutricionista, ginecólogo, odontólogo, etc.

En el año 2007, basado en experiencias nacionales y sugerencias internacionales el MSP e Infamilia del Mides, promueve la creación de Espacios de Salud Adolescente (ESA), los cuáles se ubican en el PNA, con el fin de lograr una accesibilidad a la atención en salud, adecuada a las necesidades de los adolescentes, con posibilidades de agendas flexibles, pudiéndose coordinar la atención con los otros niveles de salud. Se da gran importancia a la promoción de la salud sexual y reproductiva coordinando acciones con otros programas comunitarios (MSP,2009).

Uruguay, según la Guía para la atención Integral de Salud del Adolescente 2017, no ha alcanzado aún el nivel de calidad estándar internacional definido para la atención de los adolescentes, buscando un acercamiento a los mismos, a través de distintos objetivos – metas. (MSP,2017).

El acercamiento de los adolescentes al sistema de salud se instrumenta desde “el control anual y se facilitan con la disponibilidad en todos los servicios de las historias clínicas digitales (aún no se dispone en la totalidad de los servicios).

Actualmente existen Metas Asistenciales por la cuales los servicios de salud reciben una compensación económica, a cambio de cumplir con determinados estándares de calidad, priorizando actualmente la presencia de un médico de referencia, en lo que tiene que ver al servicio brindado en el PNA para la población adolescente. Las exigencias de la implementación de talleres para adolescentes en el área educativa, deportiva y social, es una de las herramientas impulsadas por los ESA. (MSP, 2017)

En el año 2016 se pidió un relevamiento a los servicios de salud, sobre determinadas problemáticas a atender en la población adolescente. Con esa información el MSP solicitó a estos prestadores de salud, la identificación de 2 de esas problemáticas, el diseño de un protocolo y la aplicación del mismo su propio centro de salud. Es decir que cada prestador de salud debía realizar dos protocolos con dos temas diferentes, como resultado se obtuvieron los siguientes: 25 prestadores de salud implementaron protocolo sobre embarazo no-intencional en la adolescencia, 25 eligieron sobrepeso-obesidad, 13 prevención de intento de autoeliminación, 11 siniestralidad vial y 11 consumo de sustancias (OMS, 2017). Como se puede visualizar menos de la mitad de los prestadores de salud diseñaron e implementaron un protocolo específico sobre consumo de sustancias, sin embargo, la mayoría confeccionó uno para el abordaje del embarazo no intencional. Lo cuál podría dar cuenta de una concepción biomédica de abordajes independientes sobre la temática que se intenta explorar en este trabajo.

Con respecto a la detección precoz de consumo en adolescentes, la guía para la Salud Integral del Adolescente (MSP,2017), recuerda: “detectar precozmente el consumo de sustancias en todos los usuarios de salud, en particular en el caso de niños, adolescentes y embarazadas” (p.25) y solicita se valore el riesgo, se emitan mensajes preventivos y se realice el despistaje y la derivación a especialistas, según cada situación. Propone el uso de auto reportes y la necesidad de generar un vínculo de confianza con los adolescentes para poder conocer la presencia de consumo.

Se explicitan otras medidas que corresponden a informaciones cruzadas entre diferentes niveles de atención, que se obtendrían en caso de que el adolescente ingrese a emergencia por intoxicación o abstinencia, que pase por una consulta pre quirúrgica o consulte por su propia voluntad por consumo problemático.

La información de la normativa en Salud para adolescentes presentada en este apartado se espera sea de utilidad para la comprensión del contexto que rodea las relaciones entre los centros de salud del PNA y los adolescentes. A continuación, se expondrán algunas experiencias derivadas del área académica con respecto a algunas limitaciones que surgen en la implementación de diferentes dispositivos.

#### **4.1 Aportes de trabajos con adolescentes en el PNA**

Se hará referencia a las características observadas en un ESA, en base a un proyecto de investigación evaluativa sobre “La atención de la salud de los adolescentes en el 1er nivel, desde una perspectiva de derechos” (Arias & Suárez, 2014):

- El estudio se hizo en base a una producción académica de maestría y dentro de sus objetivos compara la normativa vigente en el momento del estudio con la atención ofrecida por el ESA a los adolescentes que concurren a ese centro en particular, como forma de generar información para la mejora continua. El 39% de la población de esa zona se asiste en Asse, caracterizándose por envejecimiento, pobreza y exclusión social. De la información obtenida se resume lo siguiente: funciona sólo los días martes, está en un lugar poco visible, el acceso a la cartelera que tiene solo información sobre salud sexual y reproductiva está obstruido, no adecuándose a los requerimientos de información, ubicación y atención horaria. En cuanto a los recursos: cuenta con un solo consultorio, la sala de espera es el salón grupal original, sin materiales didácticos ni de promoción de salud. Tampoco se realizan actividades grupales, cuenta con la mitad de los técnicos previstos por lo que es difícil que los roles se puedan desempeñar adecuadamente. Los profesionales no tienen formación específica en el área, si tienen motivación por el trabajo con adolescentes, la atención es de manera multidisciplinaria no interdisciplinaria cómo está pautado, los tres

profesionales entrevistan juntos al adolescente. Los temas que se trabajan son en base al interés de los técnicos e históricos del programa; no se consulta a los adolescentes. Hay adolescentes que quedan por fuera del sistema ya que no se hacen las coordinaciones necesarias ni las intervenciones en familia y comunidad; por otro lado, los adolescentes que se atienden se tienen que agendar con 2 meses de anticipación, en la administración. En suma, lo que concluyen las investigadoras sobre estas limitaciones, es que el modelo que se maneja es restrictivo y no habilita a los adolescentes a ser usuarios activos y poder ejercer los derechos que la normativa le confiere al programa. Por el lado de los profesionales argumentan faltas de recursos y se evidencia necesidad de formación específica en el área. (Arias & Suárez, 2014).

Las limitaciones en PNA dejan planteadas algunas interrogantes sobre la influencia que éstas podrían tener en el vínculo de los adolescentes con el centro de salud y en es especial, en la instancia de entrevista, dada la problemática que se pretende abordar. Se perciben insuficiencias en los recursos que se destinan a dar cumplimiento a las guías y protocolos que se establecen y al seguimiento de los dispositivos dedicados a la atención de los adolescentes a las que hacemos referencia.

Otros estudios, como el que se presenta a continuación, también dan cuenta de otros aspectos que son necesarios considerar en este tema.

- Se realizó una sistematización “Aquí se respira esperanza” (Perea & Girona, 2011) en base al trabajo realizado en el marco del Subprograma Adolescente del Programa Apex, del cual se expondrán algunas consideraciones interesantes. El Subprograma adolescente era parte del Programa Apex (Aprendizaje Extensión) de la Udelar, ubicado en la zona del Cerro desde al año 1993. Allí confluyen el aprendizaje y la atención primaria en salud, a cargo de distintos servicios universitarios que realizan extensión en el ámbito comunitario. El énfasis en lo asistencial ha sido un obstáculo para desprenderse del paradigma biologicista. Se han descuidado las instancias de producción desde la realidad de los propios protagonistas y se han desconsiderado las investigaciones que aportan información trascendental para el desarrollo de nuevos programas, o la modificación de los ya existentes. Las autoras reflexionan sobre la inclusión de los aspectos psicosociales en la mirada de los profesionales que desarrollaron el programa, puntualizando que no es suficiente acordar con ellos desde la teoría, si no se consideran en las acciones que se realizan. Resaltan la importancia de la sistematización de las experiencias considerando la información proveniente tanto del trabajo que se realizó en la práctica diaria como de los aportes vertidos por

la propia comunidad, en especial el grupo de personas a las que fue dirigido. Con respecto a la interdisciplinariedad, las autoras destacan la importancia de la misma, acotando que ha sido difícil alcanzar una continuidad en la coordinación del trabajo en conjunto, entre las distintas disciplinas, orientado a la promoción de salud. Las limitaciones que generan esta situación son varias: falta de evaluaciones conjuntas, unificación de programas y escasos estudios e investigaciones científicas. Según expresan las dificultades estuvieron dadas por la no previsión de espacios para evaluar y generar nuevos conocimientos en conjunto, más que por la capacidad de los equipos de profesionales para hacerlo. Se entiende que las autoras logran que se visibilice, desde la óptica psicológica, la importancia de la interacción entre teoría y práctica, planteando el enriquecimiento de esa relación, en base a una mirada interdisciplinar nueva, construida entre todos los saberes que abordan el tema, esto incluye la voz de los propios adolescentes, como sujetos activos con derechos y obligaciones, responsables de su propio acontecer. (Perea &Girona, 2012).

Los estudios presentados en el Cap. 2, sobre consumo en el embarazo, han dado cuenta de la deficiencia en la detección precoz de estas situaciones, planteando que el instrumento de auto reporte y la anamnesis médica basada en un vínculo de confianza con el profesional, no presenta una eficacia significativa en la detección y prevención del consumo en el embarazo.

El auto reporte se define como una metodología de recolección de datos donde el sujeto da cuenta de información sobre sí mismo, de forma verbal o escrita. Esta simple definición se complejiza a la hora de hacer una valoración científica sobre la diversidad de fenómenos internos-externos, subjetivos-objetivos que el sujeto puede manifestar. “La crítica y/o defensa de los autoinformes pasa por su especificación” (Ballesteros, 2013. p.236).

