



GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

PTE 2560

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MATERIA: TALLER DE INVESTIGACIÓN

***“CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE EL EMBARAZO Y NIVEL DE SÍNDROME DE
ABSTINENCIA NEONATAL EN EL RECIÉN NACIDO”***

ALUMNA: ENF. CARLA DANIELA PÉREZ - LEGAJO: P-2496/1

DOCENTE ASESOR: MGTR. ROSANA NORES

DIRECTORA DE TESINA: DRA. CATALINA SCALBI

FECHA DE ENTREGA: 17 Noviembre 2023.-

Requisito para regularizar la Asignatura Taller de Investigación

RESUMEN

El presente estudio se centrará en: Analizar la relación que existe entre el hábito de consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo por parte de las mujeres y el nivel de síndrome de abstinencia neonatal que presentan los recién nacidos internados en la sala de Neonatología de un Hospital Municipal de Rosario durante los meses de marzo y abril del año 2024.

Material y Métodos: Se llevará a cabo un estudio con enfoque cuantitativo; de tipo observacional, analítico, transversal y prospectivo, en una población de 50 madres consumidoras de sustancias psicoactivas; de las cuales se seleccionarán 25 madres que consuman marihuana y 25 madres que consuman cocaína; juntos con sus recién nacidos; conformando una muestra de 100 unidades de análisis (50 madres y 50 recién nacidos).

La recolección de datos se desarrollará por medio de una entrevista y cuestionario estructurado denominado ASSIST para medir la variable Hábito de consumo de sustancias psicoactivas. En tanto los datos que medirán la variable Nivel de síndrome de abstinencia neonatal serán recolectados por medio de la observación participante y la Escala de Finnegan.

Para desarrollar el análisis de las variables en estudio se recurrirá a la técnica de estadística descriptiva. A tal fin se llevará a cabo un análisis bivariado para establecer como influyó la variable independiente (hábito de consumo de sustancias psicoactivas) sobre la dependiente (nivel de síndrome de abstinencia neonatal); y un análisis univariado para medir cada variable en particular.

PALABRAS CLAVES: Hábito de consumo de sustancias psicoactivas – Embarazo- Nivel de síndrome de abstinencia neonatal - Recién nacido.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a mi familia, mi todo...gracias a mi marido que siempre apuesta a todo conmigo, mi niña que siendo tan pequeña tuvo que tolerar mis horarios tanto laborales como los de estudio, mis padres que insistían tanto para terminar mis estudios y junto con mis suegros cuidaban a mi hija.

A Dios como siempre, agradezco que me haya dado la fuerza y la iluminación para no desistir y continuar.

A todos ellos que siempre fueron los que me apoyaron para terminar este 2do ciclo de mi carrera les dedico mi logro de llegar hasta acá.

Y un especial agradecimiento a mi docente Mgtr. Rosana Nores por su incansable acompañamiento y su memorable apoyo durante todo el desarrollo de presente trabajo.

Muchas Gracias!!!

INDICE GENERAL

Resumen y Palabras Claves	1
Agradecimientos	2
Índice General	3
Introducción	4
Estado actual de conocimiento	4
Formulación del problema en estudio	23
Hipótesis y objetivos	23
Marco Teórico	25
Material y Métodos	38
Tipo de estudio	38
Sitio o contexto de la investigación	38
Descripción del sitio	38
Población y muestra	40
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
Personal a cargo de la recolección de datos	45
Principios éticos	46
Plan de análisis	47
Cronograma de actividades y plan de trabajo	51
Referencias Bibliográficas	52
Anexos	56
I. Aval institucional	56
II. Operacionalización, instrumentos de recolección de datos y consentimiento informado	58

INTRODUCCIÓN

ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTO

El consumo de drogas legales e ilegales durante la etapa gestacional aumenta el riesgo de complicaciones no solo en la mujer sino también en el recién nacido, quien puede presentar malformaciones congénitas además de alteraciones en el neurodesarrollo que le repercutirán durante toda la vida.

Una característica de los recién nacidos hijos de madres consumidoras de drogas es la presencia del síndrome de abstinencia neonatal (SAN), el cual se encuentra asociado a un amplio espectro de manifestaciones clínicas que suelen generar complicaciones neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y/o metabólicas.

En este sentido el SAN se caracteriza por la presencia de una hiperactividad adrenérgica asociada a temblor, vómitos e irritabilidad generalizada; los cuales se suelen manifestar entre el tercer y el cuarto día de nacido y extenderse hasta las dos primeras semanas. (Quintero Hurtado et.al., 2018)

Esto ocurre debido a que la mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta y llegan al feto exponiendo al mismo a las complicaciones anteriormente mencionadas que variarán su gravedad según la vía de consumo, el tipo de sustancia, la cantidad, la frecuencia de consumo y el periodo gestacional en el que se encuentre el feto. (Ministerio de Salud Argentina, 2022)

Según Quintero Hurtado, D et.al. (2018), entre las drogas más habituales que consumen las mujeres embarazadas se destacan la marihuana, cocaína, inhalantes, alucinógenos, heroína y las metanfetaminas; generando una tendencia de consumo que va en ascenso y que originan que el SAN sea una complicación que cada vez se presenta con más frecuencia en hijos de madres consumidoras.

Ante este nuevo contexto se hace necesario que tanto las instituciones como los distintos profesionales de la salud, diseñen e implementen estrategias de prevención y promoción que tengan como fin un abordaje multidisciplinario de esta problemática. (Quintero Hurtado et.al., 2018); (Ministerio de Salud Argentina 2022)

En este sentido diversos autores han realizado estudios en donde utilizan instrumentos no solo para medir el consumo de drogas por parte de mujeres embarazadas sino también para medir la gravedad de los signos que presentan los recién nacidos con SAN a los fines de aportar información que contribuya al conocimiento de esta problemática, entre ellos se encuentra el de Silva - Montaña, M. et al (2022) quienes desarrollaron un estudio retrospectivo, no experimental, observacional, descriptivo y de cohorte transversal; con el objetivo de: determinar la frecuencia y factores relacionados con el síndrome de abstinencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante –

Ecuador. La población en estudio estuvo constituida por 2618 neonatos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital de referencia, durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2021. La muestra estuvo constituida por 91 neonatos hijos de madres consumidoras de drogas ilícitas, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con signos y síntomas de síndrome de abstinencia y que tuvieron una puntuación de la escala modificada de Finnegan igual o superior a 8 puntos. Se excluyeron aquellos neonatos que no reunían las condiciones anteriormente nombradas.

Para la recolección de datos se recurrió a la técnica de observación y como instrumento se utilizó un formulario elaborado para ser utilizado con la información asentada en las historias clínicas. En este sentido se recabaron datos relacionados a los neonatos, entre ellos: edad gestacional, sexo, vía de nacimiento, peso, talla, perímetro cefálico, edad de inicio de síntomas del síndrome de abstinencia, escala modificada Finnegan al ingreso y días de hospitalización. Además, se recolectó información relacionada con las madres de dichos neonatos, entre ellos: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, control prenatal, infecciones maternas, tipo de droga de consumo, tiempo de consumo en el embarazo.

Los resultados arrojaron que de la totalidad de la muestra de neonatos 67 eran de sexo masculino. Con respecto a la edad gestacional 77 neonatos nacieron a término y 13 neonatos nacieron pretérmino.

En relación a la vía de nacimiento predominante de los neonatos, la misma fue la vaginal en el caso de 67 neonatos y por cesárea en el caso de 24 neonatos; estos datos fueron representados en tablas de doble entrada.

Con respecto al peso de los neonatos investigados, el mayor número correspondió a aquellos neonatos que tenían un peso adecuado lo que correspondió a 56 neonatos. En este sentido 34 neonatos tuvieron bajo peso.

Al valorar la talla y el perímetro cefálico los resultados arrojaron que el 62 neonatos se encontraban dentro del rango adecuado. En orden decreciente le siguieron 22 neonatos que tuvieron un rango bajo y 7 neonatos que se encontraron en un rango alto.

En relación a la edad de inicio de los síntomas del síndrome de abstinencia en los neonatos, se encontró que éstos síntomas aparecieron durante el primer y segundo día de vida en 33 neonatos; le siguieron los neonatos con menos de 24 horas de vida siendo 30 unidades de análisis, 13 neonatos que tenían entre tres a cinco días de vida, 9 neonatos que tenían más de diez días de vida y por último 6 neonatos que tenían más de cinco días de vida.

Al valorar las manifestaciones clínicas más frecuentes se encontraron la irritabilidad y llanto en 71 neonatos. En orden decreciente le siguieron los temblores en 44 neonatos, los vómitos en 16 neonatos y la fiebre en 12 neonatos.

Al tomar la clasificación de la escala modificada de Finnegan al ingreso del neonato, 66 neonatos presentaron un síndrome de abstinencia leve, el 24 neonatos presentaron un síndrome de abstinencia moderado y 1 neonato presentó un síndrome de abstinencia severo.

En cuanto a los días de hospitalización que requirieron los neonatos con síndrome de abstinencia para su tratamiento clínico y abordaje psicosocial familiar el mismo fue de, 11 a 15 días en 37 neonatos, entre 5 a 10 días en 28 neonatos, y más de 15 días en 26 neonatos.

De los datos recabados en las madres de los neonatos, se destacó que predominaron las madres entre los 20 a 30 años, correspondiendo a 58 madres. En orden decreciente le siguieron las madres menores de 20 años y las mayores de 30 años, correspondiendo a 30 y 3 mujeres respectivamente.

En relación a la escolaridad 67 de las madres tenían estudios secundarios, 7 primarios y 17 no registraron escolaridad alcanzada.

Con respecto al estado civil 68 eran madres en unión libre, seguidas de solteras y quienes no registraron estado civil alguno, correspondiendo a 14 y 9 mujeres respectivamente.

Al evaluar la variable número de hijos predominaron madres con 1 a 2 hijos (n=76), seguidas de madres que tenían de 3 a 5 hijos (n=13) y (n=2) con más de 5 hijos.

En relación a la variable control prenatal 66 mujeres de la muestra los realizó correctamente, mientras 22 no los realizaron. Con respecto a las infecciones maternas durante el embarazo que más predominaron se destacó la infección de vías urinarias en 82 mujeres y la vaginitis en 47 mujeres.

Con respecto a la variable droga de consumo materno predominó la heroína (n=75) y el poli consumo (cocaína, marihuana, heroína) (n=14). De éstas madres que consumían algún tipo de droga durante el embarazo, 78 refirieron que mantuvieron esta conducta durante todo el embarazo, 8 refirieron haber consumido solo en el tercer trimestre del embarazo y 4 refirieron haber consumido solo en el segundo trimestre del embarazo.

En la discusión las autoras resaltaron que el síndrome de abstinencia neonatal es el resultado del cese brusco de aporte de drogas ilícitas que se produce desde el momento en que se corta el cordón umbilical. Este cese provoca un cuadro de deprivación el cual conlleva a signos y síntomas que pueden presentarse a las horas o días de haber nacido.

Entre las manifestaciones clínicas que se encontraron en este estudio, se destacaron la irritabilidad, el llanto, los temblores y los vómitos, datos que coincidieron con otros estudios revisados por las autoras. Lo que las llevó a concluir que el síndrome de abstinencia neonatal es un cuadro que se presenta con frecuencia en la unidad de neonatología, consecuencia del consumo de drogas por parte de las madres gestantes. El poder detectarlo precozmente permitiría poder iniciar un tratamiento integral clínico, psicosocial temprano y oportuno, con el objetivo de beneficiar al neonato y así disminuir los efectos adversos del consumo de drogas

como son las repercusiones nocivas en el crecimiento físico y en el desarrollo psicoemocional y social del niño.

Por otro lado, Regina - Marangoni, S., et. al. (2022) realizaron un estudio transversal durante los años 2016, 2018 y 2020 que tuvo el objetivo de: investigar el consumo de drogas en gestantes en atención prenatal de bajo riesgo y que utilizan los servicios de atención primaria de salud.

En este sentido se incluyeron mujeres embarazadas que cursaban atención prenatal de bajo riesgo en una Unidad Básica de Salud (UBS) del municipio de Sarandi-PR, Brasil. A tal fin, la población estuvo constituida por 588 mujeres, en quienes se consideró un porcentaje máximo de consumo de drogas del 20,0%, estimando un error muestral del 5,0% y un nivel de confianza del 95,0%.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario sociodemográfico que recolectó variables como: grupo etario, estado civil, color de piel, religión, nivel de estudios e ingreso familiar, condiciones habitacionales y consumo de drogas por parte de los familiares. Aunado a ello se adicionaron variables gestacionales, tales como: embarazo, paridad, aborto, cesárea y parto.

Para la medición de la variable dependiente se utilizó la prueba Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 3.1). Dicha prueba fue validada para el contexto brasileño y está compuesta por ocho preguntas que detectan el consumo de nueve drogas, entre ellas: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes, sedantes, inhalables, alucinógenos y opiáceos. La frecuencia del consumo se valora durante toda la vida y en los últimos tres meses; además de tener en cuenta los problemas relacionados con el consumo, preocupación por el consumo en personas cercanas, deterioro en la realización de tareas, intentos fallidos de detener o reducir el consumo, sensación de compulsión y el uso de sustancias inyectables.

En este sentido el total de las respuestas generan una puntuación que varía entre cero y 36 puntos, de los cuales, para el alcohol, el rango de 0 a 10 se considera como indicativo de consumo ocasional, entre 11 y 26 puntos indican abuso y las puntuaciones que igualan o superan los 27 puntos sugieren adicción de la sustancia. En tanto para las otras drogas, una suma de 0 a 3 indica un consumo ocasional, de 4 a 26 puntos indican abuso y una puntuación igual o superior a 27 sugiere adicción a la sustancia.

Los resultados arrojaron que la media de edad de la población entrevistada fue de 25,5 años, con un $DE \pm 5,97$. Del total de la población el 63,6% estaban casadas o tenían una pareja estable. En tanto el 36,4% restante eran solteras. Con respecto a la paridad, la misma tuvo un rango que fue desde cero hasta seis embarazos, donde el 41,3% fueron primíparas y el 58,7% multíparas.

En relación con la situación habitacional, el 48,1% de la población declaró vivir en su propia casa. En orden decreciente le siguieron el 46,6% que declaró vivir en un inmueble alquilado y el 5,3% que declaró vivir en un inmueble cedido o en la casa de sus padres.

Al analizar el nivel de estudios, se observó un bajo nivel en relación a la edad ya que el 24% del total de la población habían cursado hasta noveno año de la enseñanza básica. En orden decreciente le siguieron el 41% de las mujeres que cursaron hasta nivel medio, el 27,8% tenía estudios superiores incompletos, el 5,4% estudios superiores completos y el 1,8% pudo obtener una educación de postgrado.

Con respecto a la variable ingreso familiar, la media correspondió a dos ingresos mínimos. En relación con el color de piel, el 39,3% de la población declaró ser de raza parda, el 35,2% indicó ser de raza negra, el 25,2% declaró ser de raza blanca y el 0,3% indicó ser de raza amarilla.

En relación a la variable religiosidad el 49,3% declaró ser católica, evangélicas el 41,8%, otras religiones el 1,5% y las agnósticas el 7,3%.

Al analizar el consumo de drogas por parte de los familiares se determinó que el 40,8% de las mujeres tenían más de un familiar que abusaba del consumo de los cuales: el 17,7% eran tíos, abuelos, cuñados y primos; hermanos 15,5%, el padre un 10,9% y la madre un 6,5%.

De las 374 mujeres que se encontraban casadas o en pareja, se observó que el 69,5% de ellas consumían alcohol; le siguieron 17,0% que consumían tabaco, un 10,0% consumía marihuana y un 3,5% consumía cocaína.

Con respecto al consumo de sustancias durante el transcurso de la vida, el tabaco y el alcohol fueron las drogas de consumo más frecuente; siendo que en el año 2016 el 35,4% de las mujeres habían probado el tabaco; en el 2018 lo probaron el 55,3% de las mujeres y en el 2020 el 66,0% de las mujeres probaron esta droga.

En cuanto al alcohol en el 2016 lo probaron el 86,1% de las mujeres; en el 2018 lo probaron el 86,6% y en el 2020 lo probaron el 92,0% de la muestra.

Por otro lado, en el consumo de drogas ilegales durante el transcurso de la vida, la marihuana fue la de mayor consumo con el 5,7% de las mujeres en el 2016, el 18,45% en el 2018 y el 24,5% en el 2020. Le siguió la cocaína con el 1,4% en el 2016, 2,2% en el 2018 y 7,5% en el 2020.

