



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TEMA:

Características de mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019.

AUTORAS:

**Cárdenas Núñez, Karina Laura
García Moncada, Wendy Allison**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Trabajo Social**

TUTOR:

Franco Palacios, Jaime Fernando

**Guayaquil, Ecuador
9 de Septiembre del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, **“Características de mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019”**, fue realizado en su totalidad por **Cárdenas Núñez, Karina Laura & García Moncada, Wendy Allison**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**.

TUTOR

f. _____
Franco Palacios, Jaime Fernando

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Quevedo Terán, Ana Maritza

Guayaquil, a los 9 días del mes de Septiembre del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Cárdenas Núñez, Karina Laura & García Moncada, Wendy Allison,**

DECLARAMOS QUE:

El trabajo de titulación, **“Características de mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019”**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 9 días del mes de septiembre del año 2019

LAS AUTORAS

f. _____
Cárdenas Núñez, Karina Laura

f. _____
García Moncada, Wendy Allison



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cárdenas Núñez, Karina Laura & García Moncada, Wendy Allison,**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución el trabajo de titulación, **“Características de mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019”**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 9 días del mes de septiembre del año 2019

LAS AUTORAS:

f. _____
Cárdenas Núñez, Karina Laura

f. _____
García Moncada, Wendy Allison

REPORTE URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Cárdenas_&_García__TT_Final_Draft.docx (D56812193)
Submitted: 10/10/2019 8:28:00 PM
Submitted By: jaimeffranco@gmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2186/2288>
<https://docplayer.es/76494585-Cicad-oea-senad-e-eerp-usp-investigacion-factores-protectores-asociados-al-consumo-de-alcohol-en-estudiantes-universitarios-estudio-realizado-por.html>

Instances where selected sources appear:

5

AGRADECIMIENTO

Expreso aquí mi profunda gratitud a Dios, por ser mi fuerza en todos estos años de estudio.

A mi compañero de vida, Javier, y mi hija, Brigitte, por estar a mi lado apoyándome en este largo proceso de estudio, por ser mi impulso para continuar sin desistir a pesar de las dificultades que hemos pasado.

A mi tutor, Mgs. Jaime Franco Palacios, por su apoyo incondicional y su profundo interés en este trabajo de investigación.

A mi compañera de tesis, Wenndy García, por su cooperación y apoyo moral durante todo este proceso. Siempre recordaré lo compartido con mucha gratitud.

A mis profesoras y profesores de la Carrera de Trabajo Social, por su guía en todos estos años de estudio, por copartir sus conocimientos y acompañarme en cada proceso rompiendo barreras en tema educativo.

Al personal del Sistema de Educación a Distancia, por todo su apoyo.

A mi querida amiga, Doctora Mélida Riofrío, quien confió en mí a pesar del poco tiempo de conocernos; por no cortarme las alas, por ser guía y apoyo como profesional, y por sus buenos consejos.

A mis compañeros de Educación a Distancia, Hércules, Gabriela y Nicole, por apoyarnos mutua y constantemente, a pesar de no tener a nuestro favor el factor tiempo.

Karina Laura Cárdenas Núñez

AGRADECIMIENTO

Por eso les digo: Crean que ya han recibido todo lo que estén pidiendo en oración, y lo obtendrán. (Marcos 11:24)

Agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito esta meta trazada.

Quisiera también agradecer a mi madre, Rosa, y mi abuela, Noemí, quienes me han apoyado en todo instante; a mi esposo, Selçuk, por su apoyo y paciencia en este proyecto de estudio, por todas las veces en las que me acompañó a clases, o cuando se amanecía a mi lado observándome hacer las tareas; a mi hermosa sobrina Cristhiane, quien es el retrato de su padre (+), y quien con cada palabra que me dice me motiva a continuar con mi vocación.

Agradezco de manera especial a mi tutor de tesis, Mgs. Jaime Franco Palacios, por haberme guiado en la elaboración de este trabajo de titulación y a lo largo de mi carrera universitaria.

Agradezco infinitamente a mi querida compañera de fórmula en esta tesis, Karina Cárdenas. Te agradezco por tu desinteresada ayuda, por echarme una mano cuando siempre la necesité, por aportar considerablemente en este proyecto. Y no sólo por la ayuda brindada, sino por los buenos y malos momentos que compartimos. Cuentas con mi más sincera gratitud y admiración por todo esto.

De igual manera. me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas prestaron durante el proceso de investigación y parte de mi vida universitaria. Tal vez si intento nombrarlas una por una se me puede escapar alguien, así que lo haré de manera general para que no se me escape nadie. Gracias, hermanos, abuelos, suegra, cuñados, tías, tíos, sobrinas, primas, primos, amigas, amigos, actuales colegas, tutores e instituciones de prácticas.

Wendy Allison García Moncada

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Javier y Brigitte. Deseo que mi ejemplo de superación los convenza de que no hay barreras que no se puedan romper y caminos que no se puedan andar, y los aliente a continuar estudiando. Confíen en ustedes mismos, y sepan que son mucho más de lo que ustedes piensan.

Dedico esta tesis, también, a mi madre, Juanita, por ser ejemplo de mujer valerosa, por demostrarme su fortaleza y su afán de superación constante, por no desistir a pesar de todo.

Y dedico esta tesis, finalmente, a cada uno de los niños nacidos con Síndrome de Abstinencia Neonatal. Sé de las difíciles circunstancias que les toca vivir debido a su contexto familiar. Espero que este trabajo de investigación en algo ayude a superar esta problemática social.

Karina Laura Cárdenas Núñez

DEDICATORIA

A Dios, principalmente, por ser el que me inspiró y me dio la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis más deseados anhelos.

A mi compañero de vida, Selçuk, por su apoyo incondicional en todo este proceso de estudio y trabajo investigativo, por levantarme el ánimo y darme fuerzas.

A mi madre, Rosa, y mi abuela, Noemí, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mis hermanos, Dídimo y Gabriela, quienes me mostraron que no existen barreras cuando hay sueños que son posibles.

A la memoria de mi hermano Cristhian, quién hoy hubiera estado feliz por mi logro.

A todas las personas que brindaron su apoyo e hicieron que el trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

No puedo dejar pasar por alto la dedicatoria de este trabajo a cada una de las madres e hijas que luchan día a día por dejar la dependencia de sustancias psicoactivas, y aquellas familias que las acompañan en este duro y largo proceso.

Wenny Allison García Moncada



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
FRANCO PALACIOS, JAIME FERNANDO
TUTOR

f. _____
QUEVEDO TERÁN, ANA MARITZA
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____
SALAZAR JARAMILLO, JOSÉ GREGORIO
DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
MEJÍA OSPINA, PAOLA XIMENA
DOCENTE DE LA CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA.
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE A-2019

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "CARACTERISTICAS DE MUJERES GESTANTES, EN SITUACION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS, ATENDIDAS EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2019", elaborado por el/la estudiante KARINA LAURA CARDENAS NUÑEZ, obteniendo el siguiente resultado:

| Nombre del Docente-tutor | Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| JAIME FERNANDO FRANCO PALACIOS | PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA | JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO | ANA MARITZA QUEVEDO TERAN |
| Etapas de ejecución del proceso e Informe final | | | |
| 9.79 /10 | 9.25 /10 | 9.56 /10 | 9.25 /10 |
| | Total: 10 % | Total: 20 % | Total: 70 % |
| Parcial: 70 % | Parcial: 30 % | | |
| Nota final ponderada del trabajo de título: 9.65 /10 | | | |

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA.
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE A-2019

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "CARACTERISTICAS DE MUJERES GESTANTES, EN SITUACION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS, ATENDIDAS EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2019", elaborado por el/la estudiante WENNDY ALLISON GARCIA MONCADA, obteniendo el siguiente resultado:

| Nombre del Docente-tutor | Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| JAIME FERNANDO FRANCO PALACIOS | PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA | JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO | ANA MARITZA QUEVEDO TERAN |
| Etapas de ejecución del proceso e Informe final 9.71 / 10 | 9.10 / 10 Total: 10 % | 9.31 / 10 Total: 20 % | 9.10 / 10 Total: 70 % |
| Parcial: 70 % | Parcial: 30 % | | |
| Nota final ponderada del trabajo de título: 9.54 / 10 | | | |

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor

ÍNDICE

Contenido

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.1 ANTECEDENTES..... | 3 |
| 1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 8 |
| 1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN..... | 10 |
| 1.4 OBJETIVO GENERAL..... | 10 |
| 1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 10 |
| 1.6 JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 2 MARCOS REFERENCIALES..... | 14 |
| 2.1 REFERENTE TEÓRICO..... | 14 |
| 2.2 REFERENTE CONCEPTUAL | 18 |
| 2.3 REFERENTE NORMATIVO | 23 |
| 2.4 REFERENTE ESTRATÉGICO..... | 30 |
| 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 34 |
| 3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN | 34 |
| 3.2 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN..... | 35 |
| 3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN..... | 36 |
| 3.4 UNIVERSO, MUESTRA Y MUESTREO | 36 |
| 3.5 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ESTUDIO | 37 |
| 3.6 FORMAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 37 |
| 3.7 FORMA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 37 |
| 4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 38 |
| 4.1 DEL OBJETIVO GENERAL..... | 38 |
| 4.2 DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 57 |

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 5 | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 59 |
| 5.1 | CONCLUSIONES GENERALES | 59 |
| 5.2 | RECOMENDACIONES GENERALES..... | 61 |
| 6 | BIBLIOGRAFÍA..... | 62 |
| 7 | ANEXOS..... | 67 |

RESUMEN

Este estudio surge de una reacción a una realidad mayormente desatendida: el fenómeno social de madres gestantes en situación de consumo de sustancias psicotrópicas que terminan dando a luz a niños con Síndrome de Abstinencia Neonatal.