Con la información precedente queda planteada una dificultad importante con la que se enfrentan los profesionales del Primer Nivel de Salud, para relacionarse con las embarazadas con consumo, en general, en el espacio de consulta.

Por falta de información específica para el embarazo adolescente en nuestro medio y considerando que las investigaciones internacionales presentan resultados similares en cuanto a las limitaciones en la comunicación que se da entre los profesionales del centro de salud y las embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas, se pensará esta problemática como propia de la situación de embarazo con consumo en general, explicitando de esta forma la inclusión de las adolescentes. Es en este sentido, que partiendo de esta premisa se abordará la relación profesional del PNA y adolescente cursando embarazo con consumo, con las particularidades propias de este grupo poblacional.

A continuación, se explorarán las características de ese tiempo y espacio de interacción entre ambos, al decir de Juárez & Saforcada (2013): “el encuentro” en la entrevista.

## **5. Las entrevistas del equipo de salud con los adolescentes**

Gaete (2011) sostiene que tanto las problemáticas biopsicosociales, que anteceden al tema de consulta clínica del adolescente, como la repercusión de los aspectos biológicos en lo psicológico y social, requieren de una atención integral. Para ello es necesario que la atención se lleve a cabo por un equipo que funcione en forma interdisciplinaria: médico, psicólogo, partera, psiquiatra, etc., reflejando el trabajo conjunto en las entrevistas individuales que mantienen con los adolescentes y/o parejas o familias. Una atención inadecuada sumada a las características propias de esta etapa de vida, hacen que los adolescentes no consulten, o si lo hacen no sigan las indicaciones ni los controles, por lo que se requieren determinadas condiciones para lograr su adhesión. Si se toma en cuenta que muchas de las problemáticas en este grupo son evitables o mejorables, es imprescindible contar con aquellas. Además de la interdisciplinaria, que es una de ellas, es importante el perfil ad hoc de los profesionales: madurez (para evitar la identificación con el adolescente); amplitud de criterios (comprensión de las diferentes conductas); alto nivel de habilidad de comunicación con los adolescentes y la familia; fuerte empatía; buena flexibilidad; interés real por los adolescentes y sus problemáticas y un conocimiento profundo sobre la adolescencia y sus entornos. Como una tercer característica refiere al espacio físico diferenciado, al cual le asigna una importancia central para evitar el distanciamiento de estos jóvenes de las áreas sanitarias. Este espacio debe contar con una ambientación juvenil realizada con los aportes de los propios adolescentes, destacando la autora, la necesidad de que físicamente esté alejado de los centros de atención de adultos y niños o en su defecto funcione en horarios distintos, con el fin de evitar que los adolescentes sientan amenazada la confidencialidad al encontrarse en las salas de espera o pasillos con adultos de su comunidad. La sala de espera debe ser un lugar activo privilegiado para la promoción de salud de los jóvenes. Con respecto a los boxes sugiere la amplitud de los mismos, sin uso de escritorio como mediador del encuentro en la entrevista y un espacio reservado para el examen físico considerando la pudorosa característica de la adolescencia. Los horarios de atención deben posibilitar la concurrencia de los adolescentes sin faltar a los centros de estudio y además promover la compañía de la familia, sin que se restrinja por interceder con los horarios de trabajo de éstos. No se debe olvidar la capacitación del personal de ingreso, es decir recepcionista, enfermeros, etc., que entablan contacto con los adolescentes y sus familias, así como la facilitación del acceso, evitando los impedimentos burocráticos. El acceso del joven solo, a la consulta es otra de las habilitaciones requeridas para estas instancias, comunicándose a

los padres, para que lo asuman con naturalidad. Uno de los puntos claves para una comunicación efectiva con los jóvenes es el compromiso de confidencialidad con lo que ellos tengan para decir, que debe mantenerse dentro de las normativas del secreto profesional, con el fin de generar la suficiente confianza en el vínculo entre profesionales de la salud y adolescentes. Y por último y no por eso de menor importancia se recomienda una comunicación entre consultas, a través de mails, teléfono, etc., donde tanto los adolescentes como sus familias puedan hacer consultas por dudas y otros temas vinculados a la consulta.

Luego de ver las importantes particularidades del contexto dónde se realizará la entrevista y su encuadre, a tener presente, se introduce un acercamiento a determinadas cualidades de la relación, por considerarlas trascendentes.

Juárez & Saforcada (2013) profundizan en la noción de barrera psicosociocultural y cómo incide en el interjuego entre pediatras y madres de contextos pobres estructurales de Argentina, en base a investigaciones que vienen realizando desde hace una década. Estas experiencias han evidenciado lo que los autores denominan “desencuentros” entre los profesionales de la salud y las personas que consultan, dónde se produce una estructura deshumanizante, que afecta negativamente la autoestima de los consultantes generando la barrera psicosociocultural. La misma se ubicaría en el espacio intersubjetivo (virtual), que se produce entre el profesional de la salud (elemento formal) y el consultante (elemento informal) y emergería al producirse reacciones afectivo-emocionales negativas, entre ambos elementos. Por la forma en que la barrera ocurre, no es fácilmente detectable, para ello se requiere: observar la dinámica del proceso, investigaciones psicosociales específicas o de forma indirecta ante la incertidumbre de la ineficacia de la consulta. Cuando los derechos son respetados por ambas partes surge lo que los autores llaman “un puente facilitador”. La permanencia a cualesquiera de estas dos opciones de intercambio subjetivo, en el área de la salud, se la da el hecho de que, en ese encuentro o desencuentro de las subjetividades, se estructuran formas de percibir y dar significado a las vivencias de esas instancias, generalizando en la comunidad e incorporándose a las subculturas tanto del grupo al que pertenecen los consultantes como a las instituciones de salud.

Los autores conciben la pobreza como consecuencia de acciones y omisiones políticas y describen dos tipos: la pobreza que puede solucionarse ofreciendo a las personas que la padecen recursos económicos y la pobreza estructural que se caracteriza por la suma de daños, los cuáles la ayuda económica no alcanza para reparar. Es a esta población donde la barrera psicosociocultural reforzará los sentimientos de baja autoestima, abandono, desesperanza, etc., alejándolos de los servicios de atención de salud profesionales e impulsándolos a la búsqueda de alternativas como la automedicación, entre otras. Y, por otra

parte, también se reafirma en el personal de la salud, el distanciamiento y la frustración ante esta complejidad. Por el contrario, un puente facilitador abre oportunidades para intervenciones positivas. En base a estas formulaciones y las experiencias previas, los autores llevan a cabo una investigación cualitativa que tuvo como base la entrevista y observación de la consulta de cuatro médicos pediatras del PNA de Salud Pública de Córdoba. De la cual concluyen que determinadas conductas en los profesionales que favorecerían el surgimiento de la barrera psicosociocultural: comportamientos de extensión, estructurado, cosificación de los consultantes, ejercicio del poder hegemónico, violencia simbólica e imposición de significado; y, por otro lado, algunos vinculados a una formación académica con deficiencias en el conocimiento humanista. Los propios médicos plantearon la falta de desarrollo de herramientas de habilidades sociales, comunicacionales y preparación específica para la entrevista con el consultante. En base a estos hallazgos, los autores, sugieren tres acciones:

- cambios en la currícula de los profesionales de la salud que incluyan formación en ciencias sociales y la generación de empatía
- entrenamiento en comportamientos dialógicos y prosociales de forma extracurricular
- que en las residencias médicas se formen profesionales que respeten los saberes de salud de la población.

Teniendo en cuenta la presencia de consumo de sustancias psicoactivas, en la población adolescente a la cual se ha estado haciendo referencia en este trabajo, es que, en el próximo punto, se hablará de un modelo de entrevista que, aplicado por profesionales entrenados, podría en la mayoría de los casos ser el puntapié inicial para el cambio de conducta en relación al consumo de estas jóvenes. Se entiende importante puntualizar el concepto de la entrevista motivacional como un enfoque de tratamiento, como lo plantean Miller; Rollnick. (1999) que se aplica cuando es posible hablar del consumo, en instancias dónde la confianza hacia el profesional ya fue generada. Si bien no es el centro de este trabajo, se considera fundamental que los profesionales del PNA, cuenten con ella para poder intervenir en el momento apropiado.

### **5.1 Entrevista motivacional**

“La motivación es una parte central e inherente a las tareas de un profesional.” (Miller & Rollnick.,1999, p.25), con esta afirmación los autores hacen referencia a la responsabilidad de los profesionales, de aumentar las probabilidades de que la persona realice acciones que puedan determinar un cambio. El desarrollo del proceso de una entrevista, diferenciándolo de una técnica, fue concebido para su aplicación en el afrontamiento de las adicciones, siendo

a través de los años adaptado a otro tipo de intervenciones. Estudios e investigaciones realizados en la época, daban cuenta de la importancia de la relación del profesional con el paciente como forma de posibilitar el cambio. Es importante aclarar que los autores en ningún momento desestiman la incidencia del contexto de la persona para facilitar u obstaculizar el mismo, más allá de que los esfuerzos estén direccionados a la consecución de un cambio intrínseco. Este enfoque surgió con bases en la Terapia centrada en el cliente de Rogers (1951) y está relacionado con el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982). Posee cinco principios generales básicos que son: empatía (escucha reflexiva), promoción de la autoeficacia (el paciente escoge y sigue un plan personal con la creencia en la posibilidad de cambio), discrepancias (toma de conciencia por parte del cliente), darle un giro a la resistencia (las percepciones pueden cambiarse sin imposición) y evitar la discusión (evitar la resistencia). El proceso terapéutico que permite el pasaje entre fases puede llevar varias sesiones y se requiere de tiempo suficiente, para que el paciente despliegue sus propias estrategias de cambio. Si la entrevista motivacional debe ser aplicada en una entrevista simple (una sola), toda la estrategia debe focalizarse en habilitar el pasaje del paciente de la primera fase (precontemplación) a la segunda (contemplación). “ Si de lo que se dispone es de un corto período de tiempo en el que se tiene que provocar un impacto sobre el paciente, intentemos al menos no provocar daño alguno generando una resistencia y desalentando el cambio” (p.122) Esta recomendación se da en el marco de considerar que la falta de tiempo puede llevar al profesional a utilizar un modelo conductivo-confrontativo, el cual provocaría una resistencia que podría provocar un desistimiento al cambio o un descreimiento en el tratamiento.