Con respecto a la frecuencia de consumo actual de tabaco en los últimos 90 días, en el 2016 el 18,2% refirió haber consumido, en el 2018 consumieron el 16,8% de las mujeres y en el 2020 consumieron el 35% de las mujeres.

En relación al consumo actual de alcohol, en el 2016 el 27,3% refirió haber consumido bebidas alcohólicas mientras estaban embarazadas; en el 2018 el 17,3% refirió haber consumido, mientras que en el 2020 el 44,5% de las mujeres refirieron haber tenido este hábito.

Al observar la frecuencia de consumo actual de marihuana y cocaína, el 19% refirió haber consumido marihuana durante el embarazo en el 2016, en el 2018 el consumo fue realizado por el 1,7% de las mujeres y en 2020 el 13% refirió haber mantenido este hábito. Con respecto al consumo de cocaína en el año 2016 no se informaron consumos, en el 2018 el consumo fue mantenido por el 1.7%; mientras que el 2020 el 4% de la población refirió haber mantenido este hábito.

Con respecto a los niveles de riesgo relacionados con el consumo de tabaco durante el embarazo. Los resultados arrojaron que en el 2016 el 7,7% se clasificó como bajo riesgo, mientras que el 10,5% estuvieron en riesgo moderado; en el 2018 el 3,9% estuvieron con bajo riesgo, el 8,9% de las mujeres estuvieron clasificadas con riesgo moderado y el 3,9% de la población estuvo en alto riesgo. En tanto en el año 2020 el 12,5% de las mujeres estuvieron en bajo riesgo y el 22,5% fueron clasificadas con riesgo moderado.

En lo que respecta al consumo de alcohol durante el embarazo, en el 2016 el 23,4% estuvieron clasificadas de bajo riesgo, mientras que el 3,8% se clasificaron como riesgo moderado; en el 2018 el 14,5% de las mujeres estuvieron con bajo riesgo y el 2,8% estuvieron clasificadas con riesgo moderado. En el año 2020 se clasificaron como bajo riesgo al 40,5% de las mujeres, en tanto el 3% estuvo considerado como riesgo moderado y 1% de las mujeres se clasificaron como alto riesgo.

Al observar el consumo de marihuana en el 2016 el 1,4% de las mujeres fueron clasificadas como bajo riesgo y el 0,4% se consideró como riesgo moderado. En el 2018 el 1,1% de las mujeres fueron consideradas de bajo riesgo y el 0,6% fue de riesgo moderado. En tanto, en 2020 el 9,5% de las mujeres fueron clasificadas como bajo riesgo, 3,5% fueron consideradas de riesgo moderado y el 0,5% fue clasificada como alto riesgo.

Con respecto al consumo de cocaína en el 2018, el 0,6% de la población se consideró de bajo riesgo. En tanto en el 2020 el 2,5% de la población fueron clasificadas como bajo riesgo y el 1,5% fue considerada de riesgo moderado.

Al analizar el consumo del tabaco, el alcohol, la marihuana y cocaína en los periodos 2016-2020 y 2018-2020 mediante la aplicación de la prueba Kruskal-Wallis, se determinó significancia estadística que indicó que el consumo de estas sustancias fue aumentado progresivamente.

En la discusión los autores resaltaron que según la literatura consultada el consumo de drogas suele formar parte de la vida familiar, lo que aumenta el riesgo de consumo en aquellas mujeres embarazadas que conviven con parejas que mantienen este hábito. Ante ello resulta imperioso diagnosticar esta problemática cuando la mujer realiza los controles prenatales, a los fines de poder abordar esta situación mediante estrategias de prevención y promoción.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que los factores psicológicos, ambientales y demográficos se relacionan con el consumo de drogas en las mujeres adolescentes, otra

problemática que se debe tener en cuenta al momento de diseñar estrategias de abordaje. Además de tener en cuenta que resulta difícil abordar a las mujeres embarazadas que tienen el hábito de consumo de drogas, ya que es una práctica que la vienen fomentando antes de entrar en esta condición fisiológica; lo que indica que las estrategias de prevención y promoción deben ser desplegadas en todas las mujeres que se encuentran en periodo reproductivo.

Ante la literatura consultada los autores exponen que el consumo de drogas (tanto legales como ilegales) en mujeres de varios países viene aumentando progresivamente, poniendo en riesgo la salud materno – fetal. Además, lo consultado en la literatura también coincide con los resultados en este estudio en donde se observó que las drogas de mayor consumo en mujeres embarazadas son el alcohol, tabaco, marihuana y cocaína. En este sentido los autores concluyen que se debe indagar el hábito de consumo de drogas en todas las mujeres embarazadas, antes y durante el periodo de gestación; ya que el mantenimiento de este hábito durante el embarazo genera complicaciones en el feto que pueden repercutir durante toda su vida.

En relación a ello los autores resaltaron la importancia de la intervención de los profesionales de la salud en lo que respecta a trabajar en la concientización de las mujeres embarazadas que consumen drogas; además de demostrar que la utilización del instrumento de detección para el consumo de drogas es útil para la detección de la problemática y la implementación de estrategias de abordaje.

En función a esta problemática Amador Roderó, E., et.al. (2022) realizaron una revisión sistemática exhaustiva sobre los trastornos del neurodesarrollo infantil asociados al consumo materno de sustancias psicoactivas. Para ello consultaron artículos científicos provenientes de bases de datos: PubMed, ClinicalKey y ScienceDirect, publicados en revistas indexadas en los últimos 10 años con corte a junio 2021. En la búsqueda se emplearon los términos: Drugs Dependence, Central Nervous System, Illicit Drugs, Substance-Related Disorders, Motor Skills Disorders, Drug use disorders, Growth and Development y disorder, los cuales se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”; además de aplicar filtros.

Los artículos seleccionados cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: estudios de cohorte, longitudinales y observacionales publicados en inglés y en español, y realizados en niños y adolescentes de entre 2 y 18 años que presentaron alteraciones del neurodesarrollo como trastornos psicomotores, trastornos de habilidades perceptivo-motrices, trastornos del lenguaje, trastornos de la memoria y trastornos del comportamiento; cuyas madres hubieran consumido sustancias psicoactivas (alcohol, cannabis, cocaína entre otras) durante el embarazo. Se excluyeron las revisiones sistemáticas, los estudios en niños con alteraciones congénitas no asociadas al consumo materno de sustancias psicoactivas, los estudios sin grupo control y aquellos cuya respuesta a la pregunta PICO no aportará al objetivo del presente estudio.

Para la recolección de datos se recurrió a la técnica de observación y como instrumento la guía STROBE, la cual fue utilizada por tratarse de estudios observacionales de cohorte.

La muestra estuvo conformada por siete artículos correspondientes a tres estudios de cohorte, un estudio longitudinal y tres estudios de cohorte retrospectivo que analizaron la presencia y/o relación entre la exposición al consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo como alcohol, cannabis, cocaína, opioides y fármacos tranquilizantes; y las alteraciones en el neurodesarrollo como: alteraciones de la conducta, de las habilidades psicomotrices, del lenguaje y de las capacidades perceptivo-motrices; en la población expuesta.

De la revisión se resaltó que las sustancias más consumidas durante el embarazo fueron alcohol, cannabis, cocaína y antidepresivos generales y serotoninérgicos que produjeron alteraciones en la formación del cerebro y generaron complicaciones a corto y mediano plazo de los niños hijos de madres consumidoras. Además, se encontró relación entre el uso de antidepresivos y cannabis con la presencia de trastorno del espectro autista (TEA); como así también entre el consumo del alcohol y la presencia de trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD) el cual genera alteraciones en la integración visomotriz.

Con respecto al consumo de cocaína durante el embarazo se encontró relación con la presencia de alteraciones en el desarrollo del lenguaje que incluyeron la sintaxis y la comprensión fonológica. En cuanto al consumo de opioides se asoció esta sustancia con alteraciones en el crecimiento fetal y la incidencia de nacimientos pre término; aunado a trastornos en el desarrollo fisiológico, la conducta y la perturbación emocional.

En la discusión los autores exponen que el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo es un problema de salud pública, ya que afecta a las madres gestantes, los servicios sanitarios y a los niños con alteraciones que suelen durar toda la vida.

Así mismo agregan que el consumo de sustancias suele hacerse en forma combinada pudiendo desencadenar en los niños enfermedades infecciosas y síndrome de abstinencia neonatal.

Sin embargo, el desarrollo de TEA y de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son las principales alteraciones encontradas en niños hijos de madres consumidoras de cocaína; además de aumentar el riesgo de aborto espontáneo y generar consecuencias en el desarrollo infantil.

Se analizaron estudios que confirmaron que el consumo de cannabis tiene consecuencias en el desarrollo neurológico pudiendo ocasionar TEA y TDAH; estos trastornos también se relacionaron con el consumo de antidepresivos.

Al mismo tiempo se encontraron estudios que afirmaron que la aparición de FASD en hijos de madres consumidoras de alcohol genera alteraciones sensorio-motrices y en las habilidades motrices finas y gruesas.

Los autores concluyeron que existe una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres embarazadas y la aparición de alteraciones en el desarrollo de los niños que afecta a múltiples áreas del crecimiento; lo que indica que resulta necesario seguir avanzando en la realización de estudios que aborden esta problemática para poder seguir trabajando en estrategias de prevención y promoción.

Otro estudio de tipo descriptivo, comparativo, no experimental y de corte transversal fue desarrollado en el año 2020 con el objetivo de identificar las diferencias en el desarrollo infantil en niños con y sin antecedentes de consumo materno de sustancias en etapa gestacional, a través de la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo Infantil "Nelson Ortiz. Entre las variables que se tuvieron en cuenta para realizar la comparación, se nombran: diferencias en el desarrollo del lenguaje, motricidad fina, motricidad gruesa y socialización

La muestra fue de tipo probabilístico y estratificada, la cual estuvo constituida por 18 niños de 0 a 3 años con antecedentes de consumo de sustancias en etapa gestacional y 18 sin esta condición, todos provenientes de centros de acogimiento institucional por causa de situación de riesgo o abandono; conformando una totalidad de 36 unidades de análisis.

En este sentido la población fue estratificada en dos grupos a saber: niños de 0 a 3 años con antecedentes de consumo de sustancias en etapa gestacional y niños de 0 a 3 años sin antecedentes de consumo de sustancias en etapa gestacional.

En relación a las sustancias consumidas por las madres de los niños del grupo de consumo fueron: alcohol, cannabinoides, cafeína y disolventes volátiles.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista, la cual fue aplicada a las cuidadoras de las instituciones para recopilar información de identificación de los niños a través de una ficha socio-demográfica. Posteriormente también se aplicó una entrevista a la trabajadora social de cada institución, quien permitió al investigador poder acceder a los expedientes de cada uno de los niños y así recabar información con respecto a: causa de acogimiento institucional, tiempo de institucionalización, edad gestacional del niño, existencia o no de consumo materno de sustancias en etapa gestacional, rol del consumidor, tipo de consumo y tiempo de consumo durante la gestación del niño.

En relación al instrumento se utilizó la Escala Abreviada de Desarrollo Infantil "Nelson Ortiz". Dicha escala permite realizar una valoración global con respecto al desarrollo infantil en cuatro áreas, siendo estas: motricidad gruesa, motricidad fina adaptativa, audición/lenguaje y personal/social; cada una de estas áreas contiene 30 reactivos que en su totalidad indican cuatro niveles de alertas, siendo estos: alerta, medio, medio alto y alto.

El nivel *alerta* indica un desarrollo en riesgo ya sea por factores biológicos o ambientales; el nivel medio, indica que el niño se encuentra en un nivel de desarrollo acorde a su edad cronológica y; los niveles medio alto y alto indican que el desarrollo del niño se encuentra en un nivel acorde a los índices normales y sobrepasa su edad cronológica.

Los resultados arrojaron que los niños con antecedentes de consumo materno tuvieron mayor porcentaje de niveles de alerta en comparación con los niños sin antecedentes, con porcentajes del 72,2% y 22,2% respectivamente. En cuanto a los niveles medios predominaron los niños sin antecedentes con un 61,1% y el 27,8 % de los niños con antecedentes.

En relación al nivel medio alto solo se registró que el 16,7% de los niños sin antecedentes tenían este nivel. Estos datos indicaron que los niños con antecedentes de consumo materno tenían mayor deterioro en el desarrollo infantil.

Con respecto al tipo de sustancias ingeridas en la etapa gestacional, los resultados arrojaron que el alcohol, el cannabinoideos, la cocaína, la cafeína y los disolventes volátiles; se relacionaron con niveles de desarrollo global de alerta y medio, en donde además se detectó el reporte de ingesta de más de una sustancia. Entre estos resultados se destacó que la ingesta de alcohol y cocaína fueron sustancias que consumieron el mayor número de mujeres, de los cuales más del 50% de los niños que tenían este antecedente presentaron nivel de desarrollo global de alerta. Se destacó que ninguno de los niños obtuvo niveles de desarrollo global alto o medio alto. Estos datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas y sus porcentajes.

Por otro lado, al análisis anterior, las autoras agregaron el análisis de varianza ANOVA que relacionó el consumo por parte del padre/pareja vs madre en la etapa gestacional. Dicho análisis determinó que el consumo materno tiene más influencia en el riesgo de desarrollo global del niño en relación si el consumo es por parte de padre/pareja: $F=4,405$; $p<0,01$, lo cual se fundamenta en que las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta.

Por último, se realizó una prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comprar los niveles de desarrollo en las áreas: motriz gruesa, motriz fino adaptativa, audición/lenguaje, personal social y de desarrollo global en los grupos de niños con y sin antecedentes de consumo materno de sustancias en etapa gestacional. En este sentido se obtuvieron diferencias significativas $z=-2,325$ $p<0,05$ en el área motriz fino adaptativa y muy significativas $z=-2,761$ $p<0,01$ en las áreas de audición y lenguaje y; en el desarrollo global de los niños con y sin antecedentes $z=-3,117$ $p<0,01$. Estos resultados permitieron comprobar que existieron diferencias significativas en el desarrollo infantil entre los grupos de estudio y que el consumo de sustancias genera diferencias estadísticas en el área motriz fino adaptativa y de audición y lenguaje.

En la discusión las autoras exponen que los resultados son coincidentes con otros estudios analizados por las mismas, en donde se determinaron que el consumo de sustancias psicoactivas por parte de madres en la etapa gestacional, aumenta el riesgo en los niños a presentar mal formaciones o daños somáticos en el SNC, desde leves a muy graves, ya que estas sustancias atraviesan la barrera placentaria.

Entre las afecciones que se encontraron en otros estudios relacionadas con el consumo de alcohol, se destacaron: retraso en el crecimiento del niño, retardo en el desarrollo psicomotor, afección en el SNC, pobre desarrollo neuronal con implicaciones en el déficit cognitivo, disminución de masa y peso cerebral, especialmente en el cerebelo y tallo cerebral; menor densidad de células gliales en la neocorteza; microcefalia, producto de la reducción de volumen en la región parietal; alteraciones de los procesos de división celular, reducción de la activación de los lóbulos frontales, déficit del hipocampo, síndrome alcohólico fetal, síndrome de abstinencia, alteraciones en el lenguaje, afecciones en el sistema dopaminérgico mesolímbico cortical y alteración en el sistema de los neurotransmisores de glutamato y el de la serotonina.

Por otra parte, el consumo de cocaína se relacionó con alteraciones en la organización neuronal y glial, demoras en el crecimiento cerebral, disminución en la calidad de movimientos, retardo en el crecimiento, alteraciones estructurales y funcionales del SNC especialmente en las áreas prefrontales, disminución de la velocidad de procesamiento de la información, dificultades en el lenguaje; según los estudios consultados por las autoras.

En la conclusión se destacó que los resultados arrojados en este estudio demostraron que existe un mayor deterioro del desarrollo infantil en los niños expuestos al consumo materno de sustancias en etapa gestacional, siendo el alcohol y el consumo por parte de las madres, los factores más predominantes que exponen a este riesgo. (Vargas - Alulema, et.al., 2020)

En tanto Aguado Jiménez, A., et.al. (2020) realizaron una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos nacionales e internacionales entre las que se incluyeron: Scielo, Medline, PubMed y Google Académico. En este sentido se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años con enfoque enfermero, los cuales fueron seleccionados por medio de la combinación del operador booleano "and" y las palabras: síndrome de abstinencia, neonato, cuidados de Enfermería, escala Finnegan, neonatal abstinence syndrome nursing care y newborn.

En los resultados se resalta el significado del síndrome de abstinencia neonatal (SAN), donde se expone que es un síndrome que conlleva manifestaciones clínicas que padecen los recién nacidos como consecuencia de la falta de aporte de una o varias drogas consumidas por la madre en el periodo gestacional. La gravedad de los signos y síntomas varían en función de la droga consumida, dosis, tiempo y la salud materna y fetal.