El consumo de sustancias psicotrópicas por parte de la madre gestante impacta negativamente en la salud física y mental de ella y, por extensión, en el desarrollo del feto en su vientre. Por lo que el problema, del cual ellas son las primeras víctimas, implica la vulneración del derecho a la salud de ellos.

El estudio trabajó con un universo de 60 mujeres gestantes, de las cuales, eventualmente, se tomó una muestra de 33 de ellas. Su enfoque fue cuantitativo, a partir del uso de dos matrices de datos (recolectados de seis documentos de registro sanitario), su tipo fue exploratorio y su nivel descriptivo, e involucró dos métodos de investigación: (1) el inductivo, que nos permitió empezar con una percepción individual a arribar a algo más general, y (2) el heurístico, que nos permitió darle integridad al proceso investigativo.

Los resultados evidenciaron una triple necesidad: hacer más visible este fenómeno social (que afecta a una doble población: madres e infantes), desarrollar protocolos de atención para ambos, y sugerir un curso de seguimiento en el área de Trabajo Social Sanitario.

Palabras Claves: Madres Gestantes, Drogodependencia, Síndrome de Abstinencia Neonatal, Factores Ambientales, Trabajo Social Sanitario

INTRODUCCIÓN

Tal como lo es en otras naciones del mundo, el consumo de sustancias psicotrópicas (comúnmente denominadas “drogas”) es un fenómeno de continuo crecimiento en nuestro país. Cuando hablamos de este fenómeno, sin embargo, no debemos reducirlo sólo al mero consumo de sustancias o al microtráfico de ellas, puesto que alrededor de esta problemática existen personas inocentes cuyos derechos son vulnerados flagrantemente, y para quienes no hay normativas de protección.

El consumo de sustancias psicotrópicas por parte de la madre gestante impacta negativamente en la salud física y mental de ella y, por extensión, en el desarrollo del feto en su vientre. Por lo que el problema, del cual ellas son las primeras víctimas, implica la vulneración del derecho a la salud de ellos.

Nuestra doble población (madres consumidoras e infantes con Síndrome de Abstinencia Neonatal es muy poco, o casi nada, estudiada (en tesis de investigación), atendida (a través de protocolos de salud) o referida (en normativas o leyes).

Este estudio pretende, a través de la exposición organizada y un primer análisis de los datos recolectados, (1) hacer más visible este fenómeno social que involucra a madres a infantes; (2) sustentar la necesidad de desarrollar protocolos de atención para ambos; y (3) contribuir al desarrollo de un curso de seguimiento en el área de Trabajo Social Sanitario.

Creemos que un mayor grado de concientización de la gravedad de la prevalencia de infantes nacidos con el Síndrome de Abstinencia Neonatal incitará un mayor interés por cambiar la situación, redundará en mejores servicios de salud para madres e infantes, y, acaso lo más importante, conseguirá una reducción significativa en la vulneración de los derechos de estos últimos.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

La drogadicción se está convirtiendo en uno de los grandes problemas que deben enfrentar los sistemas de salud a nivel mundial. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en su informe mundial 2018 expone:

Unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento. Según las estimaciones iniciales, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%. (UNODC, 2018, p. 1)

El fenómeno de las drogas no conoce de condición social, moral, económica. Tampoco distingue la edad o el sexo de las personas. Cualquier persona con predisposición— independientemente de la razón para tal inclinación—puede desarrollar el hábito de consumo. De acuerdo con el UNODC, los jóvenes parecen constituir la población más vulnerable para el fenómeno del consumo de drogas:

Los estudios sobre el consumo de drogas en la población general muestran que, salvo algunas excepciones vinculadas al consumo tradicional de drogas como el opio o el *khat*, el consumo de drogas sigue estando más extendido entre los jóvenes que entre las personas de más edad. De la mayoría de las investigaciones se desprende que el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es más acusado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y que el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años. (UNODC, 2018, p. 10)

El problema de consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en mujeres se va convirtiendo en una problemática social. Pero no es recién ahora que esto ha venido en aumento. Ya hace algunos años lo mencionaba Pedro Pinto Núñez en su artículo “Las drogas en la Historia”:

El consumo de sustancias psicoactivas se remonta a miles de años en la historia. Su ingestión, ritual o para otros fines, como mitigar el hambre y la sed, encontrar el valor para el combate o acceder a paraísos artificiales, se acostumbró por indígenas de numerosas y alejadas regiones de los distintos continentes.

Más tarde, los medios de transporte más expeditos, la bifurcación y síntesis de principios activos y la comercialización de las sustancias llevaron a la difusión de su empleo y a las epidemias de enormes proporciones y con repercusiones de muy diversa índole, al punto de ser uno de los problemas de mayor envergadura que habrá de enfrentar el hombre de principio de siglo. (Pinto Núñez, 1998, párr. 1)

Los cambios producidos por el fenómeno de las drogas poseen repercusiones sociales tan grandes que obligan a las comunidades a tomar iniciativas para contrarrestarlas. En el año 1993, por ejemplo, se creó el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)(que fue inaugurado oficialmente en Lisboa en 1995), un organismo que tiene por misión “proporcionar una información real, objetiva, fiable y comparable sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sobre sus consecuencias”. (EMCDDA, 2017)

En su informe del año 2017, el Observatorio Europeo indica que “el fenómeno de la droga continúa evolucionando y la respuesta de Europa debe ir a la par” (EMCDDA, 2017, pág. 5). El informe estima que, de los cerca de 738 millones de habitantes de Europa, alrededor de 17,1 millones (un equivalente del 13,9% de la población total), entre los 15 y 34 años, consumen Cannabis; 2,3 millones (1,9%), cocaína; 2,3 millones (1,9%), MDMA (conocido en la calle como “Molly”); 1,3 millones (1,1%), anfetaminas.

La Organización de los Estados Americanos (OEA), en su estudio “El problema de las drogas en las Américas” menciona:

En los Estados Unidos se ha estimado que el 12% de las personas que usaron alguna droga ilícita en el año previo a la encuesta (2011) eran dependientes (lo que equivale a 4,6 millones de personas), con oscilaciones importantes por tipo de drogas: 59% entre quienes reportaron uso de heroína, 15% cocaína, 11% psicotrópicos sin prescripción médica y 9% marihuana. La proporción para

alcohol es de 4,6%. La edad de inicio juega un papel importante: entre la población de 18 años o más que había consumido marihuana en el último año, 9,1% de quienes iniciaron el consumo antes de los 15 años presentaban dependencia, comparado con 3,6% de quienes habían iniciado entre los 15 y 17 años y sólo 1,4% de quienes iniciaron después de los 17 años. (OEA, 2013, p. 14)

Lo mencionado del fenómeno de drogas a nivel mundial y continental no encuentra en Ecuador una excepción. Como lo indica el documento “Reforma de la Ley de Drogas en Ecuador: Guía Básica” del *Transnational Institute* (2015), nuestra posición geopolítica como país de tránsito de drogas y la cercanía de los países productores de cocaína implican una fuerte incidencia de distintos tipos de actores y niveles de tráfico.”

El diario “El Telégrafo”, en su artículo del 16 de julio del 2017 titulado “El 39% de consumidores probó más de una droga” (El Telégrafo, 2017), ofrece porcentajes relacionados al consumo de drogas en nuestro país en el año 2015: de más de 36.000 adolescentes (entre 12 y 17 años) entrevistados, el 12,65% dijo haber consumido drogas ilícitas. De ese porcentaje, el 39% consumió más de una sustancia.

En el mismo artículo, una infografía distribuye geográficamente los 8.554 casos atendidos por el Ministerio de Salud de enero a mayo del 2017, debido a problemas relacionados con estupefacientes, con estas cifras:

- Zona 1 (Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos, Carchi): 531
- Zona 2 (Pichincha, Napo, Orellana): 196
- Zona 3 (Tungurahua, Pastaza, Cotopaxi, Chimborazo): 517
- Zona 4 (Manabí, Santo Domingo): 650
- Zona 5 (Bolívar, Los Ríos, Guayas, Santa Elena, Galápagos): 1.375
- Zona 6 (Azuay, Cañar, Morona Santiago): 546
- Zona 7 (El Oro, Zamora Chinchipe, Loja): 430
- Zona 8 (Guayaquil, Duran y Samborondón): 3.605

Según el censo poblacional del 2010, Guayas contaba con 1,074,777 habitantes entre las edades de 5 a 19 años. Al momento, la edad de este grupo fluctúa entre 14 y 28 años, que es exactamente el rango de edad que las estadísticas establecen como el promedio para el consumo de alguna sustancia psicoactiva. (INEC, 2010, p. 2)

El Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil (CCPIDG) en una de sus publicaciones (“Celebra tu Vida, Cumple tus Sueños”) en el año 2017 menciona:

Según datos de la Secretaría Técnica de Drogas (2016) en Ecuador la mayor incidencia de consumo de drogas acontece en adolescentes de entre 12 y 17 años y ocurre con mayor frecuencia en la ciudad de Guayaquil. De las entrevistas realizadas por la misma institución a más de 36.000 estudiantes de enseñanza media: 4.554 respondieron que sí usaron o consumieron alguna sustancia ilícita y el 39% de este grupo consumió más de una clase de narcótico.