Sobre las estrategias a utilizar se recomienda: hacer preguntas abiertas, escuchar reflexivamente, afirmar con frases que denoten comprensión, resumir confirmando lo escuchado con el paciente y la provocación de frases automotivadoras que den cuenta del reconocimiento de los problemas que afronta el paciente y una manifestación de cambio (explícita o implícita), en este punto ya el paciente estaría logrando el pasaje a la fase II dónde buscará el modo que le resulte más apropiado para resolver problemas y hacer un cambio.

Pedrero & Lloves (2011) destacan la evidencia de la efectividad de la entrevista motivacional en base al análisis de estudios e investigaciones científicas dónde se ha implementado su uso. Uno de sus enunciados en las conclusiones del artículo expresa: “una de sus principales utilidades es incrementar la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo. Nivel de evidencia 2.” (p.238) Se considera importante aclarar que otra de las conclusiones plantea que sus resultados no se sostienen en el largo plazo.

Teniendo en cuenta la dinámica de la entrevista motivacional de Miller&Rollnick (1999), podría pensarse que, en una situación de embarazo adolescente con consumo, una entrevista dirigida a la problemática de un indicio de consumo de sustancias psicoactivas, puede incidir favorablemente al abordaje del tema y en la adhesión de las adolescentes al tratamiento.

## **6. Prevención y Promoción en Salud. Un enfoque desde la Psicología de la Salud.**

Ya se ha planteado a lo largo de los diferentes capítulos de este trabajo, la importancia que diferentes autores le confieren a la interdisciplinariedad y a la coordinación de acciones con los diferentes operadores sociales. En este sentido, se considera que el fortalecimiento del vínculo entre técnicos y adolescentes que se intenta promover en el PNA, no puede considerarse aislado, limitado a la formación de los profesionales o a guías que por lo que se da cuenta en las investigaciones expuestas, resultan insuficientes, sobre todo si tenemos presente que en esas interacciones al decir de Arias &Suárez (2010), se generan cambios en la producción de las subjetividades. Lo cual se considera que hace imprescindible fortalecer la participación de las adolescentes, como sujetos activos, en el mismo. Es en esta línea, que se entiende necesario, presentar algunas estrategias de intervención que fomenten el empoderamiento de las adolescentes y promuevan el autocuidado, utilizando en estos casos, la instancia de consulta a partir del embarazo, como oportunidad de inclusión en programas que las contengan. Siendo deseable que las herramientas psicosociales que puedan adquirir las adolescentes, traspasen las fronteras de lo personal y permeen las redes comunitarias. Para ello es primordial, que en el PNA se lleven a cabo programas de salud, promovidos por políticas públicas que cuenten con el apoyo de la comunidad.

Matarazzo (1982) define a la Psicología de la Salud como un conjunto de aportes científicos, educacionales y profesionales de la psicología con los objetivos de promover y mantener la salud, prevenir y tratar las enfermedades y “para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud y la enfermedad y para el análisis y mejora de los sistemas de cuidado y de formación de la salud” (González & García,1994,p.133). Para las autoras la Psicología de la Salud amplió el campo de acción de la psicología, pasando de la salud mental a la salud general y a explicar los fenómenos de salud que se dan en el individuo, así como en la comunidad. Sostienen que parte de una concepción biopsicosocial, modelo integral, donde se reconoce la multifactoriedad de las distintas etiologías y se consideran las mismas para el abordaje de la prevención y promoción de salud.

### **6.1 Educación para la Salud**

González & García (1994) plantean que la Educación para la Salud es concebida como una estrategia de Prevención y Promoción de Salud de la Psicología de la Salud, que permite

incidir en los programas de atención pública dirigidos a la comunidad en general, así como a los planes de acción hacia el sujeto individual.

Perea & Girona (2011) consideran a la Educación para la Salud como “una herramienta fundamental a la hora de pensar en un cambio de paradigma y es imprescindible hacerlo desde los centros educativos, desde los efectores de salud, desde los medios comunicativos. Intentando llegar a toda la población.” (p.112) Las autoras privilegian una visión de las personas como sujetos activos, responsables de su autocuidado y partícipes de las políticas de salud para beneficio propio y de los otros integrantes de la comunidad

Villaseñor (2004) considera que la Educación para la Salud, se nutre de varias disciplinas en función del enfoque y la aplicación que se le asigne. Distingue tres objetivos distintos de la Educación para la Salud, según los dos grandes objetivos:

- promoción: desarrollo de factores positivos de salud, resiliencia, autogestión y empoderamiento.
- prevención: desarrollo de factores protectores, autocuidado y disminución de riesgos.

### **6.1.1 Modelo Precede-Procede. Intervención para la Promoción de Salud.**

A la hora de presentar en el presente trabajo un modelo de intervención para la Promoción de Salud a nivel de políticas públicas de salud, que pudiera generar beneficios a la población de adolescentes en general y en especial a las adolescentes embarazadas que presentan consumo de sustancias psicoactivas, se pensó en uno que contará con respaldo internacional, por su evidencia de efectividad en la atención de salud. Sobre esa base se eligió el de Promoción de Salud de Greet et al (1974), el cual fue adoptado por la OMS en el año 1984 y es un derivado del modelo de Salud Pública al que se le incluyó una visión más integral del usuario de los sistemas de salud, confiriéndole Derechos de participación, Educación para la Salud y Extensión comunitaria en el Sistema. (OMS, 2016)

Para la OMS (2016) la Promoción en Salud confiere a las personas un control mayor de su salud: “Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud” (web s/p) no enfocando los esfuerzos solo en la cura o tratamiento.

En referencia a la estrategia en Promoción de Salud Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa (2011) partiendo de la concepción de la misma como generadora de contextos saludables y habilitadora para el empoderamiento ciudadano de participación social plantean la existencia de un compromiso que comprende: “involucrar a la comunidad en la implantación de las

políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente.”

En la misma línea de esta concepción Greet et al. 2005 (citado en Centro para la Salud y el Desarrollo Comunitario, 2017) diseñaron un modelo de intervención para el área de Salud Pública, que además es factible de aplicar en el área comunitaria: PRECEDER-PROCEDER. El mismo confiere una estructura lógica a la intervención, siendo un modelo participativo orientado a mejorar la calidad de vida de la comunidad. Presenta dos grandes ramas:

(a) la Estrategia Educativa; (b) la Organización de Políticas de Regulación.

Algunas de las concepciones de las que parte este modelo, son las siguientes: las modificaciones del comportamiento son casi siempre voluntarios, por lo que la participación de la comunidad desde su creación es una garantía de compromiso y aumento de la efectividad; la Salud debe considerarse en el contexto de la comunidad, como un tema referido a la calidad de vida; la salud está conformada por múltiples variables que hacen al logro de una vida saludable para todos.

Son 9 las fases que comprenden la estrategia:

1. Diagnóstico social (fase 1) consultan a la comunidad las necesidades para su calidad de vida
2. Diagnóstico epidemiológico (fase 2) identificación de factores comportamentales que están influyendo en las mejoras buscadas por la comunidad.
3. Diagnóstico de comportamiento y ambiental (fase 3) identificación de las fuerzas que obstaculizan o facilitan los factores identificados en la fase 2 (epidemiológicos)
4. Diagnóstico educativo y organizativo y Diagnóstico administrativo y político (fase 4 -5) es la planificación de la intervención.
5. Implementación (fase 6) se lleva a cabo la intervención
6. Evaluación del proceso (fase 7) se revisa si el plan transcurre tal lo dispuesto, pudiéndose hacer ajustes
7. Evaluación del impacto (fase 8) se evalúa los efectos en los comportamientos a los que está dirigida la intervención y se realizan ajustes
8. Evaluación del resultado (fase 9) se evalúa el impacto de la intervención en el logro de los resultados planteados en la fase 1.

Si bien este modelo estructura el procedimiento, permite flexibilidad para adaptarse a las condiciones medioambientales y sociales, habilitando los ajustes necesarios. (Centro para la Salud y el Desarrollo Comunitario, 2017).

### **6.1.2 Psicoeducación: intervención para la prevención.**

Se entiende, en base a lo que plantean los autores a los que hacemos referencia en este punto, que la psicoeducación tiende a ser una herramienta directiva, cuando no se aborda desde un enfoque integral, de todas formas, se cree que salvando esta dificultad, puede ser de gran utilidad para intervenir disminuyendo factores de riesgo y daño, en la población a la que hacemos referencia en este trabajo, la cual ya está inserta en una situación de riesgo. La psicoeducación en esta población, podría ser de utilidad también en lo que tiene que ver con la generación de habilidades y conocimiento para el cuidado del bebé. Se presentará desde autores que la conciben con un enfoque psicosocial.