También se exponen las características del cuadro donde aclara que el mismo aparece entre las 48 -72hs del nacimiento y que suele afectar a varios sistemas orgánicos entre los que se incluyen: el sistema nervioso central que presenta manifestaciones como irritabilidad, temblores, hipertonía, agitación, llanto excesivo, insomnio, reflejo de moro exagerado, hiperacusia y convulsiones.

El sistema nervioso autónomo se presenta con diaforesis, bostezos, febrícula, erupciones cutáneas irregulares por movimientos motores excesivos y excoiación. Las alteraciones del sistema cardiorrespiratorio que incluyen congestión nasal, taquipnea con o sin distrés, taquicardia, estornudos y cianosis; y las complicaciones en el sistema gastrointestinal en el cual se puede observar hipo, vómitos, diarreas, regurgitaciones, succión excesiva o ineficaz, distensión abdominal, poca ganancia de peso e hipoglucemias.

El diagnóstico de SAN se confirma por medio de la primera muestra de orina, a fin de evitar falsos negativos. También puede utilizarse la Escala Finnegan que aparte de ser una herramienta útil para el diagnóstico, orienta el tipo de tratamiento a realizar. Esta escala está compuesta por 31 indicadores que se encuentran divididos en tres sistemas, siendo éstos: sistema nervioso central, metabólicas-vasomotoras-respiratorias y gastrointestinales y cumple el objetivo de valorar las alteraciones que se presenten en cada uno de ellos las cuales estarán representadas por una escala de puntuación que indicará la gravedad del SAN.

Con respecto al tratamiento no farmacológico se prioriza la lactancia materna, ya que ha demostrado ser un método eficaz para que él bebe gane peso rápidamente disminuyendo así la estancia hospitalaria. En caso de surgir complicaciones que impidan este método, se opta por suministrar leches hipercalóricas.

Una condición que tienen los hijos de madres consumidoras es la hipersensibilidad a los estímulos, por lo que se opta por suministrar cuidados enfermeros que prioricen el confort de estos niños, entre los que se incluyen la adecuación de la luz y el sonido, además de minimizar la manipulación del recién nacido y la utilización de elementos de confort me eviten las escoriaciones de las zonas corporales más expuestas al roce.

Aunado a ello se puede acudir a profesionales de otras disciplinas para que sumen al cuidado otras alternativas de tratamiento como masajes, acupuntura y musicoterapia.

En relación a las conclusiones las autoras exponen que el SAN es una problemática que abarca la esfera psicosocial y económica; siendo necesario su detección precoz por parte de los profesionales que intervienen en la atención del recién nacido a fin de evitar complicaciones de gravedad.

En este sentido las autoras agregan que el diagnóstico precoz puede realizarse a través de la utilización de la escala de Finnegan, y que en caso de confirmarse el SAN se hace necesario contar con profesionales de enfermería especializados en brindar cuidados a estos niños a fin de favorecer la recuperación evitando el tratamiento farmacológico.

En tanto Moraes - Castro, M. et al (2019) realizaron un estudio con el objetivo de: evaluar las prevalencias de la autodeclaración del consumo de marihuana, tabaco, alcohol, cocaína y derivados y su evolución temporal para los años 2013 y 2016.

Para ello los autores desarrollaron un estudio descriptivo, transversal y analítico durante dos periodos de tiempo siendo éstos: 2013 y 2016. En el mismo, se incluyeron mujeres que

tuvieron su parto y puerperio inmediato en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) de Montevideo, Uruguay. En este sentido la población estuvo constituida por 577 mujeres de las cuales: 319 correspondieron a las entrevistas realizadas en el año 2013 y 258 a las entrevistas realizadas en el año 2016. La selección de la población fue realizada mediante el método de muestreo probabilístico, para el cual se utilizó un programa informático de aleatorización.

Con respecto a los criterios de exclusión se determinaron recién nacido menor de 35 semanas de edad gestacional, embarazo múltiple, infección congénita del sistema nervioso central, malformaciones congénitas mayores y recién nacido expuesto a infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o con bajo peso al nacer.

Para la recolección de datos se recurrió a una encuesta estructurada que en primera instancia recabó información sobre el nivel sociodemográfico materno, tales como: nombre, fecha de nacimiento, etnia, estado civil, convivencia con su pareja, nivel educativo, trabajo, composición del hogar, ingresos, planificación del embarazo. Con respecto a la categorización de los ingresos se utilizaron las definiciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Uruguay.

En segunda instancia la encuesta recabó datos que se relacionaron con el embarazo y el consumo de sustancias antes y durante la gestación. Para esta instancia se definió como consumo activo: cualquier tipo de consumo durante el embarazo (consumo sin saber que estaba embarazada y consumo luego de saber que estaba embarazada); entre los que se incluía consumo de marihuana, tabaco, alcohol, cocaína y pasta base de cocaína (PBC).

En tercera instancia la encuesta recabó datos que se relacionaron con el parto y el recién nacido, en donde se relevó información que incluía: vía de nacimiento, sexo, peso al nacer, APGAR, edad gestacional, lugar de internación, características del examen físico.

Posteriormente, los datos alcanzados de las encuestas fueron corroborados con la información incluida en las historias clínicas. Cumplido éste paso, los mismos fueron volcados en una base de datos utilizada para realizar un análisis univariado, que tuvo el objetivo de reconocer los valores que estuvieran fuera de rango. En caso de estarlo, el investigador principal comparó dichos datos con la encuesta original para poder validarlos o corregirlos.

Los resultados arrojaron que del total de la población encuestada en el año 2013 (N=319 mujeres); 267 mujeres eran mayores de 18 años la media para este grupo fue de 24,67 años; con un rango de 13 a 42 años.

Con respecto a la variable estado civil se destacó que el 57,68% vivía con su pareja. En relación a la variable educación se recabó que el 38,56% de las mujeres cursaron menos de seis años de estudio.

Al analizar la variable planificación del embarazo en el año 2013, el 56,74% de las mujeres no lo habían planificado. En referencia al nivel socioeconómico, los resultados

arrojaron que el 5,6% de las mujeres se encontraban por encima de la línea de pobreza y el 47,8% declararon niveles de ingreso familiar en el rango de indigencia.

La población encuestada en el año 2016, estuvo conformada por 258 mujeres, de las cuales 224 eran mayores de 18 años, la media para este grupo fue de 24,09 años; con un rango de 13 a 42 años.

Con respecto a la variable estado civil se destacó que el 58,5% vivía con su pareja. En relación a la variable educación se recabó que el 35,3% de las mujeres cursaron menos de seis años de estudio.

Al analizar la variable planificación del embarazo, el 60,5% (n=156). En referencia al nivel socioeconómico, los resultados arrojaron que el 1,94% de las mujeres se encontraban por encima de la línea de pobreza y 42,6% declararon niveles de ingreso familiar en el rango de indigencia.

Por otra parte, al analizar las variables embarazo y el consumo de sustancias antes y durante la gestación. Del total de la población encuestada (N=319) en el año 2013, se destacó que el 59,2% de las mujeres fumaron alguna vez en su vida, representado de la población. De este grupo el 28% de las mujeres dejaron de fumar antes del embarazo y el 42,63% fumaron en alguna ocasión durante el embarazo. De aquellas mujeres que fumaron activamente al momento del embarazo, el 43% dejó de hacerlo al enterarse del mismo. Siguiendo en orden decreciente, en menor cantidad el 38% y el 18% continuaron su hábito tabáquico sin modificación alguna. En relación a la variable exposición pasiva al tabaco, el 47,65% refirió que no se encontró expuesta a esa sustancia.

Al analizar la variable consumo de alcohol en el año 2013, el 23,82% de las mujeres declararon que consumieron alcohol durante el embarazo. Con respecto a la variable embriaguez el 97,78% de las mujeres refirieron no haberse embriagado durante el embarazo.

Respecto al análisis de las variables embarazo y el consumo de sustancias antes y durante la gestación de la población encuestada en el año 2016 (N=258), se destacó que el 55,9% de las mujeres fumaron alguna vez en su vida. De este grupo el 20% dejaron de fumar antes del embarazo y el 44,6% fumaron en alguna ocasión durante el embarazo. De aquellas mujeres que fumaron activamente al momento del embarazo, el 60% dejó de hacerlo al enterarse del mismo. Siguiendo en orden decreciente, el 38% de las mujeres fumaron en menor cantidad y el 9,5% continuaron su hábito tabáquico sin modificación alguna.

En relación a la variable exposición pasiva al tabaco, el 52,7% refirió que no se encontró expuesta a esa sustancia.

Al analizar la variable consumo de alcohol en el año 2016 el 30,4% de las mujeres declararon que consumieron alcohol durante el embarazo. Con respecto a la variable embriaguez el 99,2% de las mujeres refirieron no haberse embriagado durante el embarazo.

Al valorar el consumo de marihuana en el año 2016, del total de la población encuestada en el año 2013 se recabó que el 1,57% consumieron marihuana durante la gestación, mientras que 10,85% refirieron haber tenido este hábito. Estos datos denotan una diferencia estadísticamente significativa entre los años 2013 y 2016, donde se demostró un aumento del consumo de dicha sustancia: $p < 0.001$.

Así mismo el consumo de cocaína no demostró significancia estadística, ya que en el año 2013 del total de la población encuestada 8 mujeres refirieron haber consumido esta sustancia durante la gestación al igual que en el año 2016; representado el 2,5% y 3,1% respectivamente. Lo mismo ocurrió con el consumo de pasta base de cocaína (PBC) en donde del total de las mujeres encuestadas en el año 2013, el 3,44% refirieron haber consumido dicha sustancia durante la gestación y en el año 2016 el 2,71% tuvieron este hábito. Estos datos también fueron representados en una tabla de doble entrada.

En la discusión los autores resaltan el consumo del tabaco como la sustancia más utilizada por las mujeres durante la gestación. Así mismo en los resultados se destacó el descenso significativo del consumo de tabaco durante la gestación como así también el elevado número de mujeres que abandonaron el hábito de fumar al enterarse del embarazo, correspondiendo al 43% en el año 2013 (N=319) y al 60% en el año 2016 (N=258). Entre los supuestos relacionados con este cambio de hábito se resalta la implementación de una campaña nacional antitabaco que provee un marco ideal para el abandono del hábito tabáquico.

Los autores compararon los resultados con otros estudios y en el caso del Reino Unido pudieron observar que la motivación para el cambio de hábitos de consumo de sustancias durante el embarazo disminuye significativamente a medida que avanza el mismo.

En el caso de Uruguay el tabaco sigue siendo una sustancia legal y de fácil acceso, lo que obliga a repensar las disposiciones vigentes para lograr un cambio en los hábitos de consumo.

En lo que respecta a la ingesta de bebidas alcohólicas durante el embarazo, en el estudio se observó un aumento del año 2013 (N=319) comparado con el 2016 (N=258), esto puede deberse a que el consumo de alcohol en Uruguay aún no se encuentra regulado. Aunado a ello, también se observó un aumento en la declaración del consumo de marihuana alguna vez en la vida, con porcentajes que fueron del 14,4% a 41,4% entre los años 2013 a 2016.

En este sentido, los autores afirman que las intervenciones realizadas durante el periodo de gestación pueden tener un impacto positivo en la disminución del consumo de sustancias.

En el estudio se pudieron resaltar los cambios macroeconómicos que se produjeron en Uruguay entre los años 2013 (N=319) y 2016 (N=258). Estos cambios fueron determinando la

situación socioeconómica de la población en estudio, observándose un mayor consumo de sustancias en aquellas poblaciones con menor nivel de ingreso familiar.

Entre las limitaciones que se expusieron en este estudio se destacó que la población que participó en la investigación provenía de los sectores más vulnerables de la sociedad uruguaya, con un elevado nivel de indigencia, pobreza y embarazo no planificado. Motivo por el cual, los resultados arrojados en este estudio no pudieron extrapolarse a otros contextos socioculturales.

Entre las conclusiones se resaltó el aumento significativo, entre el año 2013 a 2016, relacionado con el consumo de marihuana y alcohol antes y durante el embarazo. Así mismo el consumo de cocaína y PBC se mantuvo estable en ambos periodos y hubo una disminución significativa consumo de tabaco en mujeres embarazadas.

En relación al tema en el año 2019 Pascale, A., y Laborde, A., quienes realizaron una revisión bibliográfica descriptiva con los objetivos de: actualizar la información científica sobre los efectos del consumo de cannabis y derivados durante el embarazo y la lactancia, reconocer situaciones que impliquen mayor riesgo para la salud materna, fetal y neonatal e identificar vacíos de conocimiento en relación con este tema.

En este sentido los autores examinaron artículos que se encontraron publicados en revistas científicas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2018. La revisión se desarrolló consultando bases de datos tales como PubMed-Medline, Cochrane Library, BVS Biblioteca Virtual en Salud (que incluyó LILACS, SciELO, IBECs), Science Direct, Springer y Scopus. Para buscar los artículos se utilizaron los términos: marihuana, cannabis, cannabinoides, embarazo y lactancia; en idioma inglés y español, siguiendo los Encabezados de Temas Médicos. A tal fin se incluyeron artículos provenientes de estudios de revisión que analizaron los efectos del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia; además de estudios preclínicos y reportes de casos clínicos que evidenciaron una asociación entre el consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia y un efecto tóxico o daño para la salud materna, fetal y del recién nacido.

En los artículos que se relacionaron con los términos: cannabis y embarazo expusieron que el consumo de cannabis se asocia a una mayor prevalencia de anemia durante el embarazo; además de que puede alterar el intercambio placentario y el transporte de nutrientes a través de la placenta generando una mayor prevalencia de recién nacidos con bajo peso que obligan a la hospitalización en unidad de cuidados intensivos.

Así mismo se encontró significancia estadística en aquellos recién nacidos expuestos al consumo de cannabis durante el embarazo, quienes presentaron alteraciones de la agudeza visual, del razonamiento y de la expresión y comprensión verbal, así como de la memoria a corto plazo; siendo mayores las complicaciones a mayor frecuencia de consumo. A estas complicaciones se suman las alteraciones en el comportamiento de niños, niñas y

adolescentes; además de alteraciones las habilidades de lecto-escritura, escalas de impulsividad e hiperactividad y mayor susceptibilidad de infecciones en la vida adulta.

Por otro lado, el consumo de marihuana fumada durante el embarazo genera una alteración en el transporte de oxígeno a través de la placenta lo que puede alterar el aporte transplacentario de nutrientes y aumentar el riesgo de bajo peso al nacer. Así mismo el consumo de esta sustancia se asocia con alteraciones en las funciones ejecutivas, habilidades cognitivas y el nivel académico alcanzado.

En cuanto a los estudios que abordan la asociación del consumo de cannabis durante el periodo de lactancia, han demostrado que los cannabinoides pasan a la leche materna exponiendo a los lactantes al traspaso de la droga por esta vía, lo que aumenta el riesgo de padecer enfermedades neurológicas como depresión de conciencia, disminución del tono muscular, dificultad en la succión y alteraciones del desarrollo motor al año de vida.

Aunado a ello el consumo de marihuana reduce la producción de prolactina, ejerciendo un efecto inhibitor de la lactancia y ocasionando alteraciones en el crecimiento y desarrollo cerebral durante la primera infancia.

En la conclusión los autores exponen que si bien no se ha establecido una asociación lineal entre el consumo de cannabis y los efectos sobre la salud materna y fetal. Si se han encontrado algunas asociaciones que denotan alteraciones metabólicas y neurológicas, siendo específicas las manifestaciones clínicas con las que se presentan.

En función a ello se resalta la variabilidad de factores que se relacionan con el consumo y embraza como son las características demográficas, socioeconómicas, socio ambientales y de salud prenatal. En este sentido los autores manifestaron la necesidad de definir con precisión la variabilidad de la dosis y de la frecuencia de uso para poder determinar la asociación entre estas variables y las alteraciones que se presentan en los niños/niñas.

Con respecto al consumo de marihuana durante el embarazo se ha demostrado en los estudios consultados, que genera alteraciones en salud a largo plazo en los niños hijos de mujeres consumidoras; estimando que, a mayor consumo, mayores son las alteraciones en la salud. Estos datos pueden utilizarse para diseñar estrategias de prevención y promoción.

Por último, otro estudio desarrollado por Villarreal, M et.al., (2019) tuvo el objetivo de: describir y comparar las trayectorias sanitarias de niños expuestos y no expuestos prenatalmente a cocaína y/o cannabis durante 4 años; en niños nacidos entre los años 2009 y 2013 en el Servicio de Neonatología del Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas de La Pampa.