Además, se revela que la marihuana es la sustancia ilícita más consumida, con un 9,57%. En el caso de Guayaquil, la mayoría de los encuestados —que aceptó consumir drogas— dijo fumar yerba (10,77%); un 4,89% esnifar heroína o ‘H’; un 3,02% cocaína; y 1,96% pasta base. Lo preocupante es que la ‘H’ es la segunda droga a la que pueden acceder con facilidad y es una de las más dañinas, no solo por el poder adictivo de la heroína que es su componente principal, sino por los efectos que producen los agentes que adicionan para crear una mayor dependencia. (P. 1)

De la población consumidora una porción significativa son mujeres. El UNODC (2018) apunta:

Las mujeres representan la tercera parte de los consumidores de drogas y la quinta parte del número estimado de personas que se inyectan drogas en todo el mundo. Las mujeres son más vulnerables que los hombres al VIH, la hepatitis y otras infecciones de transmisión sanguínea. Numerosos estudios han demostrado que el género femenino es un predictor independiente del VIH o la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas, en particular las mujeres jóvenes y las que se han comenzado recientemente a inyectarse drogas. (P. 14)

Corroborando este estimado, encontramos que un estudio descriptivo con 30 consumidores de sustancias psicoactivas en un hospital de Guayaquil, realizado por Liliana Izurieta García (2015), encontró que un tercio de esas personas eran mujeres, y la droga de preferencia para la gran mayoría de ellas era la “H”.

El problema causado por el fenómeno social que nos ocupa se magnifica cuando caemos en cuenta que estas mujeres jóvenes son propensas a quedar embarazadas, y,

lo que es todavía más problemático, a seguir consumiendo drogas durante su embarazo. (Es a esta “doble población” madre-hijo a la que dirigimos nuestra mirada en este estudio.)

Bernal Roldán, Frari Galera, & O' Brien (2005) señalan que no es fácil que una adicta mantenga una identidad maternal. Los factores de estrés psicosocial y ambiental que están presente en la vida de una mujer que se exponga a la cocaína pueden influenciar su comportamiento y su capacidad de realizar actividades diarias con respecto al cuidado de sus niños. Estas investigadoras encontraron que la búsqueda por dinero para comprar drogas condujo a mujeres adictas a prostituirse en las calles, dejando a sus hijos descuidados por largos períodos de tiempo.

El UNODC (2018) añade lo siguiente:

Cuando las mujeres que consumen drogas tienen responsabilidades como cuidadoras, el consumo de drogas afecta también a su familia, especialmente a sus hijos. Esas experiencias adversas en la infancia pueden pasar de unas generaciones a otras, por lo que las mujeres con trastornos por consumo de drogas pueden transmitir los riesgos del consumo de sustancias a sus hijos. (P. 14)

A través de la sangre compartida, la droga consumida por la madre es parte intrínseca del desarrollo del feto. Los efectos negativos del consumo de drogas durante el embarazo o la lactancia son múltiples. Para empezar, como lo señala el *National Institute on Drug Abuse* (NIH)(2018), el consumo de drogas o medicamentos por parte de una mujer embarazada puede hacer que el bebé sufra de abstinencia al nacer, una afección conocida como Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN).

El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) se define como “aquella entidad clínica caracterizada por irritabilidad del sistema nervioso central (SNC), signos de afección gastrointestinal, problemas respiratorios y síntomas neurovegetativos en presencia de antecedentes de exposición a drogas de abuso in útero.” (Gutiérrez, 2008)

Los síntomas del SAN serán distintos dependiendo de la droga que consumió la madre, pero usualmente incluyen temblores, problemas para dormir y alimentarse, y hasta convulsiones. Algunos niños que estuvieron expuestos a las drogas *in utero* (o durante el período de lactancia) tendrán problemas de desarrollo relacionados con el comportamiento, la atención y la facultad de pensar.

Existen al momento investigaciones en curso que están explorando si los efectos de estas sustancias psicoactivas en el cerebro y el comportamiento causan continuos problemas en el desarrollo y se extienden a los años de la adolescencia.

1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La “Fuente de Registro Diario de Recién Nacidos” del Hospital XYZ de Guayaquil indica que, de los 8.863 niños nacidos vivos en el año 2016, 27 fueron diagnosticados con Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN). En el 2017, de un total de 9.176 niños nacidos vivos, 67 presentaron el problema. Y en el 2018, de un total de 8.720 niños nacidos vivos, 82 de ellos nacieron con este síndrome. En lo que va de este año (desde el primero de Enero hasta el 30 de Junio), hemos tenido 60 niños diagnosticados con SAN. Una proyección básica duplicaría ese número al final del 2019.

Esta investigación nace de la observación de la realidad arriba mencionada, un fenómeno hospitalario tan impactante como desatendido: infantes que sufren del Síndrome de Abstinencia Neonatal, dados a luz por mujeres con una historia de consumo de sustancias psicotrópicas (H, cocaína, marihuana, ploc ploc, etc.), quienes por su desesperación de conseguir drogas descuidan (y en algunos casos abandonan) a sus hijos en el centro de salud.

La Organización Mundial de la Salud—OMS (2019) señala que, durante el embarazo, tanto las mujeres gestantes como sus futuros hijos enfrentan diversos riesgos sanitarios, y que, por ese motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado.

Muchas de estas madres gestantes no cumplen con las mínimas recomendaciones médicas de control prenatal. De hecho, poco menos de la mitad de ellas han tenido muy poco (y en algunos casos ningún tipo de) control médico durante su embarazo. En su gran mayoría, ellas llegan al hospital para el alumbramiento, y algunas refieren haber consumido sustancias psicoactivas pocas horas antes del parto.

Después del parto, no es raro que las enfermeras o médicos de guardia encuentren en las batas de las madres, o entre sus cabellos, inclusive en sus uñas, droga para nuevos “pases”. Naturalmente, el profesional de salud notifica de esto al área de Gestión Social de la institución.

Cuando los profesionales de salud se demoran en tratar a la madre con alguna medicación para contrarrestar el síndrome de abstinencia, no es raro que ella se saque la vía intravenosa e intente fugarse del hospital en bata (una de ellas pretendió salir desnuda), o se descompense hasta el punto de vomitar, orinar, o defecar en la misma cama, totalmente ajena a la realidad de que en otra área se encuentra su hijo o hija también luchando por sobrevivir.

Los cónyuges o parejas de estas madres a menudo complican más las cosas trayéndoles dosis de drogas al hospital. Y hasta las acompañan a consumir a escondidas (en los baños, por ejemplo).

En ocasiones, familiares de las madres, quienes han desconocido de su paradero por meses (o años), parecen sucumbir a un sentimiento de culpa y son persuadidos por ellas para solicitar la petición de alta lo antes posible.

Y todo esto ocurre mientras que la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), los médicos neonatólogos lidian con la adicción del recién nacido.

Si las madres no están en condiciones de cuidar de sus hijos, ¿quiénes terminan haciéndose responsables por el cuidado de ellos? En ocasiones, su bisabuela, sus tías o primas mayores. Pero, la mayoría de las veces, sus abuelas (principalmente las maternas).

Una vez que estos infantes son dados de alta, el hospital, en la gran mayoría de los casos, pierde contacto con ellos, iniciándose así grandes riesgos para esta población altamente vulnerable, para quienes no existe ningún tipo de seguimiento.

La trabajadora social de la institución, quien, según la autora Huanca (1996), debería integrar un equipo interdisciplinario, participar en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes farmacodependientes, no es informada de estas situaciones. Esta ignorancia, naturalmente, contribuye al desarrollo del problema. De ahí que nos empeñemos en hacer más visible esta realidad.

No podemos, sin embargo, reducir el fenómeno drogas únicamente a las sustancias y sus efectos. Nuestra visión debe ser holística. Como lo recomienda el reporte de Parametría S.A. (2018), debemos mirar este fenómeno “en su integralidad: (a) Las sustancias (todas, incluyendo alcohol y tabaco), (b) Los sujetos (niñas/niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, varones, mujeres), (c) Los contextos (familiares, educativos, laborales y comunitarios)”. (Párr. 7)

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características de las mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019?
- ¿Qué características sociodemográficas tienen estas mujeres?
- ¿Cuál es el tipo de familia de donde provienen estas mujeres?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Analizar las características de las mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil en el primer semestre del año 2019, a fin de sugerir cursos de seguimiento para el área de Trabajo Social Sanitario.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en el hospital.
2. Develar algún rasgo del proceso de gestación de las mujeres gestantes en situación de consumo.
3. Identificar el tipo de familia de donde provienen las mujeres gestantes en situación de consumo.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias psicotrópicas por parte de mujeres gestantes conlleva repercusiones muy negativas tanto para ellas como para las vidas que llevan en sus vientres. Como se dijo anteriormente, los niños expuestos a las drogas *in utero* (o durante el período de lactancia) tendrán problemas de desarrollo relacionados con el comportamiento, la atención y la facultad de pensar. El desatender este serísimo problema, por consiguiente, vulnera flagrantemente los derechos a la salud de esta doble población.

Si el estigma ligado a la drogadicción es de alguna manera determinante en la desatención del problema que nos compete aquí, tal negligencia sería irresponsable e inconstitucional, puesto que la ley estipula que la salud de todos los ciudadanos, incluyendo aquellos dados al abuso de drogas, merece una adecuada atención.

La Constitución del Ecuador, en su Artículo 364, señala claramente que:

“Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.” (Asamblea Nacional, 2008)

Otra normativa del país, la “Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización”, en su Capítulo I (“Normas Rectoras”), Artículo 5, Literal c, indica que:

“Toda persona en riesgo de uso, que use, consuma o haya consumido drogas, tiene derecho a la salud, mediante acciones de prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, respetando los derechos humanos, y a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida, con un enfoque bio-psico social, que incluya la promoción de la salud.” (Asamblea Nacional, 2015)

Esta misma ley, en otros dos artículos, expande la cobertura de cuidado para las madres gestantes en situación de consumo:

Art. 8.- Prevención en el ámbito de la salud.- La Autoridad Sanitaria Nacional, adoptará las medidas necesarias para prevenir el uso y consumo de drogas; especialmente en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; y, promoverá ambientes, prácticas y hábitos saludables para toda la población.