“Comprometerse con los jóvenes en dificultad implica que la causa de estos está en el corazón del educador” (Vizcarra & Dionne, 2008, p.75) Los autores hacen referencia a la importancia de que la intervención, en el grupo de jóvenes, esté fundamentada en la defensa y promoción de sus derechos y en la consecución de su integración social. Para ello, el educador debe velar por su propia rigurosidad y competencia de su saber en las técnicas que utiliza. Los valores humanistas están en la estructura del saber y saber hacer del psico educador. Las dimensiones de la base teórica de esta disciplina, se distinguen en inductivas y deductivas. En el proceso inductivo se reflexiona sobre las experiencias de intervención y el deductivo se nutre de los aportes de las disciplinas adyacentes como la psicología, educación, sociología, medicina, etc. Estas aportan sus conocimientos sobre el desarrollo psicofísico, social y adaptativo, entre otros. Una de las teorías más utilizadas desde sus inicios ha sido la del desarrollo de la inteligencia de Piaget: la asimilación y la acomodación para el logro de un nuevo equilibrio superior. El núcleo de conocimientos teóricos de esta disciplina se forma con la sistematización de las reflexiones posteriores y anteriores, así como a la evaluación de las experiencias de intervención, el llamado RIRE (reflexión, intervención, reflexión y evaluación). Siguiendo a los autores, la intervención psicoeducativa como sistema de Gendreau (2001), basada en el paradigma de las interacciones, considera que el psico educador y el joven en dificultades experimentan una serie de interacciones que pueden calificarse como adecuadas, cuando promueven el desarrollo y la adaptación de este último. Las experiencias compartidas resultan en muchos casos un contexto complejo de acción para el psico educador, por lo que se espera de ellos un desempeño acorde a la situación. Por otro lado, partiendo de la concepción de que las personas evolucionan de forma continua en todos los planos, es menester apoyarse

en las fuerzas adaptativas del joven para ayudarlo a un desarrollo y una integración social adecuada. La estructura que enmarca este sistema de intervención psicoeducativa se representa como un trompo, como figura dinámica y en equilibrio de sus componentes.

La psicoeducación es un trabajo intelectual, que constituye una técnica que permite reflexionar sobre los factores de riesgo y protección, una vez evaluados. “Esta técnica agrega a la clásica información entregada por los profesionales de la salud, su contextualización respecto el adolescente individual y su cotidianidad, lo que permite que pueda ser integrada desde lo más concreto y vivencial.” Corona & Peralta (2011, p.74). Estos autores presentan a la psicoeducación como una de las técnicas para promover las fortalezas ausentes de los adolescentes, que generarían un mayor grado de factores protectores contra las conductas de riesgos de esta etapa de la vida, como, por ejemplo: embarazo adolescente y consumo de sustancias psicoactivas.

### **6.1.3 Educación para la Salud en práctica: intervenciones de prevención y promoción para la salud.**

Con el objetivo de observar resultados de alguna intervención psicosocial, dónde se incluya la Educación para la Salud en adolescentes, como parte de la estrategia de prevención y/o promoción para la salud, es que se presentan los siguientes dos estudios:

- Una de las investigaciones se realizó con estudiantes de educación secundaria de Asturias. 755 alumnos respondieron a encuestas y luego se procedió a armar cuatro grupos, a los que se les aplicó un programa psicosocial de prevención diferente para cada uno y la conformación de un grupo control. La participación total fue de 157 estudiantes, a los que se evaluaron, posteriormente a la intervención: a los 7, 12 y 18 meses de la misma. Moral, Ovejero, Sirvent & Rodríguez (2005) autores de la investigación, parten de los pensamientos de autores como: Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgilés y Rosa (2002) de España, para afirmar que los objetivos principales que se deben tener presentes en las formulaciones de prevención y rehabilitación, en el ámbito educativo son : (a) el desarrollo de herramientas para el afrontamiento de los riesgos (individual, familiar y educativo), (b) la capacitación (no alcanza con la información) y (c) las iniciativas sociales en la comunidad. Agregando que la Educación para la Salud es un instrumento de gran peso, para los procesos preventivos. Una primera etapa de la investigación fue la planeación de la intervención a nivel psicosocial y comunitario, con charlas informativas y coordinaciones entre las instituciones. Procediéndose luego a recabar la información de evaluación, con el fin de seleccionar: a los adolescentes que participarían en los grupos experimentales (los que presentaban más riesgo de

consumo) y en los grupos de control. Los programas de intervención (4), comenzaron a los 3 meses y comprendieron las siguientes dinámicas:

1. Grupo 1: Se presentaron testimonios reales de jóvenes con problemáticas de consumo y se propuso mediante técnicas de discusión grupal (Phillips 66) sobre la etiología del uso de drogas y en forma paralela se aplicó lo mismo a grupo de padres.

2. Grupo 2: Sesiones llevadas a cabo por especialista en drogas, que utilizaba ejemplos reales para desmitificar el tema, promovió discusión grupal y trabajo final de sensibilización con la creación de publicidad preventiva.

3. Grupo 3: Sólo sesiones informativas con el objetivo de constatar la importancia del desarrollo de habilidades psicosociales y la intervención de profesores y expertos en los programas.

4. Grupo 4: Se incluyeron sesiones informativas, de entrenamiento de habilidades, de sensibilización y discusiones grupales, con el objetivo de visualizar las diferencias con las otras intervenciones

Con respecto a las conclusiones se extraen los siguientes puntos:

- confirman mejoras en la aplicación de programas preventivos sobre consumo de drogas, con aportaciones psicosociales, en detrimento de los informativos
- se evidencia eficacia en la aplicación de estos programas en el ámbito escolar, teniendo en cuenta la presencia de la intervención en las actitudes psicosociales
- se confirma eficacia mayor a largo plazo de los programas con entrenamiento de habilidades psicosociales, destacándose las decisiones asertivas y el control de la presión grupal; eficacia moderada de los programas preventivos con seguimiento a mediano plazo, ya que en este estudio se constataron beneficios a largo plazo
- resultados positivos para los programas diseñados y coordinados por profesionales ajenos al centro escolar (“expertos”), comprobándose una eficacia estable en el tiempo, en este tipo de intervenciones que apuntan al cambio actitudinal.

En el entendido que el desarrollo de habilidades psicosociales promueve tanto el autocuidado como el empoderamiento en las diferentes adolescencias, es que se plantea lo que han observado sobre el tema, investigadores como Cardozo et. al (2013):

Los mismos, llevaron adelante una investigación con 900 adolescentes escolarizados, de ambos sexos, en la ciudad de Córdoba (Argentina), partiendo de la concepción que en las conductas de riesgo de los adolescentes: “se pone en juego el cuerpo como lugar de entrecruzamiento de tensiones psíquicas y sociales”. (p.41) Aclarando, que esto da lugar a la predominancia de la acción por sobre el pensamiento.

Se plantean como hipótesis, que el desarrollo de habilidades psicosociales en los adolescentes beneficia el incremento del autocuidado y el control de la salud, dado que aquellas, brindarán información de los factores protectores y de riesgo a los jóvenes, habilitando el empoderamiento de éstos. Los autores analizan los enunciados de diferentes autores sobre el tema como bases teóricas de su investigación. Es el caso de Waserman (2011), quién describe la adolescencia como una etapa en las que se producen grandes alteraciones en el sujeto, obligándolo a ensayar nuevas experiencias en su cuerpo y pensamiento, con el cometido de alcanzar aceptación social. Y el de Le Breton (2011), quien plantea que en algunos casos las conductas pueden ser disonantes, y provocar una exposición del propio joven a riesgos importantes en su salud o repercusiones negativas, en sus posibilidades futuras. Se hace más compleja y profunda la generación de sentidos, con una actitud confrontativa (simbólica o real) del adolescente hacia la muerte, probándose a sí mismo, en la medida que las redes sociales no logran reconocerlo o sostenerlo.” El riesgo soportable se convierte en indicador de valía personal; paradójica idea de que ponerse en peligro salva de algo” (Cardozo et al 2013, p.41).

Siguiendo a los autores de la investigación, es de suma importancia promover el autocuidado en salud de los jóvenes, ya que debido a sus creencias no sienten la necesidad de consultar. En base a una amplia experiencia, los investigadores sostienen que el entrenamiento en las habilidades para la vida, repercuten en el aumento del mismo. Fueron cuatro los estudios realizados en el proyecto, con el fin de poder abordar en parte la complejidad del tema. Sobre los mismos a continuación, se exponen algunos de los resultados:

- En el estudio de “Habilidades Sociales y Autoconcepto” (Constantino, Curie, y Fidelio, 2011) se destacan dos aportes: primer aporte es que, con la utilización de técnicas dirigidas al mejoramiento del autoconcepto, se lograría incidir en habilidades sociales que forman parte de los factores protectores, y como segundo aporte se sugiere la identificación previa de las habilidades de los adolescentes antes de planificar estrategias de intervención.
- Un segundo estudio abordó “La prevención del consumo y las habilidades para la toma de decisiones y resolución de problema” (Fantino, 2013). Los trabajos que se llevaron a cabo en talleres mostraron que la preparación en habilidades psicosociales, como las de toma de decisiones y resolución de problemas, inciden en la prevención del consumo de sustancias. Entre otras características se observaron: la creatividad, mirada crítica de la realidad, y comunicación adecuada, que lograban generar situaciones favorables de convivencia y bienestar.