La población estuvo constituida por el grupo de niños expuestos (GE) y el grupo de niños no expuestos (GNE) a cocaína y/o cannabis confirmado a través del resultado positivo en una muestra de orina posparto en la madre y/o el niño; quienes hayan nacido el mismo día o semana que los expuestos.

En este sentido se planteó un estudio de cohorte, retrospectivo y comparativo, realizando la recolección de datos por medio de la técnica de la observación y utilizando como instrumento una base de datos anonimizada diseñada específicamente para volcar los datos recolectados en este estudio. Se tuvieron en cuenta las variables secundarias como consultas, vacunas, internaciones, enfermedades adquiridas, datos socioeconómicos, perinatales y obstétricos, situación familiar/legal y mortalidad del niño y/o del núcleo familiar.

Los resultados arrojaron que la población estuvo conformada por 29 niños/as que pertenecieron al GE y 58 al GNE, de los cuales 16 niños fueron de sexo masculino y 13 de sexo femenino. En el caso del GNE 34 niños de sexo masculino y 24 de sexo femenino.

Con respecto a las drogas detectadas en orina en el GE se identificaron 9 niños con cocaína, 10 con tetrahidrocannabinol, 5 con cocaína y tetrahidrocannabinol y 5 con cocaína con fenciclidina y/o benzodiazepina.

Así mismo se observó que el 55% de las madres reconocieron haber consumido alcohol y/o tabaco en el 93 %, además de haber consumido otras sustancias que fueron detectadas en la orina; no siendo así para el GNE en donde solo se observó que el 21% de las madres reconocieron haber consumido tabaco; determinando diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos: $p < 0,0001$.

Con respecto al estado de salud se observó que los niños/as del GE recibieron menor control pre y pos natal, aumentando las consultas de emergencias en relación con los niños del GNE. En donde se determinó que el 93 % del GE tuvo al menos 1 consulta en emergencias, comparado con el 79 % del GNE; destacándose como principal motivo las complicaciones respiratorias en el 55 % del GE y 26 % del GNE; determinando diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos: $p < 0,001$. Todos los niños tuvieron su plan completo de vacunación a los 4 años.

Por otro lado, el 66% de los niños del GE fueron internados en un Servicio de Pediatría, mientras que en el GNE solo el 35% de los niños pasaron por esta situación; lo cual también determinó diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos: $p = 0,007$. Se destacó que durante los 4 años en que se desarrolló la recolección de datos el 48% de los niños del GE desarrolló algún tipo de enfermedad pulmonar, no existiendo casos en el GNE.

Con respecto a la variable: mortalidad, se observaron 3 muertes violentas en la que estuvieron incluidos 2 progenitores y 1 niño del GE; no observándose muertes en el GNE. En lo que respecta a la situación familiar/legal el 28% de los niños del GE cambiaron de hogar durante los primeros 4 años además de tener, en algunos casos, a uno de los progenitores privados de su libertad e intervención judicial desde el sistema de salud. No se observó ningún tipo de situación en el GNE.

Con respecto a la convivencia a los 4 años solo 17 niños convivieron con su madre, el resto convivieron con otro adulto que no era ninguno de sus progenitores. En tanto en el GNE todos convivieron con alguno de sus progenitores.

En la discusión los autores exponen que las trayectorias sanitarias de los niños al depender de los adultos a cargo, suelen estar atravesadas por los hábitos de consumo de drogas, exponiendo a los mismos a riesgos sociales y familiares que influyen en su crecimiento. Así mismo este hábito también expone a los niños/as a riesgos en la salud ya que se observó menor frecuencia de controles de salud en los niños del GE y mayor frecuencia de consultas de emergencias por complicaciones respiratorias principalmente.

Por otro lado, las mujeres embarazadas que tenían el hábito de consumir drogas ilícitas suelen tener antecedentes de enfermedades mentales y violencia intrafamiliar lo que también influyó en el estado de salud de los niños predisponiéndolos a muertes violentas.

En las conclusiones se destaca la diferencia de complicaciones entre los niños/as del GE y los niños/as del GNE, donde los primeros tuvieron mayor número de consultas de emergencia, además de presentar complicaciones respiratorias, cambios de hogar, situaciones de judicialización y muertes violentas en el seno familiar.

En relación a la problemática expuesta y a los antecedentes explorados, la presente investigación persigue el propósito de utilizar la información recabada que permita ofrecer un marco de referencia al personal de enfermería sobre la temática *Consumos de sustancias durante el embarazo y el nivel de síndrome de abstinencia en el recién nacido*, a los fines de que los mismos puedan reconocer tempranamente si existe o existió consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación, y así planificar actividades de prevención y promoción que sean aplicadas desde la atención primaria en salud destinadas a abordar a las mujeres gestantes. Los resultados se presentarán a las Autoridades de Atención Primaria de la Municipalidad y en el efector que se realizará el estudio para que los datos sean utilizados como estrategias de prevención/promoción e información estadística.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

¿Qué relación existe entre el hábito de consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo por parte de las mujeres y el nivel de síndrome de abstinencia neonatal que presentan los recién nacidos internados en la sala de Neonatología de un Hospital Municipal de Rosario durante los meses de marzo y abril del año 2024?

HIPÓTESIS

Hipótesis 1: El bajo hábito de consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo se relaciona con nivel leve/moderado de S.A.N.en el recién nacido (R.N.)

Hipótesis 2: Las madres con alto hábito de consumo y frecuencia de cocaína provocarán en el recién nacido un nivel de S.A.N. moderado/severo, con respecto a las alteraciones del SNC.

Hipótesis 3: Las madres con alto hábito de consumo de marihuana se vincularán en el R.N. con un nivel de S.A.N. severo, con respecto a las alteraciones gastrointestinales.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la relación que existe entre el hábito de consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo por parte de las mujeres y el nivel de síndrome de abstinencia neonatal que presentan los recién nacidos internados en la sala de Neonatología de un Hospital Municipal de Rosario durante los meses de marzo y abril del año 2024.

Objetivos específicos:

- Identificar el hábito de consumo en relación al deseo de consumo y frecuencia de consumo.
- Describir los problemas de la salud, sociales, legales y económicos que se relacionan con el hábito de consumo bajo, moderado y alto.
- Indicar las actividades diarias que se interrumpieron por causa del consumo.
- Describir la preocupación de la familia o amigos acerca del consumo.
- Detallar los signos que presentan los recién nacidos con alteraciones en el SNC, respiratorias, vegetativas y gastrointestinales.
- Relacionar el tipo de sustancia y frecuencia de consumo con la aparición de alteraciones en el sistema nervioso central, respiratorias, vegetativas y/o gastrointestinales.

MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término DROGA se refiere a toda sustancia que, si se introduce en el organismo, es capaz de modificar una o varias de sus funciones. Se entiende por sustancia a cualquier tipo de componente, principio o materia que por sí sola genera un efecto en el organismo y que por otra parte también puede hallarse y formar parte de los alimentos y/o bebidas. (OMS, 1994)

Desde la medicina el término *droga* se emplea para definir cualquier sustancia o preparado medicamentoso que ocasione un efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. En tanto que, desde el punto de vista legal se circunscribe a toda sustancia psicoactiva que genere daño al consumidor y a la sociedad, ya que pueden alterar el comportamiento de las personas que las consumen.

Por otra parte, desde el posicionamiento legal se entiende por droga a cualquier sustancia que se encuentre prohibida para la adquisición y consumo. Aquí corresponde que se mencione que la adquisición es a menudo con fines recreativos ocasionando cambios en el estado de ánimo y la conducta. En este sentido, se consideran dos tipos de drogas; las de curso legal como el alcohol, tabaco y psicofármacos e ilegal como la marihuana (cannabis), cocaína y drogas sintéticas. (Ministerio de Salud, 2022)

Es preciso que se mencione que aun teniendo en cuenta las diferencias jurídicas, todas las drogas son sustancias psicoactivas que se diferencian en función de sus características, efectos sobre el organismo, modalidades de consumo, circuitos de distribución, legalidad o ilegalidad, y que pueden producir alteraciones en el sistema nervioso central (SNC) modificando la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo.

En relación a ello las sustancias psicoactivas se clasifican en: Drogas depresoras: enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central, disminuyendo la concentración y la atención; además de provocar sensación de relajación, bienestar, apatía y adormecimiento; Drogas estimulantes: aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, provocando euforia, desinhibición, incapacidad para controlar las emociones, irritabilidad, agresividad, insomnio y excitación psicomotriz; y Drogas alucinógenas: se caracterizan por producir distorsiones de la realidad, afectando gravemente el estado de ánimo y la capacidad de pensar: pudiendo ocasionar graves consecuencias a nivel físico, psicológico y social por su gran capacidad de generar dependencia descontrolada. (Ministerio de Salud, 2022)

Con respecto a las características del consumo, resulta importante que se mencionen las diferencias que existen en cuanto a uso, abuso, dependencia y adicción a una droga. Esta discriminación de conceptos tiene que ver más con la persona que consume, que con la droga en sí misma. (Ministerio de Salud, 2022)

En este sentido el término USO, hace referencia al consumo esporádico, por lo que no forma parte de una actividad sustancial de la persona y por consiguiente no produce daño

físico, psicológico, social, laboral y/o familiar. Este tipo de consumo se discrimina como “uso responsable”, es decir, la persona tiene capacidad de autogestionar que sustancia va a consumir, cómo y cuándo; ejerciendo control sobre ella. De aquí se desprende el concepto “uso recreativo”, que hace referencia al consumo de una droga en determinados contextos sociales para obtener una sensación de relajación y esparcimiento, sin ocasionar daño alguno y teniendo el sujeto la capacidad de poder medir la cantidad y frecuencia de la droga que consume. (Ministerio de Salud, 2022)

Por otra parte, ABUSO alude al aumento de cantidad y frecuencia de consumo, esto se debe a que la droga cumple una función en la persona que consume como relajación, euforia, aumento de productividad; entre otras. Aquí el consumo se considera problemático, ya que genera dependencia para percibir los estados de ánimo deseados, siendo el sujeto incapaz de hacerlo por sí mismo, generando alteraciones en el comportamiento y afectando la esfera social, familiar, laboral, psicológica y física; y requiriendo asistencia profesional para poder controlar su consumo.

Pasada esta etapa si la persona no puede controlarse y no acude a la ayuda especializada, el nivel de consumo continúa aumentando en cantidad y frecuencia pasando así a la DEPENDENCIA, etapa caracterizada por el hábito de consumo que tiene la persona para poder desarrollar sus actividades cotidianas y que sin la sustancia no puede lograrlo.

Este estado de dependencia puede ser físico, psicológico o ambos, donde la persona no puede controlar su consumo llegando a perder vínculos sociales, familiares, laborales por su estado de toxicidad producto del consumo excesivo. Pasada esta etapa y continuando con el aumento del consumo la persona vivencia un estado de *adicción*, que se corresponde con un problema de salud grave, debido a que ya no puede vivir sin consumir a pesar de que pueda percibir las alteraciones que tiene en su vida como producto de la adicción.

En esta etapa el consumo se genera como consecuencia de los malestares físicos y psicológicos que se perciben en los momentos de ausencia de la sustancia psicoactiva en el organismo. Aquí todo lo que formaba parte de la vida normal de la persona: social, familiar, laboral; está deteriorada y/o incluso perdido. En función a ello el abordaje profesional se debe concentrar en una intervención multidisciplinar que se centralice primeramente en la desintoxicación y estabilidad de los valores clínicos de la persona para luego poder trabajar en la reinserción social, familiar y laboral; siendo un proceso en el que el tiempo y tratamiento variará según la persona, tipo de droga consumida, tiempo de consumo y, deterioro físico y psicológico.

Esta conceptualización de las características del consumo resulta relevante a la hora de analizar los efectos de las sustancias psicoactivas sobre el binomio madre gestante – feto, en donde se debe tener presente que independientemente del tipo de consumo que se tenga sobre la droga la mayoría de ellas atraviesan la placenta ocasionando alteraciones en el

desarrollo del feto que se relacionan con un efecto teratogénico; término que hace referencia a la presencia de malformaciones congénitas que pueden conducir a la muerte fetal.

Actualmente frente a la presencia de una madre gestante con sospecha de consumo de drogas se aplican pruebas de detección de consumo de sustancias siendo la más utilizada la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST, por las siglas en inglés de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Esta prueba fue desarrollada bajo la supervisión de la Organización Mundial de la Salud para ayudar a identificar el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas, debido a los riesgos que representan para la salud en el binomio madre gestante – feto.

En este sentido el consumo de *tabaco* por parte de las mujeres embarazadas se asocia a un mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, parto prematuro, rotura prematura de membranas, placenta previa, estados de hiper coagulabilidad con mayor riesgo de trombosis, restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, bebés con bajo peso al nacer y muerte fetal intrauterina.

Así mismo luego del nacimiento, los bebés hijos de madres consumidoras de tabaco suelen presentar complicaciones respiratorias llegando a desencadenar en una muerte súbita e inesperada del lactante.

Por otro lado, el consumo de *alcohol* durante el periodo gestacional puede ocasionar el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal, el cual abarca desde el Síndrome Alcohólico Fetal hasta los defectos congénitos y anomalías del desarrollo neurológico pudiendo generar muerte fetal.

Estas alteraciones se producen como consecuencia de que el alcohol atraviesa la placenta aumentando el riesgo de generar daños en el cerebro y otros órganos del feto; además de producir partos prematuros, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y abortos espontáneos. Se suma a esto que los niños expuestos al alcohol durante el periodo gestacional suelen presentar una variedad de problemas del desarrollo, cognitivos y de comportamiento que pueden perdurar toda la vida.

Así mismo, resulta preciso mencionar que el riesgo de las alteraciones va a depender del periodo gestacional, del patrón de consumo y de los factores propios de la madre gestante. Aun así, se debe tener presente que ningún periodo gestacional queda exento de riesgos frente al consumo de alcohol; siendo el primer trimestre el más expuesto a las malformaciones físicas y faciales y el segundo y tercer trimestre a los problemas funcionales, sensoriales, de crecimiento y de retraso mental.

Con respecto al diagnóstico del Síndrome Alcohólico Fetal el mismo se llega a identificar a partir de cuatro indicadores excluyentes siendo éstos: el dimorfismo facial característico de

éste síndrome que incluye la falta de surco naso-labial, labio superior fino y apariencia de ojos separados; además de presentar una restricción del crecimiento intrauterino y extrauterino, y padecer anomalías morfológicas y funcionales del neurodesarrollo en el SNC. (Ministerio de Salud, 2022)

En cuanto al consumo de *cannabis (marihuana)* en el periodo gestacional el mismo se relaciona con la presencia de anemia en la madre gestante. En el caso de los neonatos los riesgos incluyen bajo peso al nacer, alteraciones en el desarrollo del cerebro, presencia de temblores constantes y llanto agudo. Del mismo modo, los niños hijos de madres consumidoras de cannabis suelen presentar problemas para memorizar y prestar atención, además de presentar dificultades para la resolución de problemas. (Ministerio de Salud, 2022); (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011)

En relación con el consumo de *cocaína* al ser una droga estimulante las alteraciones se centran en los problemas de salud mental por sobre los físicos. Debido a que la cocaína tiene un efecto inicial casi instantáneo que decae rápidamente, el consumo se vuelve repetitivo en un corto período de tiempo para poder mantener el efecto que esta droga genera.

Esta repetición del consumo produce una dependencia psicológica que conlleva, en muchas ocasiones, a la dependencia y adicción de la droga.

La cocaína se presenta en diferentes formas para su consumo como, por ejemplo: los preparados fumables que se conocen con el nombre de *crack*, base libre y pasta base o *paco*; preparados para ser inhalados y preparados para ser inyectados por vía endovenosa.

En el caso de consumo por parte de madres gestantes, resulta relevante que se conozca que la cocaína también es una droga que atraviesa la placenta en donde se metaboliza y aumenta el riesgo de generar malformaciones congénitas, infarto cerebral fetal, convulsiones y/o disminución del perímetro craneal. Así mismo las madres gestantes consumidoras de cocaína tienen riesgo de registrar crisis hipertensivas como así también presentar episodios de preeclampsia o eclampsia.

En cuanto al consumo de *anfetaminas* también son drogas que estimulan el sistema nervioso central ocasionando efectos alucinógenos. Dentro de este grupo de drogas se incluyen la anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y el éxtasis; siendo una droga que produce efectos similares a los de la cocaína. (Ministerio de Salud, 2022); (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Con respecto al éxtasis, su consumo puede ocasionar trastornos psicológicos y físicos pudiéndose observar lesiones en las células cerebrales y riesgo de malnutrición. Así mismo el consumo frecuente de esta droga suele desencadenar problemas interpersonales, familiares, económicos y laborales debido a los cambios en el estado de ánimo que sufre la persona que la consume.