Art. 12.- Prevención en el ámbito comunitario-familiar.- El Estado establecerá políticas, programas y actividades sobre la prevención del uso y consumo de drogas, enfocadas a la sensibilización y orientación de la comunidad urbana y rural, en especial de las mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, padres y madres de familia, teniendo en

cuenta las diferencias específicas de género, etnia y cultura. Las Autoridades Nacionales de Desarrollo Social, así como los Gobiernos Autónomos Descentralizados, ejecutarán las políticas, programas y actividades determinados por el Comité Interinstitucional, en el ámbito de sus competencias. (Asamblea Nacional, 2015)

Por otro lado, en cuanto a los derechos del feto, el “Código de la Niñez y Adolescencia” en su Título I (“Definiciones”), Artículo 2 (“Sujetos Protegidos”), estipula: “Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, *desde su concepción* hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código.” (El énfasis es nuestro) (Congreso Nacional, 2014)

Como decíamos en nuestra Introducción, nuestra doble población (madres consumidoras e infantes con Síndrome de Abstinencia Neonatal) es muy poco, o casi nada, estudiada en investigaciones, atendida con ayuda de protocolos de salud, o referida suficientemente en nuestra legislatura.

Nuestro estudio es relevante porque responde a esas necesidades básicas (investigación, protocolos, leyes). Pero él, además, cumple con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”, cuyo Eje 1 (“Derechos para todos durante toda una vida”), en su Objetivo 1 apunta a “Garantizar una vida digna con igualdad de oportunidades para todas las personas” (lo que involucra, desde una perspectiva holística, el desarrollo integral infantil), y responde, por otro lado, al objetivo específico (Objetivo 1.5) de “fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.” (Consejo Nacional de Planificación, 2018, p. 24)

Esta investigación, además, está ligada a los resultados de aprendizaje de la Carrera de Trabajo Social:

- Diagnostica contextos, realidades y problemáticas sociales, a partir de las demandas de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, respetando el protagonismo de los actores sociales.

- Desarrolla investigaciones cuanti-cualitativas para la comprensión de las realidades sociales y la generación de conocimiento. (Carrera de Trabajo Social (UCSG), 2019)

2 MARCOS REFERENCIALES

2.1 REFERENTE TEÓRICO

Hemos recurrido a dos teorías para entender el fenómeno social que nos ocupa: la Neurobiología, que explica la intrincación de los factores neuroquímicos que intervienen en las adicciones a sustancias psicotrópicas, y la Teoría de Sistemas (también llamada Teoría Sistémica), que nos ayuda a poner las dinámicas familiares y psicosocial en una perspectiva amplia.

NEUROBIOLOGÍA

Como dice Fernández-Espejo (2002), “droga es toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumirla para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc.” (p. 90). Las drogas, consecuentemente, inducen adicción y refuerzan el hábito de usarlas. Dejar de usarlas, a su vez, causa una serie de molestias físicas y emocionales, cuya intensidad varía dependiendo del tipo de droga, y que constituye en sí misma una poderosa razón para su búsqueda y para la recaída, tan común en los adictos.

La explicación neurobiológica de la adicción, según los autores Méndez-Díaz, Romero Torres, Cortés Morelos, Ruiz-Contreras, & Próspero-García (2016), estaría dada por el hecho que las sustancias psicotrópicas promueven una mayor liberación de dopamina, un químico que produce una sensación extremadamente placentera, con lo cual afectan al sistema de motivación y recompensa.

Al respecto, dice De Iceta Ibáñez de Gauna (2005):

Tras el uso crónico de sustancias se producen unas modificaciones a nivel cerebral de larga duración que explicarían gran parte de las conductas asociadas a la adicción, como la compulsividad en el consumo, o la concentración del interés en torno al consumo con abandono de otras áreas. (Párr.3)

La abstinencia, por el contrario, reduciría la liberación de dopamina, lo que explicaría “el estado de ánimo disfórico que afecta al usuario, que puede ser *craving* o síndrome

de abstinencia y que frecuentemente lo obliga a consumir la sustancia de nuevo” (Méndez-Díaz, Romero Torres, Cortés Morelos, Ruiz-Contreras, & Próspero-García, 2016, p. 9).

No todas las personas expuestas a las drogas, sin embargo, desarrollan adicción. Este hecho obliga a considerar, además del componente químico, otros factores en el fenómeno de la drogodependencia. Fernández-Espejo (2002), refiriéndose a la vulnerabilidad a la adicción, menciona factores genéticos (especificando que entre el 40-60% de la vulnerabilidad a la adicción se explica por ellos) y factores ambientales. Hablando de estos últimos, él señala que “se ha asociado a la propensión a auto-administrarse drogas el bajo nivel socioeconómico, el apoyo parental pobre y la disponibilidad de la droga” (párr. 17).

Méndez-Díaz, Romero Torres, Cortés Morelos, Ruiz-Contreras, & Próspero-García (2016), por su parte, apuntan:

Se ha sugerido la existencia de una relación entre los rasgos de la personalidad y la vulnerabilidad a desarrollar dependencia a una droga de abuso. La mayoría de las personas predispuestas a la adicción tienen signos y síntomas definidos antes de empezar a consumir drogas. Por ejemplo, impulsividad, es decir, responden a un estímulo sin reflexionar y sin que anticipen las consecuencias de sus respuestas. Tienen dificultad para establecer y seguir planes, así como una actitud de urgencia y conductas autolesivas no suicidas. También exhiben un pobre control de la atención, por lo que pierden fácilmente el interés en un objetivo o una meta. Agresividad, responden fácilmente con violencia a estímulos a los que la mayoría de las personas no responde de esta manera. (P. 9-10)

Aún más, estos mismos autores hacen referencia a elementos que tienen una definitiva importancia para nosotras, como trabajadoras sociales:

Se ha observado que existe una relación entre las experiencias adversas en los primeros años de vida y el consumo de sustancias de abuso. En estudios preclínicos, hemos demostrado que las ratas privadas de cuidado materno en los días posnatales 2 al 16 (DPN2-DPN16), al llegar a la edad adulta (DPN90) consumen más alcohol que las que han recibido cuidado materno todo el tiempo.

Podríamos suponer que un sujeto es vulnerable a tener una adicción si, entre otras cosas, durante la infancia ha contendido con situaciones adversas, como son un pobre cuidado parental o el abuso verbal, físico o sexual. (P. 6)

TEORÍA DE SISTEMAS

Leemos en el manual “La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Sanitarios” (Consejería de Salud y Servicios Sociales—Gobierno de la Rioja, 2003), que

el paradigma sistémico—que surge como contrapuesto al paradigma clásico causa-efecto, reduccionista y lineal—postula que los organismos vivos son sistemas, y presentan como características esenciales la totalidad, la circularidad, la homeostásis, la equifinalidad. Cada uno de ellos, se compone, a su vez, por partes o subsistemas. La perspectiva sistémica, aplicada a la familia implica que ésta se analiza en su totalidad; lo que la diferencia de otras perspectivas psicosociales que estudian a la familia a través del análisis de las interacciones interpersonales entre sus miembros. (P. 30)

Por su lado, los autores Feixas i Viaplana, Muñoz Cano, Compañ Felipe, & Montesano del Campo (2016), añaden que la noción de sistema

implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes. Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (feedback) y relaciones de interdependencia. Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás. (P. 3-4)

Para la teoría sistémica, por lo tanto, la conducta es influenciada por una variedad de factores que trabajan juntos como un sistema. Los padres de una persona, sus amigos, su escuela, su nivel económico, su ambiente familiar y otros factores influyen la manera en que ella piensa y actúa. Intentar ayudar a corregir partes que estén faltando o no funcionando eficientemente puede tener un impacto positivo en la conducta. (Social Work Helper, 2019).

Lo dicho resulta en una óptica especial de mucha importancia para nuestra profesión: desde la perspectiva de la teoría sistémica el problema de cualquier persona no se

considera como una patología de ella, como ente aislado, sino como “una patología de la relación”.

La teoría sistémica aplicada a la familia (Consejería de Salud y Servicios Sociales—Gobierno de la Rioja, 2003) incluye cuatro conceptos fundamentales:

- **Totalidad:** La conducta de los miembros de la familia está interconectada (es decir, existe una red de interacciones entre ellos), de manera que cualquier alteración que se produzca en una conducta individual afecta al grupo en su totalidad.
- **Circularidad:** Cada forma de comportamiento de unos está afectando a la respuesta de los otros, y cada comportamiento es contemplado como encajando en los otros, lo que nos lleva a la noción de secuencia de comportamientos. Esta visión circular hace que, al pensar sobre el conflicto, ya no importa tanto el ‘por qué’ se ha producido, sino ‘qué ocurre’, ‘cuando’, ‘dónde’ ocurre, qué hace cada miembro de la familia.
- **Homeostásis o capacidad autocorrectiva y de equilibrio:** Como todo sistema, en la familia existe la tendencia a mantener la estabilidad, esto es, la tendencia a la ausencia de cambio, en un sentido morfoestático.
- **Morfogénesis o capacidad de transformación:** La familia es dinámica y tiene tendencia al cambio y al crecimiento. Como sistema viviente se desarrolla con el tiempo, atraviesa por estadios o etapas vitales y en cada una de ellas, en cada transición, se producen tensiones, ya que la familia debe flexibilizar sus reglas y roles para adaptarse a la nueva situación, sin, por esto, dejar de mantener una cierta estabilidad en su antigua jerarquía.
- Estas dos últimas características se han redefinido en algunos autores como “equilibrio dinámico”, explicando el dilema de la familia, de estabilidad versus cambio.