- En un tercer estudio sobre “Prevención del Consumo de Sustancias y Promoción de la Salud en adolescentes” (Saracho 2011-2012), se incluyó a los padres, desde el concepto de la importancia de la familia, para un adecuado desarrollo de los hijos. De esta experiencia, se pudo confirmar como el despliegue de habilidades psicosociales en la familia, tales como: expresar emociones, toma de decisiones, resolución de conflictos, negociación y comunicación, incrementan los factores protectores del adolescente ante el consumo de sustancias.
- El cuarto estudio “Habilidades sociales y violencia escolar” (Monserrat; Salomón, 2013), concluye que, ante situaciones críticas, las personas reaccionan de diferentes formas, siendo el autoconcepto y las habilidades sociales, factores protectores individuales relevantes.

A la luz de los resultados obtenidos, los autores afirman que: es necesario que los adolescentes obtengan distintas habilidades, las cuales incidirán en el empoderamiento de éstos, promoviendo el autocuidado de su salud. Sugieren una mirada integral de la promoción de salud dirigida a estos jóvenes, dónde se considere su contexto y las influencias de los adultos y la sociedad en general. Amplían este concepto con una cita de Bauman (2006), donde este autor enfatiza la trascendencia de no perder de vista que el joven requiere, no sólo las habilidades que le permitan tomar decisiones más asertivas, evaluar riesgos y oportunidades, etc., sino también poder incidir en su entorno, por lo que desarrollar competencias sociales además de las personales, sería fundamental. (Cardozo et. al 2013).

## **6.2 El contexto como factor estratégico**

### **6.2.1 La familia**

No son pocos los autores y estudios que están considerando la importancia de la inclusión familiar, en la efectividad y mantenimiento de los cambios, que se promueven con las intervenciones en el área de la salud. En este punto se introducirá una mirada desde el psicoanálisis, de los aspectos intersubjetivos en relación al cambio, que se producen entre los integrantes de la familia y su influencia en la promoción de salud en los adolescentes.

Rojas (2007) fundamenta desde el psicoanálisis, los procesos intersubjetivos que llevan a poder afirmar la incidencia de los vínculos familiares (sanguíneo, cercano, grupos, instituciones) en la constitución subjetiva, a través de funciones como la contención e interdicción. La autonomía del sujeto se acompaña de la interdependencia, “estar solo, con otro”, produciéndose una autoorganización en la medida que se da la circulación del poder entre los sujetos. Es decir, la posibilidad de llevar adelante cambios o transformaciones como consecuencia del estímulo de los otros. A nivel psíquico, el sujeto se reorganiza cuando pasa

por eventos como por ej. yo del placer al yo de realidad, metamorfosis de la pubertad, etc. que promueven una reestructura de la identidad. A nivel familiar, esto se da en los permanentes cambios de roles, funciones, en las diferentes crisis vitales a lo largo de la vida, produciéndose al mismo tiempo el duelo y la novedad. Cuando este flujo se desestabiliza o se obstruye, se presentan síntomas o patologías que impactan en los sujetos y sus relaciones. Es aquí, donde la intervención habilita de nuevo el curso de los cambios y la autoorganización. Las relaciones vinculares están constituidas por dinámicas de conflicto y encuentros. El vínculo con el otro implica exigencias: tolerancia a la frustración, renuncia pulsional, alteración de la imagen de sí, confrontación con la alteridad, reconocimiento, ajenidad inasible y ruptura del espejo narcisista, pero por otro lado permite la transformación subjetiva y los procesos de complejidad humanos. Aporta además sostén, afecto, contención, apuntalamiento y co-construye la ilusión. Esto, además de tener lugar en la familia, pareja, grupo, etc., también puede observarse en la relación psicoterapéutica. La autora propone una mirada de multiplicidad, dónde se integre a la relación sujeto-vínculo, la dimensión sociocultural. (Rojas,2007)

### **6.2.2 Comunidad y prevención.**

Existen varios modelos estratégicos para poder abordar desde la comunidad temas complejos como el que se viene desarrollando, pero es clave para que la comunidad se comprometa y colabore, saber si la misma está preparada para ello. Para identificar el nivel de preparación en el que se encuentra una comunidad, es necesario conocer ciertas características, como son: si es medible, si se puede incrementar, si es imprescindible el conocimiento de la comunidad sobre el problema, si es variable en los diferentes sectores de la comunidad (unos están más preparados que otros) y de acuerdo a las dimensiones del abordaje (conocer bien un tema y no sentirse segura para abordarlo) y si es concreta en cuanto a los temas que se abordan (puede estar preparada para un tema y no para otro). Se ha comprobado que aún con un alto nivel de preparación, si las dimensiones no están equilibradas, el programa puede fallar. Las dimensiones se pueden enunciar de la siguiente forma: iniciativas de la comunidad, conocimiento comunitario de los esfuerzos, clima de la comunidad, liderazgo, conocimiento y recursos en relación al problema. (Centro para la Salud y el Desarrollo Comunitario, 2017).

Los grados de preparación en que se encuentra una comunidad, para poder determinar el punto de partida para una intervención, se pueden ejemplificar con el modelo de Prevención en la Comunidad del Centro Tri-Étnico (Universidad de Colorado). El cuál identifica nueve niveles de preparación en que podría encontrarse la comunidad, en forma creciente serían: falta de conciencia y/o conocimiento; negación y/o resistencia; conciencia parcial;

planificación anticipada; preparación propiamente dicha; iniciación: estabilización; confirmación; y por último alto nivel de propiedad o titularidad comunitaria. Poder ubicar en qué situación se encuentra la comunidad para responder a un determinado problema y realizar la preparación de la misma, desde ese lugar, para abordar un tema concreto, permite ahorrar costos innecesarios, esfuerzos y fracasos en base a llevar adelante estrategias de Promoción y Prevención para la Salud de manera exitosa. (Centro para la Salud y el Desarrollo Comunitario, 2017).

## 7. Conclusiones

Luego de haber transitado por algunas de las dimensiones de la complejidad del tema central de este trabajo, es hora de dar un cierre virtual al mismo, con algunas propuestas que puedan abrir otras interrogantes, motivaciones de estudios e investigaciones, que generen curiosidad, pero, sobre todo: acciones, compromisos e interdisciplinariedad.

Considerando los resultados de los estudios realizados en el área médica, no se puede dejar de destacar la necesidad y la importancia de las entrevistas en el PNA con las adolescentes que concurren a consulta, especialmente las que están cursando un embarazo con consumo, y es en este sentido que se entiende oportuno formular algunas propuestas para optimizar las oportunidades de intervención relacionadas a la Promoción y Prevención en Salud. Si bien se proponen en algunos casos estrategias novedosas, en otros casos quizás alcanzaría con la mejora o sistematización de dispositivos que ya estén en funcionamiento para poder llevarlas adelante.

Se cree oportuno aclarar que cada conclusión parte de una fundamentación principal en algunos de las secciones del trabajo (lo cual se aclarará con una referencia al capítulo que corresponda), como forma de ordenar las ideas, aunque no se puede desconocer que la falta de investigaciones específicas en el tema, exigen un esfuerzo mayor para una articulación delimitada. La complejidad del tema abordado habilita a que, si bien una investigación, estrategia comprobada o concepto teórico de los presentados puede dar cuenta de lo que se deduce en cada conclusión, es la interrelación entre todos esos elementos, lo que permite una comprensión más ajustada. Sobre esta premisa y considerando las limitaciones del presente trabajo, se sugerirán algunas prácticas como posibles vías de abordaje de las diferentes dimensiones:

- Formación específica a profesionales, técnicos y funcionarios de recepción de todo el PNA en: entrevista con adolescentes, género y consumo.

Como se observó tanto en las diferentes investigaciones (Cap.2), como en el marco teórico para el abordaje de entrevistas con adolescentes (Cap. 5), las características que hacen tanto al género como a la complejidad de la detección y abordaje del consumo en el PNA (cap. 3), se concluye que es fundamental que los profesionales cuenten con formación sólida y específica en estas áreas.

Para lo cual se entiende necesario, en primer lugar, fortalecer la formación de los profesionales en el manejo de las entrevistas de un evento específico, para el cual es indispensable un abordaje integral, dada la confluencia de tres situaciones intrincadas entre sí: lo evolutivo, representado por la adolescencia; lo psicofísico, en la atención médica del control de embarazo, indispensable para disminuir posibles riesgos de salud de la gestante y el feto; y lo psicosocial que tiene una de sus expresiones en el consumo de sustancias psicoactivas, pero esto no significa que sea la problemática principal de esta área, presentándose una multiplicidad de factores que se interrelacionan entre sí, por lo cual es necesaria una visión de corte holístico.

A su vez estos profesionales, se sienten exigidos a hacer frente a estas situaciones con una carga sociocultural impregnada de concepciones de predominio biomédico, que no contemplan las incidencias contextuales de los jóvenes, en el grado de afectación real o si lo hacen, generalizan las mismas, desconociendo el riesgo del efecto fortalecedor de estigmas que producen en esta población. “A medida que se descubren similitudes y pautas, la gente y sus problemas se asignan a un sistema de categorías de deficiencia, mantenido a través del lenguaje y el vocabulario de nuestros discursos.” (Anderson,1999, p.23). Estas concepciones se infieren y se transmiten a través del lenguaje verbal o no verbal, siendo la indiferencia, el rechazo o la revictimización, consecuencias no deseadas de la comunicación que se pretende establecer. “Cada persona de la diada está inmersa en una variedad de otras relaciones —previas, presentes y futuras—, y los múltiples contextos de esas relaciones influyen en las suplementaciones y los significados desarrollados dentro de la diada.” (p.31) De la misma forma los significados que se generan en esa relación pueden influir en las interacciones futuras de cada uno de los participantes con otros sujetos, al decir de Anderson (1999): el lenguaje que se establece entre las personas construye relaciones, significados e identidades.