Durante el periodo gestacional el consumo de anfetaminas suele relacionarse con

mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, anomalías cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, hipertensión arterial, desprendimiento de placenta y muerte fetal intrauterina. (Ministerio de Salud, 2022); (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Otra droga que se detecta durante el periodo gestacional son los *inhalantes*. Dichas drogas hacen referencia a todas las sustancias que pueden consumirse a través de la “respiración” debido a que son volátiles como, por ejemplo: gasolina, solventes para pinturas, aerosoles, lacas que contienen benzina y pegamentos o disolventes que contienen tolueno. (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011); (Pérez - López, 2002)

Estas sustancias suelen colocarse en un recipiente o bolsa de plástico y a través de la inhalación son consumidas provocando rinitis, nistagmos, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, diarrea, desorientación, alucinaciones, debilidad muscular y temblores; en dosis muy elevadas suelen causar un estado de coma e incluso la muerte por infarto agudo de miocardio.

En cuanto al consumo de este tipo de sustancias durante el embarazo, el mismo se relaciona con el riesgo de abortos espontáneos, malformaciones fetales cerebrales, alteraciones neurológicas y presencia de hendidura palatina. (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011); (Pérez - López, 2002)

Por otro lado, el consumo de *benzodiazepinas* también es un tipo de drogas que suele detectarse en las mujeres embarazadas. Este grupo abarca a todos los fármacos recetados que actúan como sedantes y ansiolíticos que son utilizados para dormir, controlar estados ansiosos, tratar alteraciones en el estado de ánimo, estados de traumas o procedimientos quirúrgicos, controlar la abstinencia de sustancias específicas y episodios de convulsiones.

Entre los más conocidos se encuentran el diazepam, temazepam, alprazolam, clonazepam, flunitrazepam, zolpidem, midazolam y fenobarbitona, si bien, son drogas que en principio se consumen por indicación médica; debido a que atraviesan la barrera placentaria no deberían ser indicadas durante el embarazo, salvo que las condiciones clínicas de la mujer gestante así lo requieran. El consumo de este tipo de fármacos aumenta el riesgo de depresión fetal llegando a extenderse hasta después del nacimiento, en donde se observan bebés con cuadros de letargos, hipotonía y dificultad para alimentarse, aunado a la posibilidad de presentarse un síndrome de abstinencia neonatal si el bebé fue expuesto en forma crónica al consumo de benzodiazepinas. (Ministerio de Salud, 2022); (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011)

En cuanto a los *alucinógenos* son drogas que alteran la percepción de la persona que la consume distorsionando su realidad, ya que afecta uno o varios de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto). Estas drogas no solo alteran la realidad de la persona, sino también pueden causar distorsiones en los procesos cognitivos, en el sentido del tiempo y en el estado

conciencia y/o ánimo. Dentro del grupo de sustancias que se engloba en esta categoría se encuentran la psilocina (hongos psicotrópicos) y la mescalina como alucinógenos naturales; en tanto la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), la ketamina y la fenciclidina (PCP) son alucinógenos sintéticos. El consumo despierta vivencias especiales que se denominan *Trip* (viaje), las cuales se acompañan de distorsiones temporoespaciales asociadas a colores muy vivos y distorsiones perceptivas, auditivas y cenestésicas; pueden acompañarse de oscilaciones en el estado del humor, crisis de despersonalización, trastornos agudos de ansiedad y/o pánico. Estas reacciones suelen ser agudas a causa de la intoxicación que generan este tipo de sustancias y durante el embarazo pueden desencadenar daños físicos y psíquicos tanto en la madre como en el feto, así como también mayor riesgo de abortos espontáneos e incidencia de anomalías congénitas oculares y del sistema nervioso central. (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011); (Pérez - López, 2002)

Con respecto a los *opioides* se trata de agentes de origen natural o sintético que deprimen el sistema nervioso central y que se pueden obtener en forma ilegal tal es el caso de la heroína y el opio, o legal por medio de una receta médica, aquí se encuentran la morfina, codeína, metadona, buprenorfina, petidina (meperidina), dextropropoxifeno y oxycodone. Estos últimos suelen ser indicados para el tratamiento del dolor o en algunos casos para lograr un estado de sedación.

En el caso de la heroína, el cual se trata de uno de los opioides ilegales más consumidos por su gran capacidad adictiva e intensa dependencia psicofísica; su efecto tiene una duración de entre tres a cinco horas y comparado con la morfina, tiene el doble de efecto siendo más rápida su acción. Entre los efectos que produce se incluyen la sensación de placer seguida de un cuadro de euforia, dificultad para la concentración, reducción de la sensación de dolor, náuseas, vómitos, hipoglucemia e hipotermia. Ante la presencia de una sobredosis se reduce la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂ y aparece un cuadro de hipoxia que suele inhibir el control involuntario del ritmo respiratorio causando depresión respiratoria y muerte. (Ministerio de Salud, 2022); (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011); (Pérez - López, 2002)

En relación a los opioides que se consumen por indicación médica se recomienda precaución a la hora de tratar a una mujer gestante con este tipo de sustancias porque su acción sobre el sistema nervioso central afecta a varios órganos aumentando el riesgo de abortos espontáneos, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria, retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, aspiración de meconio, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal (SAN) post. parto el cual se desarrolla en las primeras 72 horas de vida del neonato, síndrome de muerte súbita infantil, hemorragia intracraneal, trastornos bioquímicos y alto riesgo de sepsis. Los efectos en la madre gestante incluyen

riesgo de sobredosis, aparición de deficiencias vitamínicas, cuadros de anemia ferropénica, anemia por deficiencia de ácido fólico, diabetes gestacional, preeclampsia y eclampsia. (Ministerio de Salud, 2022); (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011); (Pérez - López, 2002)

En lo que respecta al consumo de *otras drogas* en las mismas se engloban a todas aquellas sustancias que no se encuentran en ninguna de las categorías anteriormente mencionadas como por ejemplo la cafeína y la gamahidroxibutirato (GHB).

Esta última se utiliza como una droga recreativa ya que los efectos son similares a los que produce el consumo de alcohol y benzodiazepinas con propiedades sedantes y amnésicas. Entre los efectos nocivos que caracterizan el consumo de GHB se incluyen cuadros de ansiedad, insomnio, temblores, sudoración, agitación, confusión, psicosis y delirium tremens; siendo una droga que en sus principios se utilizaba con fines anestésicos la cual se fue prohibiendo en muchos países por el abuso y dependencia que genera.

En relación con el consumo de cafeína durante el embarazo la OMS recomienda que las mujeres en periodo gestacional disminuyan su consumo debido a que dicha sustancia se elimina en forma más lenta durante el periodo mencionado pudiendo generar problemas de crecimiento, bajo peso al nacer, parto prematuro o muerte intrauterina ante el consumo excesivo. Así mismo, la cafeína al ser un estimulante con efectos diuréticos puede ocasionar aumento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco, al mismo tiempo aumenta la diuresis con la consecuente disminución de fluidos corporales que conlleva a un cuadro de deshidratación. (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, 2011); (Sant Joan de Déu, 2019)

De lo anteriormente expuesto y si se tiene presente que el consumo de drogas en el periodo gestacional es una problemática que se deberá abordar por medio del diseño de estrategias que abarquen la esfera individual, social y ambiental de la mujer gestante para trabajar en la prevención y promoción enfocándose en la reducción de los factores de riesgo que conllevan al consumo; es que se han delimitado diferentes niveles de prevención que cumplen la función de intervenir en la problemática según cada caso particular siendo éstos: prevención primaria, secundaria y terciaria: en donde la Prevención Primaria se refiere al tipo de intervención que se realiza como “prevención” propiamente dicha, en donde se aborda a las mujeres en su totalidad para ser incluidas en programas de promoción de la salud con respecto al consumo de drogas e intentar impedir que se pase de un consumo ocasional a problemático.

En la Prevención Secundaria se busca abordar a la mujer gestante en la etapa aguda del consumo para asistir en el tratamiento que se realiza a los fines de minimizar los riesgos que conlleva el consumo en sí mismo.

Con respecto al programa de Prevención Terciaria, la misma se enfoca en la

rehabilitación de la mujer gestante para evitar que vuelva al hábito de consumo. (Chávez, et.al., 2017)

Por otro lado, existen programas dentro de los cuales se encuentra: El programa de Prevención Específica que busca generar acciones que se centren en el abordaje particular de la droga que consume la mujer gestante, para trabajar en los efectos nocivos que produce la misma junto con los factores de riesgo físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Mientras que en el programa de Prevención Inespecífica se aborda la problemática en general, diseñando intervenciones que trabajen en el desarrollo de nuevas actitudes y hábitos de vida saludables. Estos dos tipos de prevención van de la mano en una misma intervención, retroalimentándose una con otra.

También se encuentra la Prevención Universal selectiva e indicada; que abarca a todos los programas que se diseñan para abordar una problemática en particular y en una población específica. En este caso, las madres gestantes que consumen drogas lícitas y/o ilícitas; en función a ello los programas están diseñados para impedir o controlar el consumo de sustancias psicoactivas.

Con respecto a la Prevención Selectiva, la misma se aboca a un subgrupo poblacional específico que consume algún tipo de sustancia psicoactiva que pone en riesgo físico, psicológico, social y/o ambiental. Con relación a ello las intervenciones se diseñan y se desarrollan para esta población en particular. (Ministerio de Salud, 2022)

En tanto que la Prevención Indicada se centra en aquellas personas que se encuentran expuestas al consumo de sustancias psicoactivas pero que aún no han llegado al estado de dependencia y adicción. Para lo cual los programas se diseñan con el fin de detener la progresión del consumo a estados avanzados.

Por su parte, la Prevención Integral abarca programas que abordan a las mujeres embarazadas que consumen drogas lícitas y/o ilícitas desde una mirada integral; desarrollando intervenciones que tengan en cuenta el entorno social y ambiental donde se desenvuelve la misma, su situación socioeconómica, la edad, creencias religiosas, los factores que la vulneran como persona/mujer, factores de riesgos dentro de los cuales se encuentra expuesta, los canales de comunicación con que cuenta para acceder al sistema sanitario y todos aquellos componentes que formen parte de su diario vivir. En otras palabras, son programas individualizados, que salen del estándar poblacional ya que se adaptan a las necesidades propias de cada mujer. (Ministerio de Salud, 2022)

Así mismo, existen distintos modelos de abordaje preventivo/asistencial que se utilizan para analizar y actuar en situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas entre los que se incluyen: el Modelo ético-jurídico: es una estrategia que tiene como fin el poder disminuir la oferta de sustancias ilegales mediante la penalización tanto de las personas que las distribuyen, como de las personas que las consumen. De esta manera se busca controlar la

circulación libre de aquellas drogas que son consideradas ilegales.

En tanto el Modelo médico-sanitarista: incluye a todas las personas adictas a drogas legales e ilegales como “víctimas” de un entorno no saludable. Interviene desde una mirada sanitaria, ya que identifica a la droga como un agente patógeno que enferma el organismo y que se necesita realizar un tratamiento interdisciplinar para lograr una curación permanente.

Por otro lado, el Modelo psico-social: se centra en la persona en función a la relación que tiene con la droga que consume, ya sea legal o ilegal, a fines de poder lograr en la misma un cambio de actitud frente al consumo y la adquisición de hábitos saludables. Entre las estrategias que se utilizan se incluyen el reforzar las relaciones sociales y familiares como así también, trabajar en el entorno en el cual se encuentra inserta. (Ministerio de Salud, 2022)

En el Modelo sociocultural: la estrategia interviene en el entorno en el cual se desenvuelve la persona consumidora de drogas tanto legales como ilegales, para determinar qué factores culturales y sociales la incitan en el hábito de consumo y poder operar en dichos factores para lograr la recuperación.

En tanto en el Modelo ético-social: se incluye la triada sustancia-persona-contexto para lograr establecer qué motivos tiene la persona para consumir la o las sustancias; al mismo tiempo que se indaga e interviene sobre qué sentido tiene de la vida y la posibilidad de co-crear un proyecto que la motive a recuperarse.

Por último, el Modelo de abordaje integral comunitario: se centra en el abordaje multidimensional en donde se tiene en cuenta los procesos subjetivos de la persona consumidora; aunado a relacionar los mismos con el tipo de sustancia que consume y el contexto socio - ambiental en el cual se desenvuelve.

Estos abordajes utilizados en la etapa prenatal cumplen la función primordial de disminuir la incidencia de adicción en las madres que cursan embarazos y consumen drogas legales y/o ilegales debido a los daños que se pueden generar en el feto y en los niños recién nacidos, dentro de ellos se incluye el síndrome de abstinencia neonatal (SAN).

El término SAN hace referencia a un conjunto de signos y síntomas que se manifiestan en el comportamiento del recién nacido/a hijo/a de madre consumidora de drogas. Este síndrome aparece como consecuencia de la interrupción abrupta que sufre el neonato de la sustancia a la cual se encontraba expuesto durante el periodo de gestación desencadenando manifestaciones que involucran el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema gastrointestinal. (Ministerio de Salud, 2022)

Entre las manifestaciones clínicas que afectan al sistema nervioso central y autónomo se incluyen: irritabilidad, nerviosismo, temblores, llanto excesivo, congestión nasal, estornudos excesivos, aleteo nasal, taquicardia, taquipnea, hipotermia o hipertermia, sudoración excesiva, temblores, dificultad para dormir, reflejo de moro exagerado, hipertonia, mioclonías y en casos muy graves se pueden desencadenar convulsiones.

Por otra parte, entre las manifestaciones que afectan al sistema gastrointestinal pueden observarse dificultad para alimentarse, regurgitación, vómitos y diarrea. (Anbalagan y Méndez, 2023); (Palla et.al., 2019)

Además, resulta preciso aclarar que el tipo de droga consumida, cantidad y frecuencia, propiedades farmacológicas, duración a la exposición y capacidad de traspaso de la sustancia por la placenta, determinarán el inicio, duración y gravedad del síndrome.

El SAN que se manifiesta por abstinencia a la heroína suele presentarse durante las primeras 24hs de nacido. En tanto, por abstinencia a la Buprenorfina y la Metadona suele presentarse en el transcurso de las 72hs post. nacimiento. Si la misma se corresponde con opioide puede tardar hasta cinco días en manifestarse y hasta siete días en el caso de la abstinencia a los sedantes.

Por otro lado, los signos clínicos que pueden indicar la presencia de un SAN se corresponden con el resultado de análisis minucioso de la historia clínica de la madre y su grupo familiar, además de un examen clínico del neonato aunado a las pruebas biológicas en especial de orina, sangre del cordón umbilical y/o meconio. (Anbalagan y Méndez, 2023)

Así mismo, existen herramientas de evaluación no invasivas como la Escala de Finnegan, que facilita el poder valorar al recién nacido que cursa un episodio de abstinencia y orienta el tratamiento a seguir según la puntuación que arroje la misma.

En función de ello, la valoración se desarrolla después que el niño/a se alimenta y con intervalos de 3 a 4 horas durante los periodos de vigilia, para determinar la gravedad de los signos y orientar el tratamiento, el cual puede ser no farmacológico o farmacológico. (Anbalagan y Méndez, 2023)

El tratamiento no farmacológico tiene el fin de controlar al SAN al mismo tiempo que mantiene estable las funciones vitales del recién nacido promoviendo un desarrollo integral; además de favorecer el vínculo materno, prevenir complicaciones y educar a la madre y su grupo familiar en los cuidados que deben proporcionar cuando el niño/a presenta algún signo propio de la abstinencia. Aquí el tratamiento consiste en el acondicionamiento del ambiente físico para disminuir los estímulos visuales, auditivos y sensitivos; buscando oscurecer la habitación, silenciar los ruidos al máximo posible, manipular al bebé con movimientos suaves, evitar despertarlo cuando descansa y favorecer la lactancia a demanda; excepto que esté contraindicada. Así mismo, si la madre está en condiciones saludables resulta recomendable que acompañe al bebé durante el proceso de hospitalización y favorecer el contacto piel con piel, ya que este método contribuye a calmar al bebé y promueve la externación en forma temprana. Con el fin de valorar si el tratamiento no farmacológico resulta adecuado se deben tomar como indicadores que el niño/a logre mantener ciclos rítmicos de alimentación y descanso; además de controlar el aumento ponderal. (Anbalagan y Méndez, 2023); (Ministerio de Salud, 2022)

Con respecto al tratamiento farmacológico el mismo se inicia cuando las puntuaciones de la Escala de Finnegan son mayores a 8 puntos en 3 determinaciones separadas por 2 horas. Se aplica con el fin de aliviar los signos moderados o graves y debe ser acompañado por el tratamiento no farmacológico. Los fármacos de elección son la solución de morfina o metadona por vía oral. Si se utiliza la solución de morfina, ésta debe ser administrada cada 3 o 4 horas debido a que es un fármaco de corta vida media; en tanto que la metadona tiene una vida más prolongada, 25 a 32 horas, proporcionando una concentración sanguínea más estable, por lo cual suele estar indicada su administración cada 12 horas.