En definitiva, concretando las aportaciones de la perspectiva sistémica a la familia, podemos decir que:

- la familia es un sistema en constante transformación.
- la familia es un sistema activo que se autogobierna mediante reglas desarrolladas, modificadas y mantenidas a lo largo del tiempo.

- la familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, trabajo, barrio, servicios sociales, etc.). (Consejería de Salud y Servicios Sociales—Gobierno de la Rioja, 2003, p. 31)

2.2 REFERENTE CONCEPTUAL

Abuso

De acuerdo con la definición de la APA, el abuso es el consumo repetido y desadaptativo de sustancias, el cual conlleva consecuencias adversas significativas. Por ejemplo, puede darse el incumplimiento de obligaciones escolares o laborales, problemas interpersonales o sociales recurrentes, o realizar el consumo cuando el hacerlo es físicamente peligroso (como cuando se está conduciendo un automóvil).

A diferencia de la adicción, el abuso de sustancias no incluye la tolerancia, la abstinencia o el patrón de uso compulsivo; en su lugar incluye solo las consecuencias negativas del consumo repetido. (Corominas-Roso, 2007, párr. 11)

Dependencia

La dependencia de sustancias se caracteriza esencialmente por un conjunto de síntomas fisiológicos, cognitivos y de comportamiento, que indican que el sujeto continúa consumiendo a pesar de los problemas significativos relacionados con su consumo.

Habitualmente, el término dependencia se utiliza como sinónimo de adicción, sin embargo, los aportes más recientes realizados desde la clínica y la neurociencia, han llevado a diferenciar ambos términos. (Corominas-Roso, 2007, párr. 7)

Enfermedad Adictiva

Puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con cualquier sustancia, con juego patológico, o incluso con una adicción al trabajo. Posteriormente se pueden ir añadiendo otras conductas adictivas químicas o comportamentales con un agravamiento progresivo de la enfermedad y un empobrecimiento de su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, bien sea mediante un tratamiento especializado o bien por los propios medios de la persona afectada. Sin embargo, suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas adictivas por otras. (Pereiro Gómez, 2009, p. 39)

Síndrome de Abstinencia:

Es el conjunto de síntomas físicos que se ponen de manifiesto cuando se deja de consumir de manera repentina una sustancia adictiva y cuando disminuye la concentración en la sangre o en los tejidos de un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. El síndrome de abstinencia es consecuencia de los cambios adaptativos provocados por el consumo continuado de la sustancia.

Los síntomas de abstinencia son normalmente opuestos a los efectos agudos de cada sustancia adictiva y varían mucho según la clase de sustancia. Hay signos fisiológicos comunes fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de abstinencia de los estimulantes como las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y el cannabis son más difíciles de identificar ya que pertenecen a la esfera emocional y cognitiva. (Corominas-Roso, 2007, párr. 8)

En el “Registro Estadístico de Nacidos Vivos—2017” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos--INEC, 2018) identificamos términos que nos “permiten caracterizar aspectos socio-demográficos con el propósito de conocer y analizar el comportamiento demográfico, su composición, su estructura, y su tendencia, constituyendo así, un factor determinante de la dinámica poblacional.” (P. 6).

Nacido vivo

Se define al nacido vivo como la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo. (Organización Panamericana de La Salud, 1995) (citado en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 9)

Peso al Nacer

Es la medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento (Organización Panamericana de la Salud, 2013) citado en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 9)

Edad Gestacional

La duración de la gestación se mide a partir del primer día de del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo, los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación) (Organización Panamericana de la Salud, 1995) (citado en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 9-10)

Lugar de Residencia Habitual (de la Madre)

El lugar de residencia habitual es el lugar geográfico del país, localidad o división administrativa, o el país extranjero, donde reside habitualmente la persona de que se trate. No tiene que ser necesariamente el mismo lugar donde esa persona se encontraba cuando se produjo el suceso o se realizó la investigación; ni el de su residencia legal. A efectos de las estadísticas vitales, el lugar de residencia habitual de un nacimiento vivo o una defunción fetal es donde la madre reside habitualmente (Naciones Unidas, 2014) (citado en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 11)

Control Prenatal

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 11)

Características del Nacido Vivo

Son elementos distintivos particulares que conciernen al nacido vivo. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 11)

Registro Electrónico de Estadísticas Vitales—REVIT

Es el sistema informático desarrollado por la Dirección Nacional de Registro Civil, Identificación y Cedulación, utilizado para la captura de información de los hechos

vitales (nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios) ocurridos en el país. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 12)

Base de Datos

Es un conjunto de datos organizados en campos y registros, almacenados de forma sistemática y tienen la característica de pertenecer a una temática específica. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos—INEC, 2018, p. 12)

Tamizaje Neonatal

El “Proyecto Tamizaje Metabólico Neonatal” es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Lactancia materna: La lactancia materna contribuye al desarrollo sostenible porque es una forma de alimentación económica, ecológica, que previene enfermedades y garantiza el desarrollo psicológico, físico e intelectual de niños y niñas.

La leche materna es considerada el alimento ideal e insustituible para el recién nacido. Además de ser un alimento completo, contiene anticuerpos que ayudan a proteger al niño de las enfermedades propias de la infancia y sus beneficios se extienden a largo plazo. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Lactancia Artificial

La lactancia artificial o también llamada leche de fórmula es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción. La leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna. Es decir, se intentan añadir todos los nutrientes presentes en la leche materna, que no están en la leche de vaca, para que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado. Actualmente todavía no se puede añadir a la leche de fórmula la función inmunológica (las defensas) que están presentes en la leche materna. (MAPFRE, 2019)

Registro Social

Es un catastro en el que consta información social, económica y demográfica individualizada y a nivel de familias; que permite a las instituciones identificar a sus

poblaciones objetivo, para enfocar mejor los esfuerzos hacia los grupos en condiciones de pobreza. (Sistema de Información del Registro Social--SIIRS, 2019)

Historias Clínicas: La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica. (Caramelo, 2016)

Los siguientes conceptos, relacionados al sistema familiar, son tomados del libro “Psicólogo de la Xunta de Galicia” (Tema 20: Estructura Familiar) (Editorial Mad, S.L., 2006)

Estructura Familiar

Compuesta por los miembros de la familia organizados en subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

Dinámica Familiar

Vínculos relacionales entre los integrantes de la familia. Está articulada por emociones, comunicaciones, normas y roles.

Ciclo Vital de la Familia

Supone una serie de fases más o menos normativas que atraviesa la familia como sistema (noviazgo, matrimonio, llegada de los hijos, etc.).

Los siguientes conceptos, relacionados a la tipología de familia, son tomados del Manual “Intervención en la Atención Sociosanitaria en Instituciones” (AAVV, 2019)

Familia Nuclear

Compuesta por dos adultos, que ejercen el papel de padres, y sus hijos.

Familias Agregadas

Aquella en la que la pareja vive junta, pero sin haber formalizado el matrimonio.

Familias Monoparentales

Convivencia de un solo miembro de la pareja (varón o mujer) con hijos no emancipados. En ocasiones, en este tipo de familias, uno de los hijos desarrolla la otra figura parental.

Entre las causas, el divorcio o separación suele ser el motivo más común; en estos casos, el otro padre puede tener o no contacto con ellos. Otras causas pueden ser: viudedad; madres solteras; ausencia por trabajo, excarcelación, hospitalización prolongada, etc.

Familias Mezcladas o Reconstituidas

Formadas por uniones en las que al menos uno de los miembros tiene niños de una relación previa.

Puede incluir a los niños de ambos. El otro padre puede tener o no contacto con ellos. A veces, estas familias crean auténticas redes familiares extensas no vinculadas, exclusivamente, por sangre.

Familia Extensa

Incluye otros parientes aparte de los padres e hijos. Los abuelos, los tíos y los primos, son todos partes de una familia extensa.

Familia de una sola Persona

Aunque las personas solas a menudo viven independientemente o con uno o más compañeros, ellos son generalmente parte de la familia. La mayoría de adultos solteros mantienen lazos de familia con sus padres, hermanos y otros parientes.

2.3 REFERENTE NORMATIVO

NORMATIVAS NACIONALES

Constitución Política del Ecuador del Año 1979 (Plan de Reestructuración Jurídica del Estado, 1979)

SECCION IV (“De la seguridad social y la promoción popular”), Art. 29: Todos los ecuatorianos tienen derecho a la previsión social, que comprende: Numeral 2: La atención a la salud de la población y el saneamiento ambiental de las ciudades y el

campo, por medio de la socialización de la medicina, de los diferentes organismos encargados de su ejecución y de la creación de la correspondiente infraestructura, de acuerdo con la ley; la aplicación de programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías y a disminuir la mortalidad infantil.

Constitución Política del Ecuador del Año 2008 (Asamblea Nacional, 2008)

Art 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado...”

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.(El subrayado es nuestro.)

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.

Art. 363.- El Estado será responsable de: 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización (Asamblea Nacional, 2015)

Art. 5.- Derechos.- Para el cumplimiento de esta Ley, el Estado garantizará el ejercicio de los siguientes derechos: e.- Información.- Toda persona, en especial mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes, jóvenes y aquellas en situación de vulnerabilidad, tienen derecho a recibir información de calidad basada en evidencia científica, de forma inmediata y eficaz, para prevenir y desincentivar el uso y consumo

de drogas. La prevención de discapacidades congénitas o adquiridas estará presente en la ejecución de las políticas públicas de prevención integral de drogas.