- Mas recursos para los espacios de atención a adolescentes en los PNA, reuniones de intercambio, escucha y producción de conocimiento para los profesionales.

En base a lo expuesto en el Cap. 4.1 se puede plantear que otra de las dificultades con las que se encuentran los técnicos para el afrontamiento de estos abordajes, son las limitaciones del sistema de salud, en relación a los tiempos y recursos con los que cuentan. Los espacios

de consulta tienen los horarios definidos a priori para la atención de los usuarios, que impiden considerar los tiempos que cada una de las consultas requiere para establecer una relación de confianza. Lo mismo ocurre con la frecuencia de las mismas, como es el caso de los ESA con funcionamiento semanales. Insuficiente capacidad de generar espacios de intercambio para los técnicos y por ende para la generación de nuevo conocimiento, como lo planteado por Perea & Girona (2011) en su sistematización de experiencias en Apex - Cerro. Desde otro lugar la investigación presentada, de Arias y Suárez (2014), da cuenta de la necesidad de recursos, evaluaciones y seguimientos para mejorar el funcionamiento de estos dispositivos.

- Plan de atención integral para adolescentes y jóvenes al constatarse embarazo que incluya en la primera consulta el abordaje multidisciplinar: ginecólogo, psicólogo y trabajador social con formación en adolescencia y consumo, sin exclusión de ninguna de estos profesionales en la práctica cotidiana.

A partir de la normativa y dispositivos existentes en nuestro país, expuestos en el Cap. 4, se puede inferir que existe voluntad política para llevar adelante un abordaje de estas situaciones de forma multidisciplinaria, pero de alguna forma existen limitaciones para poner en práctica estas guías y evaluar sus implementaciones a lo largo del tiempo. Esto se entendería necesario como forma de detectar en forma precoz el consumo en el embarazo adolescente, sin limitarse solo a ese cometido, ya que como se vio a lo largo de la exposición, son múltiples las situaciones que se producen asociadas al mismo, en esta población. El abordaje multidisciplinar desde la primera consulta optimiza la oportunidad de acercamiento e intervención en todos los jóvenes, pero toma mayor relevancia cuando se logra adhesión al sistema, de aquellos adolescentes que habitualmente no hacen uso del servicio sanitario, educativo y/o ningún otro ofrecido en la comunidad. La guía para la Atención Integral de la Salud del Adolescente (MSP,2017) en nuestro país, confiere importancia a la multidisciplinariedad en su formulación, pero como se ha visto en la exposición del TFG, en la práctica se pierden algunos de los factores más relevantes, como por ejemplo: que el equipo funcione completo en todo el horario de atención, que existan espacios de intercambio y enriquecimiento intergrupar, que se coordinen los servicios comunitarios con celeridad, que se haga una evaluación sistemática de los procesos incluyendo las sugerencias u opiniones de los propios usuarios y sus familias.

- Programas de Educación para la Salud para la adolescente embarazada, que incluya la temática del consumo como uno de los temas de abordaje prioritarios.

En los capítulos 2.3; 3.1; 3.2; 3.5 y 6.1, se advierten por un lado los riesgos para la madre y el bebé, así como la necesidad de aumentar los factores protectores promoviendo una mejor calidad de vida y disminuyendo riesgos utilizando estrategias de prevención.

Para ello se plantea que brindar herramientas a la adolescente para el autocuidado y el cuidado de su bebé es una de las principales funciones que deben dispararse desde los programas de salud, de forma inmediata, ante la presencia de embarazo y especialmente en la etapa adolescente. Con respecto a la necesidad de Educación para la Salud en las intervenciones por consumo de sustancias psicoactivas, Instituto de adicciones Madrid Salud (2005) sostiene que aumenta su trascendencia “porque la mejora de hábitos facilitará el buen curso del embarazo y harán consciente a la mujer de su papel, para que pueda asumir el protagonismo que le corresponde en el desarrollo adecuado de la gestación.” (p.50).

- Equipo multidisciplinario de profesionales del: PNA, educación y comunitarios, que lleven adelante un programa en conjunto de prevención y promoción de salud en general, priorizando la Educación de la Salud del consumo de sustancias psicoactivas. (cap. 3.2, 6.2.2 y 6.1.3)

En base a las formulaciones en los Cap. 3.2: 6.2.2 y 6.1.3, dónde se expone la importancia de los factores de protectores, las intervenciones de promoción de salud y prevención y las acciones comunitarias como vehículo de las mismas es que se plantea la necesidad de la articulación de este tipo de equipos de trabajo.

Una evaluación de buenas prácticas del programa Argos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI,2017) en España, da cuenta de la importancia del empoderamiento del personal del PNA, en este tema, que comienza con una formación sistematizada previa, para estos profesionales, y su participación en talleres educativos en el ámbito escolar y comunitario, junto con técnicos del centro de educación, adicciones, educación física y género, entre otros. Este tipo de acciones se generan espacios para el intercambio y comunicación entre las diferentes áreas.

- La formación y la adhesión del personal del PNA en la detección, prevención y promoción del consumo, sería recomendable que se llevara a cabo en todas las áreas de la Salud, como forma de llegar a la población en general.

Para lograr el desarrollo de factores protectores (Cap3.2) en la temática abordada es imprescindible la formación no solo de los profesionales que interactúan directamente con las adolescentes, sino que todas las áreas pueden aportar a la comprensión del tema, que, extendiendo una información adecuada en la comunidad, en ello la Psicología de la Salud (Cap. 6.1) cumple un rol clave.

En este sentido pediatras, médicos de familia, de medicina general, enfermeros, etc. asumirían un rol como agentes de cambio para una elección responsable de hábitos en el área de la salud, por parte de los usuarios. Prácticas de este tipo en España, se calificaron

como positivas por el Comité de Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS (MSSSI ,2017).

No se pueden plantear sugerencias de mejora en este nivel de atención, sin que deban impulsarse mejoras en otros niveles de abordaje:

- La coordinación con las instituciones de la comunidad.

La promoción de Salud (Cap. 6.1) frente a esta temática no es posible sin un socio estratégico como es la comunidad orientada a la prevención (Cap. 6.2.2)

La coordinación se realiza con el fin de generar propuestas de actividades físicas, ofertas de estudio y/o laboral de forma personalizada, donde las y los adolescentes que cursan un embarazo, o tienen hijos a su cargo y/o problemas de consumo, cuenten con una atención prioritaria. El programa islandés que ha demostrado su efectividad en la reducción del consumo, prioriza dentro del paquete de medidas, que los jóvenes practiquen deportes, asistan a clases extraescolares de danza, arte, música, etc. (Young, 2017).

- Creación de un espacio integral específico para atención y cuidado de las mujeres en tratamiento por consumo, y de sus hijos en caso de necesitar llevarlos a los diferentes dispositivos de atención. (Cap. 3.5 y 6.1)

Nuevamente la Prevención en Salud (Cap. 6.1) se conjuga en esta oportunidad con la importancia del género en el abordaje del consumo de las adolescentes a las que hacemos referencia (Cap. 3.5) para de alguna forma interpelar al sistema de Salud con respecto al lugar que se le confiere a la mujer dentro de los diferentes dispositivos de intervención para prevención y tratamiento por consumo.

Un ejemplo de ello se describió en este trabajo (Cap. 3.5): *Pregnant and Postpartum Women and Their Infants* de EEUU (ONU,2005).

- Dar seguimiento y evaluar en forma sistemática las políticas públicas y los programas en base a la calidad y sus resultados en eficacia, más que en la cantidad y diversidad de los mismos.

En el Cap. 6.1.1 se presentó un modelo de diseño, planificación, seguimiento y evaluación para programas de políticas públicas, el mismo complementa los pasos del Sistema de Promoción de Salud de la OMS. Siendo de gran relevancia para la obtención de buenos resultados en las áreas de prevención del consumo, entre otros, sin descuidar la autonomía de los usuarios.

Un análisis sobre la importancia de este tema se puede ver en un estudio sobre políticas públicas y drogas, publicado por la Organización Panamericana de la Salud (Babor et al.,2010).

- Educación para la Salud dirigida a las familias. (Cap. 6.2.1)

La familia en su mas amplia acepción es considerada un agente de suma importancia para la facilitación y mantenimiento de los cambios, sobre todo si hablamos de adolescentes como en este caso (Cap. 6.2.1). La psicología de la Salud tiene mucho para aportar con estrategias como la Educación para la Salud dirigida a las mismas (Cap. 6.1.3), ya se presentó en la investigación de Saracho (2011) sus efectos beneficiosos en la Prevención y Promoción de Salud de los adolescentes que integran las mismas.

Un ejemplo de esto es el programa “+ Familia” en Madrid (Dirección General de Salud Pública, 2015) se implementa con resultados de eficiencia comprobada, como modelo de promoción de salud y prevención del consumo en las familias, basado en educación en referencia al consumo, desarrollo de habilidades de comunicación intrafamiliar y fortalecimiento de los factores protectores.