Una vez realizado el tratamiento y compensado al neonato, se comienza a planificar la externación, para lo cual se debe recurrir a un equipo interdisciplinario que pueda identificar que cuidados necesitará el bebé y el tiempo estimado de los mismos. En este sentido, se debe apelar a la educación del grupo familiar y programar con ellos una visita al hogar que deberá ser coordinada con el servicio de asistencia social del efector; de manera tal de acompañar a la madre y su grupo familiar primario para acondicionar el espacio en donde descansará el bebé; y luego se deberán programar visitas para valorar el neurodesarrollo del bebé, a los fines de poder identificar en forma temprana si se manifiestan signos de déficits motores y/o cognitivos, además se podrá evaluar el entorno familiar para que se puedan identificar cualquier tipo de abuso o consumo de sustancias. (Ministerio de Salud, 2022)

Así mismo, se debe instruir a la madre/padre o tutor para que ellos programen visitas con el equipo de salud que estará a cargo de realizar las evaluaciones psicoconductuales en el neonato, las cuales permitirán identificar signos tempranos de hiperactividad e impulsividad. También se deben llevar a cabo estudios oftalmológicos para detectar nistagmo, estrabismo, errores de refracción y otros defectos visuales. De la misma manera se deberán realizar valoraciones nutricionales que impliquen el control del peso y talla.

Por último, es preciso se mencione que, inmediatamente identificado el SAN y durante el proceso de acompañamiento se deben diseñar y desarrollar acciones de abordaje psicosocial para las madres. Las cuales se centrarán en el tratamiento de la culpa que suelen sentir por su adicción y fundamentalmente porque sienten falta de control sobre sus vidas.

Por otra parte, se deberá generar un vínculo de confianza que refuerce la relación con el sistema de salud, ya que a menudo se aíslan por desconfianza y/o los sentimientos ya mencionados. (Ministerio de Salud, 2022)

De este modo el abordaje deberá ser integral, abarcando la atención de salud tanto de la madre como de su bebé. De la misma manera la educación deberá ser extendida hacia el grupo cercano al binomio (madre-hijo) Se realizará una planificación familiar acorde a las necesidades particulares de cada caso y se brindará asesoramiento, además del ya mencionado acompañamiento en aquellas situaciones donde se presente casos de violencia infantil y/o de género.

Por otro lado, se debe trabajar en la inserción laboral de la madre sin empleo, colaborando y coordinando con distintos sectores de servicios sociales, como así también se promoverá la capacitación continua si en aquellos casos que lo requieran.

Aquí También resultaría conveniente programar visitas regulares al domicilio, y que se brinde la posibilidad de sostener un contacto telefónico permanente con la madre y su grupo conviviente, para que se puedan detectar situaciones críticas que impliquen la intervención del equipo de salud.

Es adecuado se mencione que la rehabilitación posparto en madres con hábitos de consumo problemático resulta difícil. Esto se debe a la gran cantidad de cambios que se producen en la vida de una mujer que acaba de ser madre. Por lo cual es relevante que se favorezca el contacto permanente hasta su recuperación total. (Ministerio de Salud, 2022)

En virtud de lo expuesto, se hace preciso mencionar a Joyce Traveibee, enfermera que desarrolló el Modelo de relaciones entre seres humanos. En él apela a que el cuidado de enfermería se centralice en la empatía, compasión, transferencia y los aspectos emocionales; donde se resalta que la compasión es un sentimiento que debe estar siempre presente en la atención holística que realiza la enfermera. Así mismo, este modelo apela a la atención de la persona enfermera conjuntamente con su grupo familiar para de que, de ésta manera, se los ayude a enfrentar las experiencias negativas que conlleva el proceso de la enfermedad. Para ello, la teórica plantea un grupo de fases que forman parte de la relación que se establece entre la persona enferma – la enfermera – grupo familiar o cercano, en donde se destaca que la relación comienza con *el encuentro original* que tiene que ver con los sentimientos y percepciones que surgen en el primer momento que la enfermera tiene contacto con el paciente. Estas primeras sensaciones van a despertar comportamientos y reacciones que determinarán el patrón de relación que va a existir a partir de allí.

Pasada esta etapa, le sigue la fase de “la emergencia de identidades” que se destaca por el establecimiento de un enlace entre ambas partes persona enferma - grupo familiar o cercano y enfermera. En relación con ello todas las personas involucradas comienzan a percibirse como seres únicos e irrepetibles, para lo cual cada uno establece su propia identidad ante esa nueva relación que se está co-creando. Una vez que se establecen las identidades de todos los involucrados en el proceso salud – enfermedad se debe comenzar a desarrollar la fase de *la empatía* que interviene en la relación con el deseo de comprender o entender a la otra persona para ayudar a trascender los momentos de sufrimiento y/o dolor. En función a ello se despierta la fase de “la simpatía” que se refiere a la habilidad de simpatizar entre las personas que establecen la relación. Esta habilidad cumple con la función de aliviar el estrés que siente la persona enferma y su grupo familiar o cercano por medio del desarrollo de acciones genuinas donde se demuestre la preocupación por la situación de salud que se atraviesa y el compromiso de ayudar a resolver los sentimientos de sensibilidad y afectación

que surgen por las emociones que despiertan las acciones.

Mediante el desarrollo concatenado de todas estas fases se establece *el rapport* que resulta una experiencia de comunicación verbal y no verbal para reforzar la relación creada entre la enfermera y la persona enferma junto con su grupo familiar o cercano. Esta experiencia se caracteriza por la sintonía psicológica y emocional que se desarrolla entre las personas involucradas en la comunicación. Esto resulta esencial para abordar exitosamente la etapa de rehabilitación en madres con hábitos de consumo problemático. (Alligood & Marriner – Tomey, 2011); (Salazar – Maya & Martínez de Acosta, 2008)

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio con enfoque cuantitativo; de tipo observacional, analítico, transversal y prospectivo.

El enfoque de este estudio será *cuantitativo* debido a que los resultados serán representados por medio del uso de signos numéricos de manera tal, que los mismos permitan responder a las hipótesis planteadas.

En tanto se planteará un estudio *observacional* ya que las variables serán estudiadas tal y como ocurren naturalmente, sin realizar ningún tipo de intervención por parte de la autora.

En relación a las hipótesis planteadas se recurrirá a un estudio *analítico*, a los fines de poder analizar la relación que existe entre las variables de estudio y así poder dar respuesta a las hipótesis planteadas.

En función a ello se plantea que el estudio sea *transversal*, ya que se realizará una única medición en cada una de las participantes durante los meses de marzo y abril del año 2024.

En cuanto a la recolección de datos, la misma se desarrollará en forma *prospectiva*, ya que se recolectará la información a medida que vayan transcurriendo los hechos. (Hernández – Sampieri, et.al., 2010)

Sitio y contexto de la investigación

La presente investigación se desarrollará en una sala de neonatología perteneciente a un Institución cita en la ciudad de Rosario. Dicha institución es gestionada por la municipalidad de Rosario y pertenece al segundo nivel de complejidad; brindando atención materno-infantil a la población que no cuenta con obras sociales, sindicales o pre pagas.

Dentro de las prestaciones que brinda se incluyen el control y atención de mujeres embarazadas con patologías, parto, post-parto y cuidado del recién nacido; además de realizar prestaciones quirúrgicas derivadas de la red provincial ya que esta institución forma parte de la misma.

A fin de asegurar que la sala de neonatología será el lugar adecuado para realizar la investigación, se llevó a cabo una guía de convalidación de sitio que permitió conocer la accesibilidad al mismo, la presencia de las variables de estudio y la disponibilidad de la población a estudiar. A tal fin se presentan los resultados de la misma.

Descripción del contexto de estudio

Con el fin de poder planificar el desarrollo de la investigación se recurrió a una autoridad competente de la institución para que autorice por escrito la realización de un estudio exploratorio, el cual tuvo como objetivo poder recabar toda la información necesaria que facilite

la toma de decisiones en el marco de esta planificación a través de la aplicación del primer control de validez interna. Para ello se presentó una nota emitida por la cátedra la cual fue firmada por el jefe de la sala de neonatología y a partir de ese momento, por medio de la entrevista al mismo, se recabo la siguiente información:

Con respecto a la planta física del servicio de neonatología, al ingresar al mismo hay un espacio que funciona como un ante sala la cual se utiliza como sala de espera, luego se encuentra la guardia que tiene una incubadora destinada a brindar la atención de urgencia en donde se resuelve el motivo de consulta y el bebé se va de alta o de lo contrario queda internado en la sala. En esta área se destina un enfermero para brindar la atención y en el caso de que no haya ingresado ningún paciente, el mismo colabora en la sala.

Al lado de la guardia se encuentra el desayunador, que es un espacio destinado para que el personal de la sala pueda descansar e ingerir sus alimentos; y el lactario que es propio de la sala con personal a cargo del mismo el cual se encarga de preparar y organizar las leches para luego dejarlas en la heladera del office de enfermería.

Luego le sigue el sector de atención médica de bajo riesgo y seguido a éste espacio, se encuentra el sector de atención médica de mediana y alta complejidad; ambos sectores separados por el office de enfermería.

Con respecto a los registros de hábitos de consumo por parte de las madres y los signos que presentan los recién nacidos, los datos tanto maternos como de los propios neonatos quedan asentados en la historia clínica de cada uno de ellos; incluso se les adosa la escala de Finnegan la cual es cumplimentada todos los días en todos los turnos hasta que el bebé se va de alta. Con estos registros se conocen cuáles son las drogas de mayor consumo por parte de las madres y los signos de abstinencia neonatal que presentan los neonatos hospitalizados.

En cuanto al personal de enfermería que podría colaborar en la recolección de datos, la jefatura del servicio referencio a seis personas que se encuentran a su cargo y que estarían dispuestas a colaborar con la investigación.

En relación a la cantidad de unidades de internación con que cuenta la sala de neonatología, la misma tiene una dotación de 30 unidades en total, de las cuales 24 de ellas son incubadoras y se encuentran ubicadas en el sector de mediana y alta complejidad y 6 de ellas son cunas y se ubican en el sector de baja complejidad. Cada unidad del paciente contiene un panel de aspiración y picos para conectar cualquier dispositivo de oxígeno, además de un espacio para colocar los elementos personales de cada bebé.

En cuanto al sector de bajo riesgo, el mismo está destinado para los bebés que están en recuperación como, por ejemplo; recién nacidos pre-término que han nacido sin complicaciones pero que se quedan para recuperación nutricional o recuperación de peso;

bebés que están para controles metabólicos, bebés con inconvenientes en la succión o en tratamiento con retrovirales por ser hijo/a de madres con HIV; siendo los más frecuentes.

En el sector de mediana y alta complejidad se hospitalizan bebés nacidos pré-término que presentan complicaciones metabólicas y/o bronquiales que requieren administración constante de oxígeno o estar conectados a un respirador. También se internan bebés que se encuentran cursando un post operatorio inmediato o mediato; entre las hospitalizaciones más frecuentes.

Con respecto a los ingresos y egresos que tiene la sala de neonatología en el mes de marzo se registraron 23 ingresos y 8 egresos, con un giro cama de 0,26 y un porcentaje ocupacional de 91,4%; en tanto en el mes de abril se registraron 20 ingresos y 11 egresos, con un giro cama de 0,36 y un porcentaje ocupacional de 91,2%. Estos datos fueron extraídos del report de enfermería.

En relación a las patologías más frecuentes que se registran en la sala de neonatología se destacan el distrés respiratorio, nacimiento pré-término, cardiopatía, gastroquisis, bronquiolitis, síndrome de abstinencia neonatal; siendo las más frecuentes.

En cuanto al espacio que se puede utilizar para poder realizar las entrevistas, el mismo sería la antesala que se encuentra al ingreso del servicio, la misma cuenta con sillas y es un lugar cómodo y aislado que permitiría poder desarrollar esta actividad. En cuanto al momento para llevar a cabo este proceso y teniendo en cuenta que la sala de neonatología es un servicio abierto donde las mamás y/o papás pueden estar presentes desde las 7:00 a las 23:00hs; se podría aprovechar el horario de limpieza que es cuando los papás deben salir de la sala, el cual es de 14:00 a 16:00hs.

La información antes mencionada ha permitido tomar decisiones para controlar amenazas a la validez interna que serán desarrolladas en los siguientes apartados.

Población y muestra

La población estará conformada por todas las madres consumidoras de sustancias psicoactivas y por todos los recién nacidos hijos de éstas madres, que se encuentren internadas en la sala de neonatología durante los meses de marzo y abril del año 2024.

De ésta población, mediante la utilización de un muestro no probabilístico por cuota, se seleccionarán a 25 madres consumidoras de marihuana y 25 madres consumidoras de cocaína, junto con sus recién nacidos; conformando una muestra de 100 unidades de análisis (50 madres y 50 recién nacidos).

Esta determinación de la muestra se fundamenta en que éste tipo de consumo es el que más prevalece por sobre las otras sustancias psicoactivas, por ese motivo se optó por elegir el muestro no probabilístico por cuota de manera tal que cada grupo reúna las características anteriormente mencionadas, lo que disminuye el sesgo de selección.

Así mismo, cada unidad de análisis deberá reunir los siguientes criterios de inclusión:

- Madres que hayan declarado en su historia clínica antecedentes de consumo de marihuana y cocaína.

- Haber firmado el consentimiento informado.

- Recién nacidos que tengan resultado toxicológico positivo a marihuana y cocaína.

Por otro lado, se excluirán aquellas madres que antes del parto hayan asistido a un grupo o terapia de desintoxicación, de esta manera se estaría controlando la amenaza de regresión y maduración.

Con respecto a la validez externa del estudio, los resultados quedarán acotados a la población que participó en la investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

➤ Para realizar la recolección de datos de la variable Hábito de consumo de sustancias psicoactivas se utilizará la técnica de la entrevista estructurada, debido a que el instrumento de recolección de datos contiene una serie de ítems que están expresados con terminología explícita, pudiendo necesitar ser aclarados durante el desarrollo de la misma, lo que facilitará la cumplimentación del instrumento sin errores; siendo una de las principales ventajas de esta técnica.

Otra ventaja de esta técnica se relaciona con que, al momento de iniciar la recolección de datos, el entrevistador puede volver a exponer el propósito del estudio a los fines de que el participante comprenda la relevancia de la información que va a conceder. Así mismo, la entrevista es una técnica que puede ser aplicable a toda persona, siendo muy útil con las personas analfabetas o que tienen algún tipo de limitación para escribir; además de que se conserva una uniformidad en el tipo de información que se va a obtener.

Entre las desventajas se destacan que el entrevistador puede incurrir en formular preguntas independientes a los objetivos del estudio, generadas por la propia interacción social que se planteó durante el momento de la recolección de los datos. Ante esta amenaza se optará por seleccionar un instrumento estructurado y entrenar a los entrevistadores que estarán a cargo de cumplimentar esta etapa del estudio. (Canales, et.al., 1944)

En cuanto al instrumento que se utilizará para medir esta variable, se optó por un cuestionario estructurado administrado el cual se denomina Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), la cual fue diseñada y validada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud; siendo una prueba culturalmente neutral, por lo que puede ser utilizada en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Dicha prueba consiste en un cuestionario compuesto por preguntas cerradas con opciones de respuestas previamente delimitadas el cual debe ser administrado por un profesional de la salud. En este sentido el cuestionario original consta de ocho preguntas que brindan información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias y conductas asociadas con inyectarse drogas sin receta médica; informando en su totalidad una puntuación que indica el hábito de consumo de sustancias psicoactivas.

En relación a los aspectos que aborda el cuestionario se incluyen las preguntas 1 y 2 que actúan como 'filtro', ya que determinarán por cuáles sustancias se debe preguntar en las preguntas subsecuentes.

La pregunta 1 se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida, es decir las sustancias que la persona ha consumido, aunque sea solo una vez. En este caso las respuestas registradas determinarán lo que sucede a continuación con respecto a las preguntas sobre el consumo específico de sustancias en las siguientes preguntas. Si la persona responde 'no' a cada sustancia en la pregunta 1, el entrevistador deberá hacer una pregunta inquisitiva "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?". Si la respuesta aún es 'no' para todas las sustancias, la entrevista se da por terminada.