Art. 8.- Prevención en el ámbito de la salud.- La Autoridad Sanitaria Nacional, adoptará las medidas necesarias para prevenir el uso y consumo de drogas; especialmente en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; y, promoverá ambientes, prácticas y hábitos saludables para toda la población.

Art. 12.- Prevención en el ámbito comunitario-familiar.- El Estado establecerá políticas, programas y actividades sobre la prevención del uso y consumo de drogas, enfocadas a la sensibilización y orientación de la comunidad urbana y rural, en especial de las mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, padres y madres de familia, teniendo en cuenta las diferencias específicas de género, etnia y cultura.

Art. 17.- Acciones para la Prevención del uso y consumo de drogas.- Para precaver la relación inicial con las drogas y disminuir su influencia, uso, demanda y riesgos asociados, será obligación primordial del Estado dictar políticas y ejecutar acciones inmediatas encaminadas a formar sujetos responsables de sus actos y fortalecer sus relaciones sociales, orientadas a su plena realización individual y colectiva. La intervención será integral y prioritaria en mujeres embarazadas; niñas, niños, adolescentes y jóvenes, durante su proceso de formación y desarrollo.

Art. 18.- Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.- Es obligación primordial no privativa del Estado prestar servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas consumidoras ocasionales, habituales y problemáticas de drogas. El Estado implementará de manera prioritaria servicios y programas destinados al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Código de la Niñez y Adolescencia ((Sistema de Información de la Primera Infancia en América Latina--SIPI, 2012)

Art. 9.- Función básica de la familia. La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

Art. 10.- Deber del Estado frente a la familia.- El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.

Art. 11.- El interés superior del niño. El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento. Para apreciar el interés superior se considerará la necesidad de mantener un justo equilibrio entre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes, en la forma que mejor convenga a la realización de sus derechos y garantías. Este principio prevalece sobre el principio de diversidad étnica y cultural. El interés superior del niño es un principio de interpretación de la presente Ley. Nadie podrá invocarlo contra norma expresa y sin escuchar previamente la opinión del niño, niña o adolescente involucrado, que esté en condiciones de expresarla.

Art. 12.- Prioridad absoluta.- En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran. Se dará prioridad especial a la atención de niños y niñas menores de seis años. En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecen sobre los derechos de los demás.

Art. 21.- Derecho a conocer a los progenitores y mantener relaciones con ellos.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías. No se les privará de este derecho por falta o escasez de recursos económicos de sus progenitores. En los casos de desconocimiento del paradero del padre, de la madre, o de ambos, el Estado, los parientes y demás personas que tengan información sobre aquél, deberán proporcionarla y ofrecerles facilidades para localizarlos.

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que

permitan su permanencia en dicha familia. Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley. En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral. El acogimiento institucional, el internamiento preventivo, la privación de libertad o cualquier otra solución que los distraiga del medio familiar, debe aplicarse como última y excepcional medida.

Art. 23.- Protección prenatal. Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso. El Juez podrá ampliar este plazo en el caso de madres de hijos con discapacidad grave y calificada por el organismo pertinente, por todo el tiempo que sea menester, según las necesidades del niño o niña. El responsable de la aplicación de esta norma que viole esta prohibición o permita que otro la contravenga, será sancionado en la forma prevista en este Código.

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos. Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

Art. 30.-Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requieran, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar.
2. Informar sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente, a sus progenitores o representantes.
3. Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre.
4. Identificar a los recién nacidos inmediatamente después del parto, mediante el registro de sus impresiones dactilar y plantar y los nombres, apellidos, edad e impresión dactilar de la madre, y expedir el certificado legal correspondiente para su inscripción inmediata en el Registro Civil.
6. Garantizar la permanencia segura del recién nacido junto a su madre, hasta que ambos se encuentren en condiciones de salud que les permita subsistir sin peligro fuera del establecimiento.
7. Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo.
9. Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida;

Art. 33.- Derecho a la identidad.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la identidad y a los elementos que la constituyen, especialmente el nombre, la nacionalidad y sus relaciones de familia, de conformidad con la ley.

Art. 35.-Derecho a la identificación. Los niños y niñas tienen derecho a ser inscritos inmediatamente después del nacimiento, con los apellidos paterno y materno que les correspondan. El Estado garantizará el derecho a la identidad y a la identificación mediante un servicio de Registro Civil con procedimientos ágiles, gratuitos y sencillos para la obtención de los documentos de identidad.

Art. 78.- Derechos a protección contra otras formas de abuso.- los niños, niñas y adolescentes tienen derechos a que se brinde protección contra: 1.- El consumo y uso indebido de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Ley Orgánica de Salud (Congreso Nacional del Ecuador, 2015)

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 38.- Declárase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva.

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social.

NORMATIVAS INTERNACIONALES

Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2015)

Art. 25.- 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Asamblea Mundial de la Salud, 2006)

Art. 2.- Para alcanzar esta finalidad, las funciones de la Organización serán: 1) promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constante mente

Organización de los Estados Americanos (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2010)

La “Estrategia Hemisférica sobre Drogas”, adoptada por la OEA en su cuadragésimo período ordinario de sesiones en Lima, Perú, en junio de 2010, reconoce que “el problema mundial de las drogas, incluidos sus costos políticos, económicos, sociales y ambientales, constituye un fenómeno complejo, dinámico y multicausal que impone un desafío a los Estados y a sus gobiernos. Lejos de constituir una preocupación local o regional, este problema exige ser abordado de forma integral, equilibrada y multidisciplinaria.” (P.1)

En su segundo punto de esta estrategia, se señala que “al enfrentar el problema mundial de las drogas, debe hacerse especial énfasis en su impacto sobre la pobreza y la marginalización, e impulsar la implementación de políticas y acciones que favorezcan la inclusión social y la reducción de esas vulnerabilidades.” (P.1)

2.4 REFERENTE ESTRATÉGICO

Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021—Toda una Vida (SENPLADES, 2017)

Dentro de los “Objetivos Nacionales de Desarrollo” se hallan los “Derechos para Todos Durante Toda la Vida”, y dentro de éste, a su vez, contamos con el “Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida”, el mismo que posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi (2008).

Dentro del Eje 1 encontramos el Objetivo 1: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”, el cual tres sub-objetivos de particular relevancia para nuestro estudio:

1.5: Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.

1.6: Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

1.14: Enfrentar el fenómeno socioeconómico de las drogas y el alcohol, a través de estrategias de prevención integral, control y reducción de la oferta.

Teniendo en cuenta el Objetivo 1, las “Metas a 2021” incluyen:

- Incrementar el porcentaje de personas cubiertas por alguno de los regímenes de seguridad social pública contributiva del 47% al 51,2% a 2021.
- Reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1 000 nacidos vivos a 2021.
- Aumentar la cobertura, calidad, y acceso a servicios de salud: incrementar la proporción de nacidos vivos con asistencia de personal de la salud del 95% al 98,9% a 2021.

Por otro lado, dentro de las “Intervenciones Emblemáticas para el Eje 1” están:

6. Prevención y control del uso y consumo de drogas, donde se señala que “el fenómeno socio-económico de las drogas es una política prioritaria, cuyo objetivo general es evitar, retrasar y reducir las consecuencias de carácter sanitario, económico, social y de seguridad ciudadana del consumo de drogas con un enfoque de salud pública y de derechos humanos.” (P. 69)

Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El MAIS en su Capítulo 3 (“Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural”), incluye:

3.3.5 Integrar a la Salud Mental en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos.¹³ En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

La salud mental también se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades para alcanzar sus propios. En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

Plan Nacional de Prevención de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio-Económico de las Drogas (Secretaría Técnica del Prevención Integral, 2017)

El plan delinea en su Capítulo 4 (“Ejes, Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción”) los “Objetivos, estrategias y líneas de acción del Eje 1. Reducción de la Demanda”. Dentro de estos objetivos encontramos el Objetivo 2: Brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático de drogas, donde se mencionan como “Metas de Gestión (Proyectos)”:

- Primeras atenciones por trastornos mentales y comportamiento debido al uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Consultas subsecuentes de trastornos mentales y comportamiento debido al uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Personas de grupos de atención prioritaria, con consumo problemático de drogas referidas para su atención (con seguimiento y acompañamiento).
- Familias de las niñas, niños y adolescentes en riesgo de adicción, atendidos con herramientas para combatir la problemática.

Programa “Por un Futuro sin Drogas” (Dirección de Salud de Guayaquil, 2019)

El Programa “Por un Futuro Sin Drogas” cuenta con dos componentes que han demostrado que sí se puede rescatar a los jóvenes del consumo de drogas:

- Tratamiento (1. Se realiza prueba gratuita, acompañado de un familiar, para identificar qué droga está consumiendo, a través de la orina; 2. En función de la(s) droga(s) identificada(s), se entrega el medicamento adecuado. (No entregamos paracetamol ni vitaminas como en los centros de salud estatales); 3. Gracias al medicamento indicado para desintoxicar, el síndrome de abstinencia o «La Mona» se supera sin dolor. En este proceso se recibe también atención psiquiátrica y psicológica)
- Inserción (El trabajo del programa se complementa con la prevención y con la reinserción laboral y educativa a través de los talleres de Artes y Oficios que ofrece la Municipalidad de Guayaquil. Los jóvenes tienen una oportunidad para estudiar y aprender oficios certificados que les permitirán reinsertarse al ámbito laboral)

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Siendo la base de esta investigación dos matrices de datos recogidos de registros hospitalarios, el enfoque utilizado es cuantitativo.