- La inclusión de profesionales expertos en el tema y en el entrenamiento en habilidades psicosociales.

En la ejecución de programas de prevención en el área de educación a adolescentes y familias, cuya eficacia se puede ver en el resultado de la investigación de Moral, Ovejero, Sirvent, & Rodriguez. (2005), descripta en este TFG.(6.1.3) y con lo planteado por Vizcarra & Dionne (2008) en el Cap 6.1.2.

Para la implementación de estas acciones resulta esencial una evaluación previa situacional que permita conocer la base de partida sobre la que se debería realizar la intervención en cada lugar, teniendo en cuenta las características, recursos y limitaciones de la población, como se puede ver en Caja de Herramientas de la Universidad de Kansas (2017).

- Un ejemplo en Uruguay, es la formación coordinada por Asse (2016) de 40 referentes barriales en el Complejo Municipal Sacude (Municipio D), como agentes comunitarios en Salud, fomentando la participación social y el involucramiento de la comunidad en el proceso de salud colectiva. Abordando temas como la atención, prevención, promoción de salud, cultura popular y comunitaria; deporte social; recreación; eventos culturales; diseño de presupuesto participativo, salud mental, ciclos de vida, violencia de género, abuso, trabajo en red, resolución de conflictos, etc.

- En otros países, se han observado buenos resultados en la inclusión de grupos de padres de personas que han pasado por problemas de consumo, en estas actividades comunitarias. Por lo que generar espacios y apoyo para este tipo de iniciativas puede redundar en un fortalecimiento de la red vincular de las diferentes localidades geográficas. Asociaciones de familias con problemáticas derivadas del consumo como por ej. Afasaf (2018), o la Asociación de familias afectadas de síndrome alcohólico fetal: sensibilizan sobre la detección precoz en el embarazo, informan, buscan apoyo para sus problemáticas de salud y son operadores activos en la comunidad para la prevención del consumo.

En suma: El consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo adolescente es un fenómeno mundial, que, si bien afecta a todos los niveles de la sociedad, es en la población con menos recursos en la que tiene un mayor riesgo de incidencia negativa en los niveles de vulnerabilidad, convirtiéndose en una situación más de indefensión relacionada con los problemas de género. Dada la fuerte incidencia que tiene en estos temas el contexto, no se puede prever la eficacia de replicar programas o políticas exitosas en un lugar y en un momento, en otro diferente. En relación a esto, existe una imperiosa necesidad de llevar adelante investigaciones y estudios que aporten datos concretos sobre esta realidad en nuestro país, entendiéndose que los mismos son un insumo fundamental para el diseño y la implementación de acciones ajustadas a los recursos y al contexto sociocultural de una población. Del análisis de la información presentada en este trabajo se sugiere el fortalecimiento de los equipos del primer nivel de salud convirtiéndolos en equipos de alta especialización para un abordaje integral de las problemáticas de estas poblaciones, y la participación activa de la comunidad en los planes y acciones de prevención y promoción de salud, destacando la eficacia de la Educación para la Salud, como estrategia principal. En cuanto a la creación de espacios de tratamiento y contención exclusivos para mujeres con hijos, recomendado por Organismos internacionales (ONU, 2005), sería plausible que las organizaciones a favor de los derechos de la mujer y de género, impulsarán la investigación, creación, implementación y evaluación de programas con y para las adolescentes.

Durante toda la exposición se destacó la importancia de optimizar el acercamiento de las adolescentes al PNA y el impacto directo en la Promoción y Prevención para la Salud de las mismas, como resultado se entiende que se podría visualizar como un triada dónde se incluye a la comunidad, en su sentido más amplio y para pensar una de las dimensiones de ese sentido, se cree oportuno considerar la siguiente cita: “Aparte del efecto positivo que para la mujer representa la mejora de los hábitos de salud, no podemos olvidar que esta mejora tendrá efecto multiplicador debido a su papel como modelo de hábitos en la familia.”(Instituto de Adicciones Madrid Salud,2005,p.53).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración Nacional de Educación Pública. (2016). *MEC trabaja hacia una estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes*. Ministerio de Educación y Cultura, Montevideo-Uruguay. Obtenido de <http://www.mec.gub.uy/innovaportal/v/93412/2/mecweb/embarazo-adolescente?parentid=79771>
- AFASAF. (2018). Asistencia de miembros de Afasaf a una reunión en la Consejería de Sanidad de una Comunidad de Madrid. Madrid, España. Obtenido de <http://www.afasaf.org/que-es-el-saf/>
- Anderson. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Bs As, Argentina: Amorrortu. Obtenido de <file:///C:/Users/Soporte/Downloads/36239046-H-Anderson-Conversacion-lenguaje-y-posibilidades-cap-1-2.pdf>
- Arias & Suárez. (2014). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Montevideo, Uruguay: Ediciones universitarias.Udelar. Obtenido de [file:///C:/Users/Soporte/Downloads/arias\\_la\\_atenci%C3%B3n\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_adolescentes%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Soporte/Downloads/arias_la_atenci%C3%B3n_a_la_salud_de_los_adolescentes%20(1).pdf)
- ASSE (2016) Casavalle: Formación para Referentes Comunitarios en Salud, Cultura y Deporte <http://www.asse.com.uy/contenido/Casavalle-Formacion-para-Referentes-Comunitarios-en-Salud-Cultura-y-Deporte-9136>
- ASSE. (2017) Obtenido de Protocolo de Prevención y Atención Integral del Embarazo en la Adolescencia: <http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Embarazo-Adolescente-9671>
- Babor, & et. al. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Politica\\_Drogas\\_Bien\\_Publico.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Politica_Drogas_Bien_Publico.pdf)
- Ballesteros. (2013). *Evaluación psicológica. Concepto, métodos y estudios de casos* (2da ed., Vol. Colección de Psicología). España: Pirámide.
- Becoña, & et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol. Obtenido de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Becoña, & Oblitas. (2002). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4(2). Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud>
- Blanquet-García. (2016). Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. *Revista médica Inst Mex Seguro Soc.*, 54(3), 238-41. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims163c.pdf>
- Cabrera, Pérez, Zunino, Cabana, García, & Giachetto. (2016). Frecuencia y características de las embarazadas y los recién nacidos expuestos a marihuana y cocaína en la maternidad del Hospital de Maldonado. *Anales de la Facultad de Medicina. Udelar*, 37-46. Obtenido de <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/151/84>
- Cardozo, & et. al. (2013). Adolescentes: entre la exposición al riesgo y el autocuidado de la salud. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*

- XX. *Facultad de Psicología de la Universidad de Bs As.* (págs. 41-44). BS AS: Acta Académica. Obtenido de [www.aacademica.org/000-054/281.pdf](http://www.aacademica.org/000-054/281.pdf)
- Centro de Investigación para el Desarrollo, A.C.(CIDAC). (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas 2015*. OEA. Washington: CIDAC. Obtenido de CIDAC: [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAméricas\\_SPA\\_web.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAméricas_SPA_web.pdf)
- Centro para la salud y el desarrollo comunitario. (2017). *Caja de herramientas comunitarias de la universidad de Kansas*. Obtenido de Caja de herramientas comunitarias de la universidad de Kansas: <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelos-de-desarrollo-para-la-salud-en-la-comunidad/preparacion-comunitaria/principal>
- Centro para la salud y el desarrollo comunitario. (2017). *Caja de herramientas comunitarias de la Universidad de Kansas*. Obtenido de Caja de herramientas comunitarias de la Universidad de Kansas: <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelos-de-desarrollo-para-la-salud-en-la-comunidad/PRECEDER-PROCEDER/principal>
- Consejería de Sanidad y Consumo. (2010). *Guía de Buenas Prácticas y Calidad en la Prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Dirección Gral de Atención al ciudadano, drogodependencias y consumo. Murcia: Intergraf Magenta. Obtenido de [http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG\\_Buenaspracticasprevencion\\_Murcia.pdf](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Buenaspracticasprevencion_Murcia.pdf)
- Corona, & Peralta. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista médica Clínica las Condes*, 22(1), 68-75. Obtenido de [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/Revista-2.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/Revista-2.pdf)
- Dell'Acqua. (2008). *Flacso*. Obtenido de Aspectos Toxicológicos depresores: [file:///C:/Users/Soport/Deskto/flacso/Aspectos\\_Toxicologicos\\_depresores.pdf](file:///C:/Users/Soport/Deskto/flacso/Aspectos_Toxicologicos_depresores.pdf)
- Dell'Acqua, & Suanes. (2012). *La Gestión de los Riesgos. Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas*. Montevideo - Uruguay: Secretaria de Comunicación y Prensa de la JND. Obtenido de <https://www.vozyvos.org.uy/wp-content/uploads/2015/10/Gestion-de-riesgos-de-droga.pdf>
- Dirección general de Salud Pública. (2015). + Familia. Madrid, España. Obtenido de <http://www.programamasfamilia.org/>
- Fernández & Lapetina (2008). *Contacto*. Montevideo, Uruguay: Frontera.
- Gaete. (2011). Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud. *Revista médica Clínica Condes*, 22(1), 5-13. Obtenido de [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/1\\_Dra\\_Gaete-3.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/1_Dra_Gaete-3.pdf)
- González, & García. (1994). *Psicología de la Salud y Educación para la Salud. El contexto escolar como marco de Prevención y Educación para la Salud*. (U. d. Facultad de Educación, Ed.) *Aula*, VI, 127-142. Obtenido de <file:///C:/Users/Soport/Downloads/3344-10213-1-PB.pdf>