En el caso que la persona responda 'no' únicamente para ciertas sustancias (por ejemplo, inhalantes), el entrevistador no volverá a preguntar por esa sustancia (inhalantes) en el resto de la entrevista y seguirá preguntando por las sustancias declaradas en la pregunta 1; avanzando a la pregunta 2, que hace referencia al consumo de sustancias en los últimos tres meses.

La pregunta 2 también es una pregunta 'filtro', ya que las respuestas a esta pregunta determinarán lo que sucederá a continuación con respecto a las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta es 'nunca' en todos los ítems contenidos en la pregunta 2, esto significará que no se han consumido sustancias en los últimos tres meses, por lo que se deberá avanzar a la pregunta 6, que se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida. Si se ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses, se continuará con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

En cuanto a la pregunta 3, la misma se relaciona al consumo de alto riesgo o dependencia de una sustancia. En tanto la pregunta 4 está dirigida a determinar si el consumo de sustancias le está causando problemas a la persona y con qué frecuencia en los últimos tres meses.

Con respecto a la pregunta 5, la misma se diseñó para indagar si la persona tiene problemas para cumplir sus obligaciones habituales debido al consumo de sustancias; como por ejemplo: faltar al trabajo, incumplir con pagos, mal desempeño laboral, despido,

suspensión, no poder mantener compromisos familiares normales, mantener relaciones conflictivas con la pareja/amigos/familia, descuidar las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa; solo por citar algunas.

El tabaco no está incluido en la pregunta 5 porque, en general, los fumadores no dejan de cumplir sus obligaciones.

La pregunta 6 tiene el propósito de averiguar si otra persona, por ejemplo: familiar, amigo, pareja, cónyuge, padres, hijos, médico, empleador, etc.; ha expresado preocupación sobre el consumo de sustancias de la persona. Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las que se han consumido en los últimos tres meses. En cuanto a las expresiones de preocupación las mismas pueden exponerse en forma de discusiones, cuestionamientos, quejas, consejos, preocupación, enojo, etc. por parte de la otra persona hacia la persona que consume.

En relación a la pregunta 7, la misma indica la dependencia o el consumo de sustancias de alto riesgo y está diseñada para conocer la pérdida de control sobre el consumo a lo largo de la vida. Esta pregunta busca investigar los intentos serios para reducir o dejar el consumo, en lugar de solo los pensamientos pasajeros para reducirlo o los esfuerzos a medias. Esta pregunta también debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las consumidas en los últimos tres meses.

La pregunta 8 tiene por objeto indicar la dependencia o el consumo de alto riesgo, y está diseñada para averiguar el consumo de sustancias por vía inyectada. Con respecto a esta pregunta y a los fines de optimizar la medición de la variable, la autora de la presente investigación optó por incluir el “uso de drogas por vía inyectada, sin receta médica” en el punto “j” que hace referencia a “otras drogas, especifique”; ya que la pregunta 8 no cuenta para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada es un indicador de alto riesgo que, en este estudio, será tenido en cuenta para cuantificar la variable en estudio.

En relación a las ventajas que tiene este cuestionario, se destacan las siguientes;

- Puede ser administrarlo rápidamente como prueba de diagnóstico de consumo de las sustancias existentes.

- Detecta no solo el consumo de alcohol y tabaco, sino también el de sustancias psicoactivas.

- Puede ser utilizado en servicios de atención primaria de salud.

- Tiene relevancia transcultural.

- Puede ser vinculado fácilmente a una intervención breve.

Así mismo este cuestionario reúne las ventajas generales que son expuestas desde el punto de vista bibliográfico como, por ejemplo; que cuenta con preguntas cerradas que resultan

fáciles de codificar y preparar para su análisis, reduce la ambigüedad de las respuestas y proporciona información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve.

Entre las desventajas se destacan que no puede ser aplicado, en forma autoadministrada, personas que no pueden leer y escribir motivo por el cual se seleccionó como técnica la entrevista estructurada para salvar esta amenaza. (Canales, et.al., 1944); (Hernández – Sampieri, et.al., 2010); (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2010)

Con respecto al momento en que se aplicará dicho cuestionario, se seleccionará el horario de 14:00 a 16:00hs que es el momento en que las madres deben retirarse de la sala debido a que se realiza la limpieza de la misma. Cabe aclarar que el cuestionario será aplicado a todas las mujeres cuyos hijos o hijas se encuentren en la sala de neonatología, a los fines de identificar quienes tienen o han tenido hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y poder identificar al neonato que será valorado con el instrumento que mide el síndrome de abstinencia neonatal.

Así mismo, el profesional a cargo de la recolección de datos deberá apelar a su buen juicio clínico para determinar cuál es el mejor momento para conversar con cada una de las participantes; teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada una de ellas ya que pueden sentirse angustiadas, incómodas o sin ganas de someterse a este cuestionario. En este último caso el profesional le permitirá a la participante decidir por sí misma, el momento que mejor considere para llevar a cabo la entrevista. (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2010); («Principios de la ética de la investigación y su aplicación», 2012); (Mager, et.al., 2020)

Cabe aclarar que cada cuestionario será codificado con una serie de números (01, 02, 03; etc.) que deberá coincidir con la escala de Finnegan correspondiente a su hijo/a.

En cuanto a la recolección de datos de la variable: Nivel de síndrome de abstinencia neonatal, se utilizará la técnica de observación participante, ya que la persona responsable de recolectar los datos de esta variable deberá involucrarse directamente con el neonato valorado. Entre las ventajas que tiene esta técnica se destaca el no depender de terceros para recolectar los datos, lo que ayuda a eliminar los sesgos de información.

Como desventaja el uso de esta técnica trae aparejado el riesgo de distorsionar los hechos observados e ir más allá de lo que realmente se observó. En este estudio esta amenaza se resolvió seleccionando un instrumento validado y sistematizado con opciones concretas a observar, el cual se denomina Escala de Finnegan. (Canales, et.al., 1944)

La Escala de Finnegan es un instrumento que fue desarrollado en 1975 por la Dra. Loretta Finnegan para detectar el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN). Dicha escala recoge signos y síntomas referentes a tres sistemas entre ellos: sistema nervioso central, sistema vegetativo / respiratorio y sistema gastrointestinal y consta de 31 ítems agrupados en

los tres sistemas anteriormente nombrados, con puntuaciones que van de 1 a 5, según cada ítem en particular. La sumatoria total de cada uno de los ítems, determinará la gravedad del síndrome. El objetivo que persigue esta escala es diagnosticar y valorar a los neonatos que presentan este síndrome, además de guiar tratamiento farmacológico según cada caso en particular. (Centeno – González, et.al., 2019); (Sánchez - Pina, 2014)

El instrumento será aplicado a las 24hs de vida del neonato, si la valoración da negativa se procederá a aplicar el instrumento nuevamente a las 48hs de vida del neonato, si aún sigue dando negativa se volverá a aplicar a las 72hs. Este proceso de recogida de datos se fundamenta en que según Zapata – Díaz, J. et.al. (2017) los signos y síntomas del SAN se pueden presentar en un periodo que varía de 24hs a 72hs. Esta variación está supeditada al tipo y frecuencia de droga consumida.

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos estará a cargo de profesionales de la salud, en este caso se recurrirá a solicitar la colaboración de seis enfermeros/as; de los cuales 4 de ellos se encontrarán cumpliendo funciones en el servicio de neonatología durante los diferentes turnos de rotación entre ellos; 0/6 – 6/12 – 12/18 y 18/24; y los otros dos desempeñarán sus funciones cubriendo francos o realizando rotaciones SOS.

La fundamentación de la cantidad de profesionales que se necesitarán para efectuar este proceso radica en poder brindar cobertura las 24hs los 7 días a la semana durante el período que dure la recolección de datos, en este caso hasta que se recolecten los datos de todas las unidades de análisis según la muestra de cada cuota.

A los fines de controlar la amenaza de Instrumentación se capacitará a los profesionales en lo que se refiere a la aplicación del cuestionario administrado ASSIST y a la Escala de Finnegan de modo tal que éstos comprendan el uso adecuado de dichos instrumentos.

En este sentido, los profesionales a cargo de las entrevistas recibirán formación no sólo sobre los pasos metodológicos de la investigación que se va a llevar a cabo, sino también sobre lo que implica el arte de entrevistar y conocer a fondo los instrumentos que serán utilizados en la recolección de datos.

A tal fin se los instruirá en lo que se refiere a no influir en las respuestas, reservarse de expresar aprobación o desaprobación respecto de las respuestas de la madre entrevistada, reaccionar de manera ecuánime cuando las participantes se sientan angustiadas o incómodas, responder con gestos ambiguos cuando las participantes busquen generar una reacción en ellos y proporcionar explicaciones breves pero entendibles, cuando sea necesario. Además, se los instruirá para ser neutrales, pero cordiales y serviciales, al mismo tiempo que deberán transmitir a las participantes tranquilidad con respecto a la información que brinden y aprender a ser lo más homogéneo posible en lo que se refiere al trato con las participantes. (Hernández

– Sampieri, et.al., 2010); (Mager, et.al., 2020)

En este sentido se programará un taller de capacitación que estará compuesto por dos módulos de 2hs de duración cada uno, en donde se desarrollarán los contenidos mencionados anteriormente; a saber:

Módulo 1: Capacitación sobre todo lo concerniente a la técnica de la entrevista: preparación, presentación, desarrollo y cierre; además de tips para llevar a cabo una entrevista exitosa.

Módulo 2: Capacitación sobre todo lo concerniente al uso y aplicación del cuestionario ASSIST y Escala de Finnegan.

Principios éticos

Durante el desarrollo de la investigación se apelará al uso del principio de respeto por las personas, ya que los profesionales a cargo de la recolección de datos no solo deberán elegir el momento propicio para aplicar el cuestionario que mide la variable hábito de consumo de sustancias psicoactivas sino también, antes de iniciar la recolección de datos, deberán informar a las participantes todo lo inherente a la investigación propiamente dicha.

Entre la información a incluir se detallará el propósito y los objetivos que persigue la investigación; además de la metodología que se utilizará para la recolección de datos. Así mismo se les comunicará que su participación en el estudio es voluntaria, libre de coerción o incentivos indebidos, que pueden abandonar la investigación en cualquier momento que lo deseen sin brindar explicación alguna, y tener a su disposición en todo momento los mecanismos necesarios para poder manifestar sus dudas y aclararlas.

Así mismo también se les informará sobre la metodología de aplicación de la Escala de Finnegan, la cual será aplicada a sus hijos/as recién nacidos a las 24hs, 48hs o 72hs; según cada caso en particular.

Toda esta información se comunicará en un lenguaje acorde al entendimiento de las participantes para que sean capaces de tomar decisiones sobre sí mismas; la cual será explicitada en un consentimiento informado que deberá ser firmado por las participantes antes de iniciar la investigación. (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2010); («Principios de la ética de la investigación y su aplicación», 2012); (Mager, et.al., 2020)

Por otro lado, también se tendrá en cuenta el principio de beneficencia que, si bien el estudio no traerá aparejado un beneficio individual a cada una de las participantes, será de utilidad para brindar un marco de referencia para futuras intervenciones que beneficiarán a otras madres que atraviesen las mismas situaciones.

En tanto el principio de no maleficencia será tenido en cuenta por el profesional que realice la recolección de datos, ya que se tomará el tiempo para explicar cuidadosamente los

motivos por los que pregunta sobre el consumo de sustancias y brindará contención en caso de que la participante se angustie o se incomode; asegurando que nadie la juzgará o causará ningún tipo de daño con la información suministrada durante la entrevista. (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2010); («Principios de la ética de la investigación y su aplicación», 2012)

De igual forma se apelará al principio de justicia el cual se asegurará que la recolección de datos se desarrolle en un ambiente seguro y socialmente tan cómodo como sea posible de manera tal que todas las participantes puedan expresarse con libertad. En este sentido se les brindará una escucha amigable e imparcial; demostrando sensibilidad y empatía a la persona entrevistada.

Así mismo se le aclarará a la participante que no será estigmatizada por el tipo de sustancia consumida sino por el contrario, el hecho de hacer hincapié en aquellas madres que consumen cocaína y/o marihuana, resultan de ser las sustancias que se consumen con mayor frecuencia y el estudio se desarrollará con el propósito de obtener un marco de referencia con respecto al hábito de consumo de las mismas. (OPS/OMS, 2010); (Mager, et.al., 2020)

Plan de análisis

Para desarrollar el análisis de las variables en estudio se recurrirá a la técnica de estadística descriptiva, debido a que se utilizarán un conjunto de técnicas numéricas y gráficas para describir y analizar la información recolectada. De esta manera se espera responder a las hipótesis planteadas en el estudio. (Hernández – Sampieri, et.al., 2010)

En este sentido, se llevarán a cabo análisis bivariados para establecer como influyó la variable independiente (hábito de consumo de sustancias psicoactivas) sobre la dependiente (nivel de síndrome de abstinencia neonatal) y así poder dar respuesta al objetivo general e hipótesis planteadas.

Con respecto a la medición de la variable: Hábito de consumo de sustancias psicoactivas, se desarrollará un análisis univariado por medio de una escala ordinal. En este sentido los datos de cada uno de los cuestionarios serán volcados en una matriz utilizando un programa de Microsoft Excel, a los fines de poder cuantificar los resultados y reconstruir la variable en estudio.

Dicha variable está compuesta por 7 (siete) dimensiones las cuales se expresan como preguntas en el cuestionario que se utilizará para recolectar los datos; cada una de ellas está compuesta por 10 ítems a valorar, los cuales se repiten en todas las preguntas. Así mismo, cada ítem contiene opciones de respuestas dicotómicas en el caso de la pregunta 1 y en escala de Likert en el caso de las preguntas 2 a la 7.

Pregunta 1: opción de respuesta dicotómica NO – SI (estas opciones no se cuantifican ni codifican)

Pregunta 2: opción de respuesta en escala de Likert:

Nunca (0)

Una o dos veces (2)

Mensualmente (3)

Semanalmente (4)

Diariamente o casi diariamente (6)

Pregunta 3: opción de respuesta en escala de Likert:

Nunca (0)

Una o dos veces (3)

Mensualmente (4)

Semanalmente (5)

Diariamente o casi diariamente (6)

Pregunta 4: opción de respuesta en escala de Likert:

Nunca (0)

Una o dos veces (4)

Mensualmente (5)

Semanalmente (6)

Diariamente o casi diariamente (7)

Pregunta 5: opción de respuesta en escala de Likert:

Nunca (0)

Una o dos veces (5)

Mensualmente (6)

Semanalmente (7)

Diariamente o casi diariamente (8)

Pregunta 6 y 7: opción de respuesta en escala de Likert:

No, nunca (0)

Si, en los últimos 3 meses (6)

Sí, pero no en los últimos 3 meses (3)

Para reconstruir la variable se deberá calcular la puntuación de consumo para cada sustancia específica contenida en los ítems 'a'- 'j'. en efecto la sumatoria deberá realizarse desde la pregunta 2 a la 7. Se debe recordar no incluir los resultados de la pregunta 1, ya que ésta pregunta actúa como filtro del cuestionario. En el caso de la pregunta 5 hay que tener en cuenta que el ítem 'a' no se encuentra codificado debido a que el consumo de 'tabaco' no es

considerado una sustancia que impida cumplir con las obligaciones habituales. En función a ello, la variable se reconstruirá de la siguiente manera:

HÁBITO DE CONSUMO	ALCOHOL	TODAS LAS DEMÁS SUSTANCIAS
Bajo	0 - 10	0 - 3
Moderado	11 - 26	4 - 26
Alto	+ 27	+ 27

Hábito de consumo bajo:

Este hábito de consumo indica que las participantes tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

Hábito de consumo moderado:

Este hábito de consumo indica que las participantes quizás presenten algunos problemas de salud y de otro tipo, aunado la probabilidad de dependencia.

Hábito de consumo alto:

Este hábito de consumo sugiere que las participantes tienen una dependencia a la/s sustancia/s declarada/s y probablemente estén teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo. (OPS/OMS, 2010)

✓ En base a ello, los resultados de esta variable serán representados en una tabla de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentaje.

En cuanto a la medición de la variable: Nivel del síndrome de abstinencia neonatal, también se llevará a cabo un análisis univariado por medio de una escala ordinal. En este sentido los datos de cada uno de los cuestionarios serán volcados en una matriz utilizando un programa de Microsoft Excel, a los fines de poder cuantificar los resultados y reconstruir la variable en estudio.

Dicha variable está compuesta por 3 (tres) dimensiones y 31 indicadores los cuales están codificados con una puntuación que va desde 1 a 5; reconstruyendo a la variable de la siguiente manera:

0-7: No Síndrome de Abstinencia.

8-12: Síndrome de Abstinencia Leve o Moderado.

13-16: Síndrome de Abstinencia Moderado – Severo.