César A. Bernal (2010), en su libro “Metodología de la Investigación”, define al enfoque cuantitativo como “la medición de las características de los fenómenos sociales”, a través de un método que “tiende a generalizar y normalizar resultados.” (P.. 90)

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

- a) Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
- b) Una vez planteado el problema de estudio, revisa lo que se ha investigado anteriormente. A esta actividad se le conoce como la revisión de la literatura.
- c) Sobre la base de la revisión de la literatura construye un marco teórico (la teoría que habrá de guiar su estudio).
- d) De esta teoría deriva una hipótesis (cuestiones que va a probar si son ciertas o no).
- e) Somete a prueba la hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran la hipótesis o son congruentes con estas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar la hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustentan. Si no es así, se descartan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.
- f) Para obtener tales resultados el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes que estudia y los analiza mediante procedimientos estadísticos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, Metodología de la Investigación, 2010, pág. 5)

3.2 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Siendo la base de esta investigación dos matrices de datos recogidos registros hospitalarios, su tipo es exploratorio y su nivel descriptivo.

En su obra “Metodología de la Investigación”, los autores Hernández Sampieri, Fernández Collado, Carlos & Baptista Lucio (2010) indican:

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes; es decir, cuando la revisión de la literatura revela que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (P. 79)

Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados. (P. 70)

En su libro “El Proceso de la Investigación Científica”, María Tamayo y Tamayo (2003) se refiere a la investigación descriptiva diciendo:

La investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa conduce o funciona en el presente.

La investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y sus características fundamentales es la de presentarnos una interpretación correcta. (P.46)

3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación involucró dos métodos de investigación: (1) el inductivo, que nos permitió empezar con una percepción individual a arribar a algo más general, y (2) el heurístico, que nos permitió darle integridad al proceso investigativo.

Según Bernal (2010):

El método inductivo utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos, para llegar a conclusiones cuya aplicación sea de carácter general. El método se inicia con un estudio individual de los hechos y se formulan conclusiones universales que se postulan como leyes, principios o fundamentos de una teoría.” (P. 60)

Hablando sobre el método hermenéutico, Mela Bosch, en su artículo “Entre la Heurística y la Hermenéutica: Las Competencias y Actitud de los Profesionales de la Información para la Web Emergente”, dice:

La heurística, que significa “yo encuentro”, (literalmente, eu-ris, buena nariz) se apoya en principios básicos con los cuales se realizan búsquedas que conducen a aciertos que permiten progresar en el conocimiento, descartando los errores y eventualmente aprendiendo de ellos. Se parte de ideas que se consideran fundantes y basándose en ellas se va codificando lo conocido. Esa codificación ofrece la posibilidad de ampliar, robustecer o mostrar lo que se conoce, creando los fundamentos del nuevo conocimiento en relación con lo ya conocido. Las taxonomías y clasificaciones de uso científico y documental (aunque con diferencias entre ellas) están dentro de este enfoque de tipo fundacional, en busca de certezas y principios, codificando el conocimiento acumulado. (P. 2)

3.4 UNIVERSO, MUESTRA Y MUESTREO

El universo, según Carrasco (2009), “es el conjunto de elementos—personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras—finitos e infinitos, a los que pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación.” (P. 256).

Nuestro universo está constituido por las 60 mujeres embarazadas que acudieron al hospital materno-infantil para ser atendidas, en el primer semestre de este año.

De nuestro universo de 60 mujeres, tomamos una muestra de 36 de ellas que constaban en el Registro Social, puesto que con ello identificábamos el tipo de familia.

3.5 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ESTUDIO

Vista la información recogida en nuestra matriz de datos y considerando nuestros referentes teóricos y conceptuales, se caracterizó el universo en dos grupos (madres y neonatos) y se limitó a 14 el número de variables para el estudio (Edad, Controles Prenatales, Tipos de Droga, Tiempo de Consumo, Nivel Educativo, Nivel Socioeconómico, Fecha de Nacimiento del Recién Nacido, Semana de Gestación del Recién Nacido, Peso del Recién Nacido, Inscripción en el Registro Civil, Cuidador Provisional, Parroquias, Alimentación del Recién Nacido, Representante Legal).

Eventualmente, cuando se incluyó la variable “Tipo de Familia”, el universo se redujo a una muestra de 36 madres.

3.6 FORMAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La matriz de datos fue conformada con información obtenida de los siguientes documentos hospitalarios: Orden de Ingreso, Formulario de Evaluación del Departamento de Gestión Social (conocido como Formulario 038), Historia Clínica, Informe Estadístico de Nacido Vivo (Registro de Estadísticas Vitales—REVIT), Sistema de Tamizaje Metabólico Neonatal (TAMEN), y el Registro Social (del Sistema de Información del Registro Social—SIIRS).

3.7 FORMA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tras la recolección de datos, ellos se codificaron y transcribieron a través de la herramienta de tabulación, que nos permitió una obtener representaciones gráficas de ellos.

Una vez logrado ese primer nivel de representación, y con el fin de responder a nuestras preguntas de investigación, se analizaron los datos a través de una serie de combinaciones de dos variables.

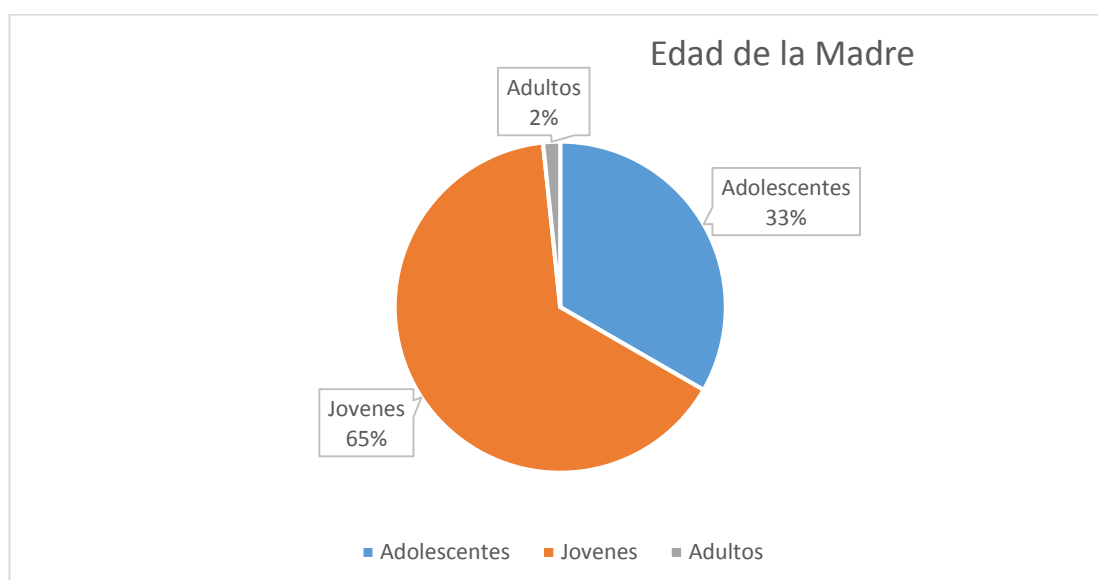
4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DEL OBJETIVO GENERAL

Objetivo General: Analizar las características de las mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil en el primer semestre del año 2019, a fin de sugerir cursos de seguimiento para el área de Trabajo Social Sanitario.

CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO (60 mujeres que dieron a luz niños con Síndrome de Abstinencia Neonatal)

Edad de la Madre

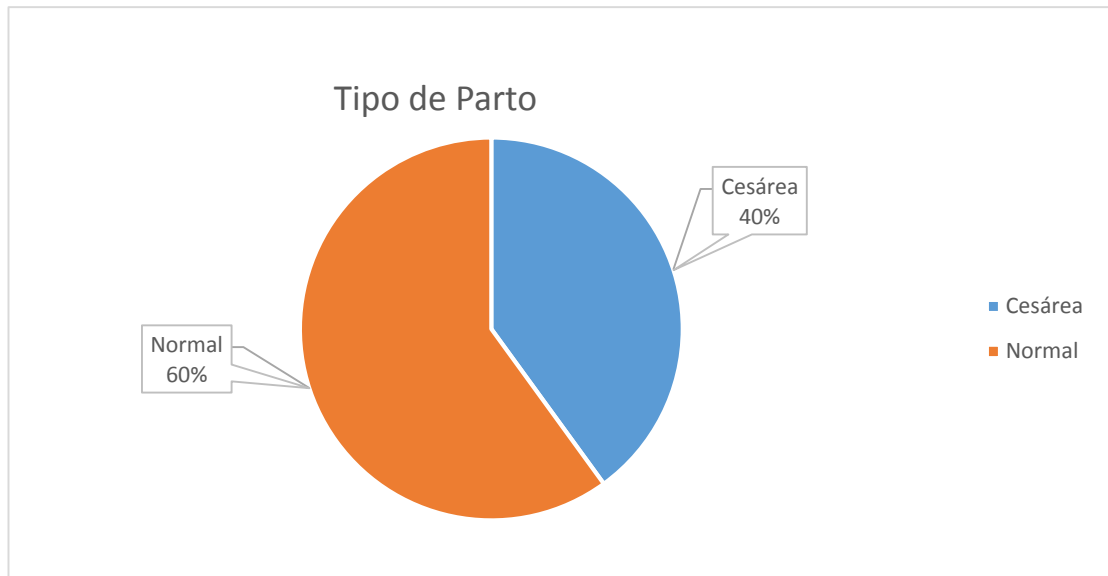


Seguendo el Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social (SICES), que ofrece la siguiente clasificación de los grupos poblacionales por edad:

| Grupo | Edad |
|-----------------|-----------------------|
| Niños y niñas | 0 a 4 – 5 a 11 años |
| Adolescentes | 12 a 17 años |
| Jóvenes | 18 a 29 años |
| Adultos | 30 a 49- 50 a 64 años |
| Adultos Mayores | 65 y más años. |

Observamos que la edad de la mayoría de nuestras mujeres gestantes son jóvenes, es decir, su edad oscila entre los 18 y 29 años.