- Gonzalez-Rubio. (2016). Adicciones y embarazo. Las repercusiones en la diada madre-hijo. *Revista médico-científica de la secretaria de Salud de Jalisco*, 3(2), 69-70. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj162c.pdf>
- Heather, & Robertson. (1997). *Problem Drinking*. Oxford, USA: Oxford Medical Publication 3era ed.
- INE. (2017). *Encuesta Continua de Hogares 2017*. Montevideo. Uruguay. Obtenido de <http://www.ine.gub.uy/encuesta-continua-de-hogares1>
- Infodrogas de La Rioja. (2018). *Infodrogas*. Obtenido de Que són las drogas: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>
- Instituto de Adicciones Madrid Salud (2005). *Aproximación a un modelo de Intervención. Cap II. Mujer y Adicción*. (I. d. Salud, Ed.) Madrid, España: Doblehache Comunicación. Obtenido de [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02\\_Mujer\\_y\\_adiccion\\_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02_Mujer_y_adiccion_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf)
- Issler. (2001). Embarazo en la Adolescencia. *Revista de postgrado de la Cátedra Via Medicina* N\*107, 11-23. Obtenido de <https://www.uv.es/~reguera/nuevosmedios/videoconferencia/informe%5B1%5D.htm>
- Juarez, & Saforcada. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales: reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud y Sociedad*, 4(3), 210-227. Obtenido de <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/24076>
- Junta Nacional de Drogas. (2016). *Junta Nacional de drogas*. (JND, Ed.) Obtenido de Declaraciones sobre consumo de embarazo adolescente del Hospital Pereira Rossell de Lustemberg: [HTTP://WWW.INFODROGAS.GUB.UY/INDEX.PHP?OPTION=COM\\_ACYMAILING&CTRL=ARCHIVE&TASK=VIEW&LISTID=30-RECURSOS-EXPRESIVOS&MAILID=871-BOLETIN-JUNIO-2016-ACTIVIDADES-DE-LA-JUNTA-NACIONAL-DE-DROGAS](HTTP://WWW.INFODROGAS.GUB.UY/INDEX.PHP?OPTION=COM_ACYMAILING&CTRL=ARCHIVE&TASK=VIEW&LISTID=30-RECURSOS-EXPRESIVOS&MAILID=871-BOLETIN-JUNIO-2016-ACTIVIDADES-DE-LA-JUNTA-NACIONAL-DE-DROGAS)
- Junta Nacional de Drogas (2018). *Encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas 2016*. Montevideo. Uruguay: JND. Obtenido de [file:///C:/Users/Soporte/Downloads/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_OUD\\_ultima\\_rev.pdf](file:///C:/Users/Soporte/Downloads/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf)
- Magri et al (2008). Sustancias psicoactivas y embarazo. Estudio en una población hospitalaria de Uruguay. *Elsevier*, 10(2), 98-103. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13124767>
- Mendoza. (2017). Trastorno del espectro alcohólico fetal. Acción educativa para su prevención. *Jornada sobre Embarazo y crianza saludables: Aportaciones de la educación para la salud*. Madrid, España. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14140/Trastornos%20del%20espectro%20alcoh%C3%B3lico%20fetal.pdf?sequence=2>
- Miller, & Rollnick. (1999). *La entrevista motivacional* ( castellano ed.). España: Paidós. Obtenido de [http://www.serchile.cl/sitio/images/stories/la\\_entrevista.pdf](http://www.serchile.cl/sitio/images/stories/la_entrevista.pdf)
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Programa Argos. (e-drogas.es, Ed.) Murcia, España. Obtenido de Programa Argos: <http://www.e-drogas.es/edrogas/portal/argos.jsf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Memoria Convocatoria 2017 Buenas Prácticas en SNS*. España. Obtenido de [http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/MemoriaBuenasPracticasEstrategia\\_2017.pdf](http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/MemoriaBuenasPracticasEstrategia_2017.pdf)
- Miranda, & et. al. (2015). *Las buenas prácticas en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones selectivas e indicadas*. La Rioja, España: Dirección general de Salud Pública y Consumo. Obtenido de [https://www.infodrogas.org/f/infodrogas/ficheros/menores\\_vulnerables\\_consumo\\_sustancias\\_2.pdf](https://www.infodrogas.org/f/infodrogas/ficheros/menores_vulnerables_consumo_sustancias_2.pdf)
- Moral, Ovejero, Sirvent, & Rodriguez. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 14(2), 189-208. Obtenido de <file:///C:/Users/Soporte/Desktop/adolescentes,%20embarazo%20y%20consumo/evaluacion%20de%20intervencion%20psicosocial%202005.pdf>
- MSP. (2007). *Ministerio de Salud Pública de Uruguay*. Obtenido de Servicios diferenciados para la atención integral de las adolescencias: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Protocolo%20de%20Espacios%20Adolescentes%20%282%29.pdf>
- MSP. (2009). *Ministerio de salud Pública Uruguay*. (P. n. adolescente, Ed.) Obtenido de Guía para la atención de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia\\_abordaje\\_salud\\_adolescente\\_\\_08\\_10%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente__08_10%5B1%5D.pdf)
- MSP. (2014). *Ministerio de Salud Pública Uruguay*. (D. d. SNIS, Ed.) Obtenido de Equipos de salud del primer nivel de atención: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf)
- MSP. (2017). *Ministerio de Salud Pública Uruguay*. Obtenido de Guía para la atención integral de la salud de los adolescentes: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/GuiaSalusAd\\_imprenta.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GuiaSalusAd_imprenta.pdf)
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de ¿Qué es la promoción de salud?: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Desarrollo en la Adolescencia: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- ONU. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. NY, USA: Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Obtenido de [https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Parlamento ROU. (2007). *Impo Uruguay*. Obtenido de Ley 18211. Creación del Sistema Integrado de Salud: [http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud\\_-creacion.pdf](http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud_-creacion.pdf)
- Pascale. (2010). *Consumo de drogas durante el embarazo. Revisión bibliográfica para el trabajo: Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias*. Montevideo. Uruguay: PNUD. Obtenido de

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

Pedrero, & Lloves. (2011). *Entrevista motivacional en el tratamiento de las adicciones Cap 6. Neurociencia y Adicción*. España: Sociedad Española de Toxicomanias. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/272565988\\_ENTREVISTA\\_MOTIVACIONAL\\_EN\\_EL\\_TRATAMIENTO\\_DE\\_LAS\\_ADICCIONES](https://www.researchgate.net/publication/272565988_ENTREVISTA_MOTIVACIONAL_EN_EL_TRATAMIENTO_DE_LAS_ADICCIONES)

Perea, & Girona. (2011). Aquí se respira esperanza. Sistematización de la experiencia de trabajo del equipo docente del subprograma adolescentes del programa APEX- Cerro. . En Udelar, *Apuntes para la Acción II* (págs. 89-118). Montevideo: Extension Libros. CSEAM. Obtenido de <http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/Apuntes-para-la-accio%CC%81n-II.pdf>  
[http://pim.udelar.edu.uy/publicacion\\_generica/apuntes-para-la-accion-ii-sistematizacion-de-experiencias-de-extension-universitaria/](http://pim.udelar.edu.uy/publicacion_generica/apuntes-para-la-accion-ii-sistematizacion-de-experiencias-de-extension-universitaria/)

Presidencia ROU. (2018). *Presidencia ROU*. Obtenido de Porcentaje de madres adolescentes en el Pereira Rossell se redujo de 26% del total en 2016 a 24% en 2017: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-embarazo-adolescente-pereira-rossell-victoria-lafluf-marcos-carambula>

Robert, & Gordon. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public health reports*, 98(2), 107-109. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>

Rojas. (2007). Pensar la/s familia/s hoy: estar solo, con otro. *Psicoanálisis & Intersubjetividad*, 2. Obtenido de <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=172&idd=2>

Ruiz (2017) Preocupa el consumo de alcohol en los Jóvenes. Uruguay. Obtenido de: <https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/preocupa-el-consumo-de-alcohol-en-los-jovenes>

UNFPA. (2013). *Embarazo adolescente: otra cara de la inequidad en Uruguay*. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas Uruguay. Obtenido de <http://www.unfpa.org.uy/informacion/embarazo-adolescente:-otra-cara-de-la-inequidad-en-uruguay.html>

Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa ( 2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

Villaseñor. (2004). Educar para la Salud: reto de todos. (R. d. Desarrollo, Entrevistador) México. Obtenido de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/1/001\\_Red\\_Entrevista%20Villasenor.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Entrevista%20Villasenor.pdf)

Vizcarra & Dionne (2008). *El desafío de la intervención psicosomática en Chile. Aportes desde la psicoeducación. Cap 4*. Santiago de Chile. , Chile: Ril. Obtenido de [file:///C:/Users/Soporte/Downloads/edoc.site\\_el-desafio-de-la-intervencion-psicoeducativa-vizca.pdf](file:///C:/Users/Soporte/Downloads/edoc.site_el-desafio-de-la-intervencion-psicoeducativa-vizca.pdf)

Young. (2017). Islandia sabe como acabar con las drogas entre los adolescentes, pero el resto del mundo no escucha. *mosaicscience*. Obtenido de <https://mosaicscience.com/story/iceland-prevent-teen-substance-abuse/>