>16: Síndrome d Abstinencia Severo. (Centeno – González, et.al., 2019); (Sánchez - Pina, 2014)

✓ En virtud de ello, los resultados de esta variable serán representados en un histograma de frecuencias para facilitar la interpretación de los mismos.

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Febrero 2024		Marzo 2024	Abril 2024	Mayo 2024	Junio 2024	Julio 2024
	1 al 16	19 al 29					
Capacitación del personal a cargo de la recolección de datos							
Preparación de recursos materiales (Instrumentos de Recolección de Datos) – Sacar las copias que sean necesarias, según el número de unidades de análisis que formarán parte de la Población en estudio.							
Hacer Firmar los Consentimientos Informados, previa recolección de datos.							
Recolección de datos (Entrevistas y Aplicación de Escala de Finnegan)							
Tabulación de los datos recabados.							
Análisis e interpretación de los datos obtenidos.							
Elaboración de la discusión.							
Redacción de conclusión y entrega de informe							

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M., & Marriner - Tomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. 7ª Ed. Editorial El Sevier.

Aguado – Jiménez, A., García - Calavia, P., Gómez – Duro, A., & Jáuregui – Velázquez, C. (2020). Manejo de enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal. Revista Ocronos. Recuperado de: <https://revistamedica.com/enfermeria-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>

Amador – Rodero, E., Luque – Ramos, A., Montealegre – Esmeral, L., Rebolledo - Cobos, R., Pulido – Iriarte, T., & Arteta - Charris, M. (2022). Consumo materno de sustancias psicoactivas, un factor de riesgo para el desarrollo infantil. Revisión sistémica. Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, 32(1), 90-101. Recuperado de: <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/317/370>

Chávez, M., Vázquez – Arzamendia, M., & Maatouk, M. (2017). La prevención del consumo de sustancias psicoactivas del primer nivel de atención, un desafío del equipo de salud. I Jornadas Nacionales: Perspectivas e Intervenciones en las Ciencias Sociales del NOA. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud; Universidad Nacional de Santiago del Estero. Recuperado de: <https://fhu.unse.edu.ar/institutos/ineie/LA%20PREVENCION%20DEL%20CONSUMO%20DE%20SUSTANCIAS%20PSICOACTIVAS%20DEL%20PRIMER%20NIVEL%20DE%20ATENCIÓN%20UN%20DESAFÍO%20DEL%20EQUIPO%20DE%20SALUD.pdf>

Canales, F., Alvarado, E., y Pineda E. (1994). Metodología de la investigación (2ª. ed.). Paltex.

Centeno – González, M. (2019). Cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal. Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/225316334.pdf>

Hernández - Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, M. (2010). Metodología de la Investigación (5ª ed.). McGraw-Hill.

Mager, F., y Galandini, S. (2020). Ética de la investigación: Una guía práctica. Red de Investigación de Oxfam. Recuperado de: <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621092/gd-research-ethics-practical-guide-091120-es.pdf;jsessionid=35CFBDA547FA506EDF4C3C5EE1214EF1?sequence=14>

Ministerio de Salud – Argentina. (2017). Protección de datos personales y el tratamiento de los datos de la salud. Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/99#:~:text=En%20primer%20lugar%2C%20la%20ley,y%20a%20la%20intimidación%20de%20las>

Ministerio de Salud Argentina. (2022). Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas y para la contención y cuidado de las personas

afectadas. Recuperado de:
file:///D:/Downloads/Recomend.consumos%20problematicos_perinatales.pdf

Moraes - Castro, M., Pinto, F., Pereiras, C., Fischer - Castells, A., Vogel - Agoglia, C., Duarte, V., Barceló, J., Sosa, C., & González, G. (2019). Auto declaración del consumo de marihuana, tabaco, alcohol y derivados de cocaína en embarazadas en 2013 y 2016, Montevideo, Uruguay. *Revista Adicciones*, 32 (3), 173–179. Recuperado de:
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1107>

Pascale, A. & Laborde, A. (2019). Efectos del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia. *Revista Archivos de Pediatría del Uruguay*, 90 (3), 161 – 168. Recuperado de:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492019000300072

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de:
<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052008-glosario%20drogas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Recuperado de:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Recuperado de:
<https://www.paho.org/es/documentos/prueba-deteccion-consumo-alcohol-tabaco-sustancias-assist-manual-para-uso-atencion>

Palla, MR., Khan, G., Haghghat, Z., & Bada, H. (2019). Hallazgos EEG en bebés con síndrome de abstinencia neonatal que presentan convulsiones clínicas. *Revista Fronteras en Pediatría*, 7 (111). Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/332081776_EEG_Findings_in_Infants_With_Neonatal_Abstinence_Syndrome_Presenting_With_Clinical_Seizures

Pérez – López, J.A. (2002). Embarazo y drogodependencia: Actuación en atención primaria. *Elsevier*, 39 (3), 110 – 120. Recuperado de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-embarazo-drogodependencia-actuacion-atencion-primaria-13028066>

Principios de la ética de la investigación y su aplicación. (2012). *Revista Médica Hondureña*, 80 (2). Recuperado de:
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-9.pdf>

Quintero - Hurtado, D., Jiménez - Cortés, K., Márquez – Jaramillo, V., & Acevedo – Osorio, G. (2018). Síndrome de Abstinencia Neonatal en hijos de madres adictas en una

institución de salud, Pereira 2018. Cuaderno de Investigaciones-Semilleros Andina, 11 (11). Recuperado de: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/930/776>

Regina - Marangoni, S., Gavioli, A., Eohanne – Dias, L. & Félix de Oliveira, M. (2022). Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. Revista Cogitare Enfermagem, 27. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/Yt686KWGPP8DWC4Y8yWY5Bb/?format=pdf&lang=es>

Sant Joan de Déu. (2019). ¿Cómo afecta la cafeína a los bebés durante el embarazo?. Faros; Barcelona - España. Recuperado de: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/como-afecta-cafeina-bebes-durante-embarazo>

Salazar – Maya, A., & Martínez de Acosta, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Revistas Unal. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13664>

Sánchez - Pina, I. (2014). Síndrome de Abstinencia neonatal: Escala Finnegan. Recuperado de: <https://enfermerapediatrica.com/sindrome-de-abstinencia-neonatal-escala-finnegan/>

Silva - Montañó, M. B., Ponce - Alcocer, M. J., & Sampedro - Martillo, K. R. (2022). Síndrome de abstinencia neonatal: una problemática actual en la unidad de neonatología. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(2), 3875 – 3892. Recuperado de: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.2135

Vargas - Alulema, E. E., & Márquez, L. A. (2020). Desarrollo Infantil en Niños de Madres con y sin Consumo durante Etapa Gestacional. Revista Acta de Investigación Psicológica, 10(1), 57–68. Recuperado de: <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.1.333>

Villarreal, M., Belmonte, B., Abdala, A., & Olivares, J. (2019). Trayectorias sanitarias durante 4 años de niños expuestos prenatalmente a cocaína y/o cannabis. Estudio de cohorte retrospectivo en La Pampa, Argentina. Revista Archivos Argentinos de Pediatría, 117 (6), 360 – 367. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752019000600360

Zapata – Díaz, J., Rendón Fonnegra, J., y Berrouet – Mejía, M. (2017). Síndrome de abstinencia neonatal. Revista Pediatría 50 (2): 52 – 57. Recuperado de: [http://revistapediatria.emnuvens.com.br/rp/article/view/60/53v50n2a03%20\(1\).pdf](http://revistapediatria.emnuvens.com.br/rp/article/view/60/53v50n2a03%20(1).pdf)

ANEXO I

Aval Institucional



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

2022 - "Las Malvinas son argentinas"

-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que **Carla Daniela Pérez** es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los...13.... de.....junio..... de 2023.


Enfermera Jefa
Servicio Neonatología


Rosana Nores
Prof. Asoc.
Esc. de Enfermería
FCM UNR

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr Tel.
341 4804558 Fax 341
4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

ANEXO II

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable 1: Hábito de consumo de sustancias psicoactivas

Tipo, función y escala de medición: Variable cualitativa, simple y ordinal; de función independiente.

Definición operacional: Es el cómo el consumo repetido y habitual que puede o no conllevar al aumento de dosis, pero sí conduce a la dependencia.

Indicadores:

- Tipo de sustancia
- Frecuencia de consumo
- Deseo de consumo
- Problemas de la salud por consumo
- Problemas sociales por consumo
- Problemas legales por consumo
- Problemas económicos por consumo
- Interrupción de actividades diarias
- Preocupación de la familia o amigos acerca del consumo

Variable 2: Nivel de síndrome de abstinencia

Tipo, función y escala de medición: Variable cualitativa, compleja y ordinal; de función dependiente.

Definición operacional: El síndrome de abstinencia se lo define como el grupo de problemas que ocurren en un recién nacido que estuvo expuesto a drogas adictivas por un período de tiempo mientras estaba en el útero de su madre.

Dimensión 1: Alteraciones en el sistema nervioso central

Indicadores:

- Llanto agudo
- Llanto continuo
- Duerme < 1 después de comer
- Duerme < 2 hs
- Duerme < 3 hs
- Reflejo de moro hiperactivo
- Reflejo de moro marcadamente hiperactivo
- Temblor ligero al ser estimulado
- Temblor moderado o grave al ser molestado
- Temblor ligero espontaneo
- Temblor moderado o grave espontaneo

-Hipertonía muscular

-Escoriaciones

-Mioclonías

Dimensión 2: Alteraciones respiratorias / vegetativas

Indicadores:

-Sudoración

-Temperatura 37.2 -38.3°

-Temperatura 38.4°c

-Bostezos frecuentes

-Erupciones cutáneas fugaces

-Obstrucción nasal

-Estornudos frecuentes

-Aleteo nasal

-Frecuencia respiratoria > 60/min

-Dificultad respiratoria y tiraje

Dimensión 3: Alteraciones gastrointestinales

Indicadores:

-Succión con avidez

-Rechazo del alimento

-Regurgitaciones

-Vómitos intensos

-Heces blandas

-Heces líquidas

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable: Hábito de consumo de sustancias psicoactivas

Estimado colega: Antes de comenzar la entrevista siga las siguientes indicaciones recordando a las participantes: el propósito del estudio; Leer a la participante la presentación del cuestionario; Si la participante puede leer, entréguele la Tarjeta de Respuestas del cuestionario (Figura 1); de lo contrario explíquela las mismas en forma verbal a medida que va realizando las preguntas.

TARJETA DE RESPUESTAS Respuestas de frecuencia	
Respuestas Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST)	Frecuencia A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST)
I Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses.	I No, nunca.
I Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses.	I Sí, pero no en los últimos tres meses.
I Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.	I Sí, en los últimos tres meses.
I Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana.	
I Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	

Figura 1.

1. Si la participante puede leer, entréguele la Lista de sustancias y los términos comunes utilizados (Figura 2); de lo contrario explíquela las mismas en forma verbal a medida que va realizando las preguntas.

TARJETA DE RESPUESTAS Sustancias
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
d Cocaína (coca, crack, etc.)
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
j Otras, especifique: _____

Figura 2.

2. Luego de aclaradas todas las dudas inicie la entrevista.

Muchas gracias por su colaboración.

Presentación de cuestionario.

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas). Si bien algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico; en esta entrevista no concentraremos en aquellas sustancias que no han sido indicadas por el médico o que se ha consumido en dosis y frecuencias mayores a la indicación. Por favor, tenga plena seguridad de que la información que se registrará será estrictamente confidencial. (parafrasear según el nivel de entendimiento de la participante)

Pregunta 1. A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	NO	SI
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	NO	SI
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	NO	SI
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	NO	SI
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	NO	SI
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	NO	SI
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	NO	SI
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	NO	SI
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	NO	SI
j. Otras drogas, especifique: (incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	NO	SI
Si todas las respuestas fueron negativas preguntar: “¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?”	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detener la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, hacer la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.	

Pregunta 2. En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras drogas, especifique:(incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	0	2	3	4	6
<p>Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pasar a la pregunta 6. Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continuar con las preguntas 3,4 y 5 para cada sustancia consumida.</p>					

Pregunta 3. En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras drogas, especifique:(incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	0	3	4	5	6

Pregunta 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras drogas, especifique:(incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	0	4	5	6	7

Pregunta 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejo de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras drogas, especifique:(incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)					

Pregunta 6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más <i>alguna vez</i> han mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, Nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, pero no en los últimos tres meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras drogas, especifique:(incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)			

Pregunta 7. ¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, pero no en los últimos tres meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, ect.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenofina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras drogas, especifique:(incluye drogas por vía inyectada, sin receta médica)	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)			

Variable: Nivel de síndrome de abstinencia neoantal

Estimado colega:

A continuación, se le solicita que realice la valoración del neonato acorde a los signos y síntomas que constan en la escala. A tal fin la primera valoración debe aplicarla a las 24hs de nacido, si la valoración da negativa proceda a aplicar el instrumento nuevamente a las 48hs de vida del neonato, si aún sigue dando negativa vuelva a aplicarla a las 72hs.

Muchas gracias por su colaboración.

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
Llanto agudo	2
Llanto continuo	3
Duerme < 1 hora después de comer	3
Duerme < 2 horas	2
Duerme < 3 horas	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
Temblor ligero al ser estimulado	1
Temblor moderado o grave al ser molestado	2
Temblor ligero espontáneo	3
Temblor moderado o grave espontaneo	4
Hipertonía muscular	2
Excoriaciones	1
Mioclonías	3
Convulsiones generalizadas	5

ALTERACIONES VEGETATIVAS Y RESPIRATORIAS	
Sudoración	1
Temperatura 37.2 – 38.3°C	1
Temperatura 38.4°C	2
Bostezos frecuentes	1
Erupciones cutáneas fugaces	1
Obstrucción nasal	1
Estornudos frecuentes	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Dificultad respiratoria y tiraje	2

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES	
Succión con Avidez	1
Rechazo del alimento	2
Regurgitaciones	2
Vómitos intensos	3
Heces blandas	2
Heces líquidas	3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS POSIBLES PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por la Enf. Carla Pérez, actual estudiante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería dependiente de la Universidad Nacional de Rosario.

Junto con mi equipo de trabajo queremos invitarla a participar de la presente investigación que persigue el Propósito de: utilizar la información recabada que permita ofrecer un marco de referencia al personal de enfermería sobre la temática “Consumo de sustancias durante el embarazo y el nivel de síndrome de abstinencia neonatal en el recién nacido” , a los fines de que los mismos puedan reconocer tempranamente si existe o existió consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación, y así planificar actividades de prevención y promoción que sean aplicadas desde la atención primaria en salud, destinadas a abordar a las mujeres gestantes. Los resultados se presentarán a las Autoridades de Atención Primaria de la Municipalidad y en el efector que se realizará el estudio para que los datos sean utilizados como estrategias de prevención/promoción e información estadística.

A tal fin le informamos que su participación es voluntaria, no recibiendo ningún tipo de pago por la misma y pudiendo abandonarla cuando Ud. lo considere necesario sin brindar explicación alguna. Por otro lado, le comunicamos que toda la información recabada incluyendo sus datos personales será tratada con absoluta confidencialidad, no siendo divulgado a personas ajenas a la investigación. Del mismo modo lo que Ud. responda, es decir, la información sobre el consumo de sustancias no se relacionará con su identidad, es decir, los datos serán anónimos.

Así mismo también le informamos que durante el proceso de recolección de datos, se aplicará una valoración a su hijo/a recién nacido, la cual se realizará mediante el uso de una Escala que se llama Finnegan que será aplicada a las 24hs, 48hs o 72hs de nacido; según cada caso en particular. Debe saber que la aplicación de esta escala consiste solo en observar de su hijo o hija signos o síntomas presentes, es decir, no será necesario realizar ningún tipo de actividad que le genere dolor o molestias.

Antes de concluir, le informamos que, si tiene consultas con respecto a lo comunicado hasta ahora o si surgen durante el desarrollo de la investigación, no dude en contactarse con la investigadora principal de este estudio Carla Pérez cuyo número de teléfono es 341-999999

Desde ya le agradecemos su participación.

HOJA DE FIRMAS

➤ Yo.....; respecto a lo informado comunico que **ACEPTO** participar voluntariamente en esta investigación, ya que he sido informada correctamente sobre todo lo que concierne al desarrollo del estudio y he entendido la implicancia de mi participación junto con las decisiones que puedo tomar con respecto a la misma, en lo que se refiere a aclarar dudas, retirarme cuando lo considere necesario, no recibir pago alguno y exigir la confidencialidad de los datos recabados.

Nombre y Apellido de la Participante

Firma

Nombre y Apellido del Investigador

Firma

Lugar y Fecha: -----