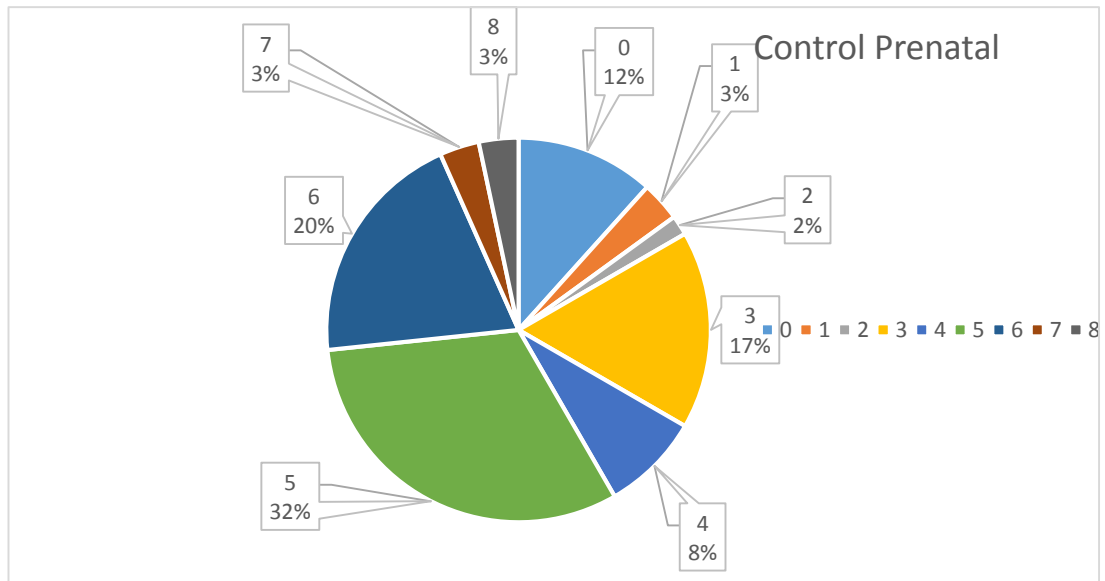
Tipo de Parto



El tipo de parto fue mayormente normal, en una proporción de tres a dos. En otras palabras, tres de cada cinco madres dieron a luz de manera normal.

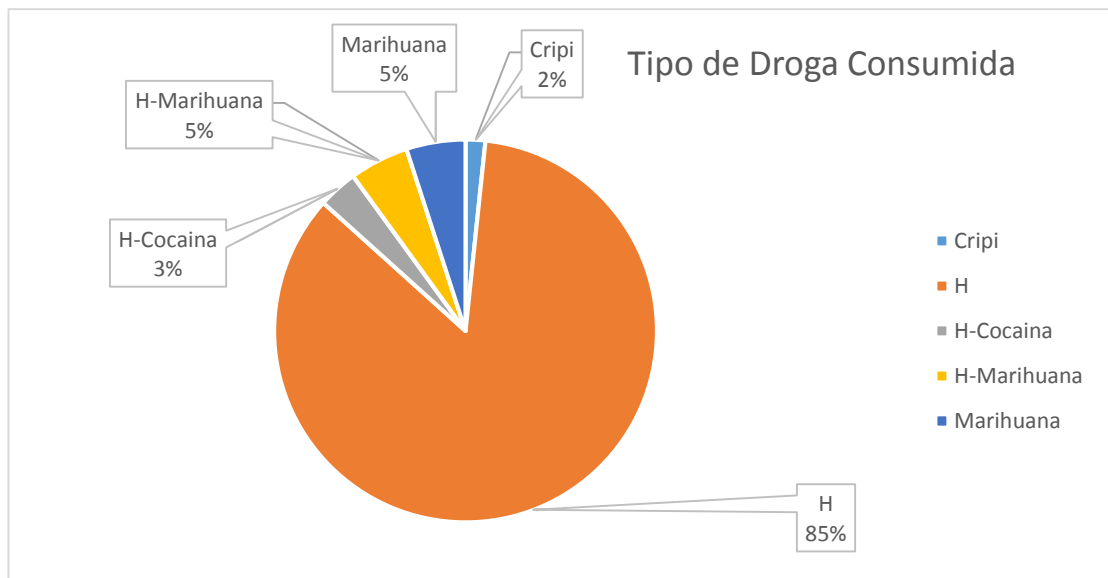
Cuando las mujeres gestantes acuden al hospital sintiendo dolores de trabajo de parto, los médicos responsables de guardia deben registrar en la historia clínica todos los antecedentes de estas parturientas antes de hacerlas ingresar al área de inducción al parto. En algunas ocasiones las parturientas ocultan el dato de su drogadicción, el cual es descubierto al momento del nacimiento de su hijo.

Control Prenatal



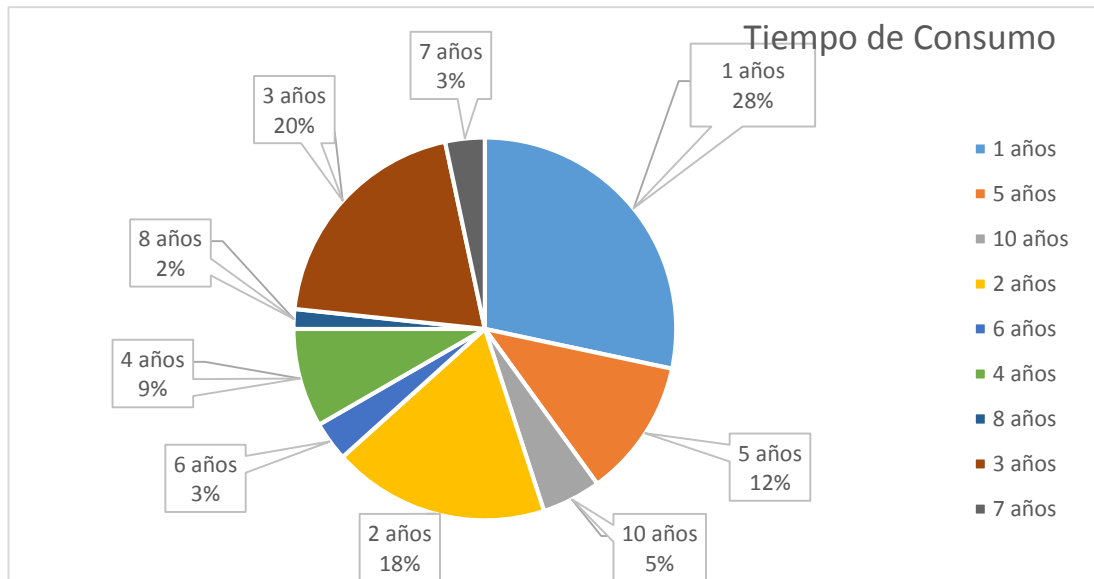
Casi la mitad (48%) de nuestras madres gestantes tuvieron menos de los cinco chequeos recomendados. Y cerca de una quinta parte (17%) de ellas tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales.

Tipo de Droga Consumida



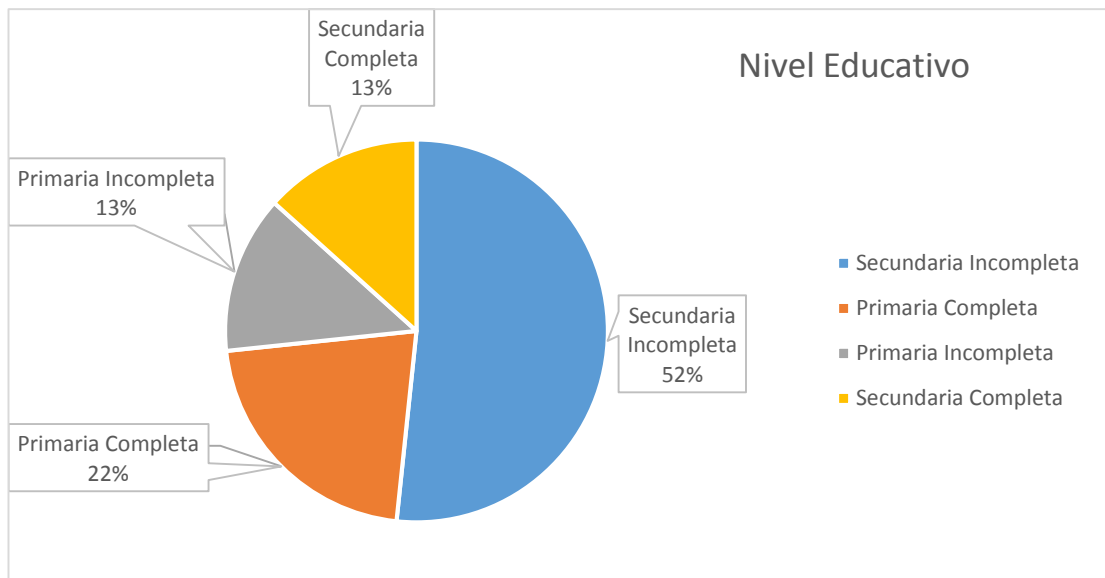
La droga de preferencia, por un gran margen (85%), es la "H".

Tiempo de Consumo



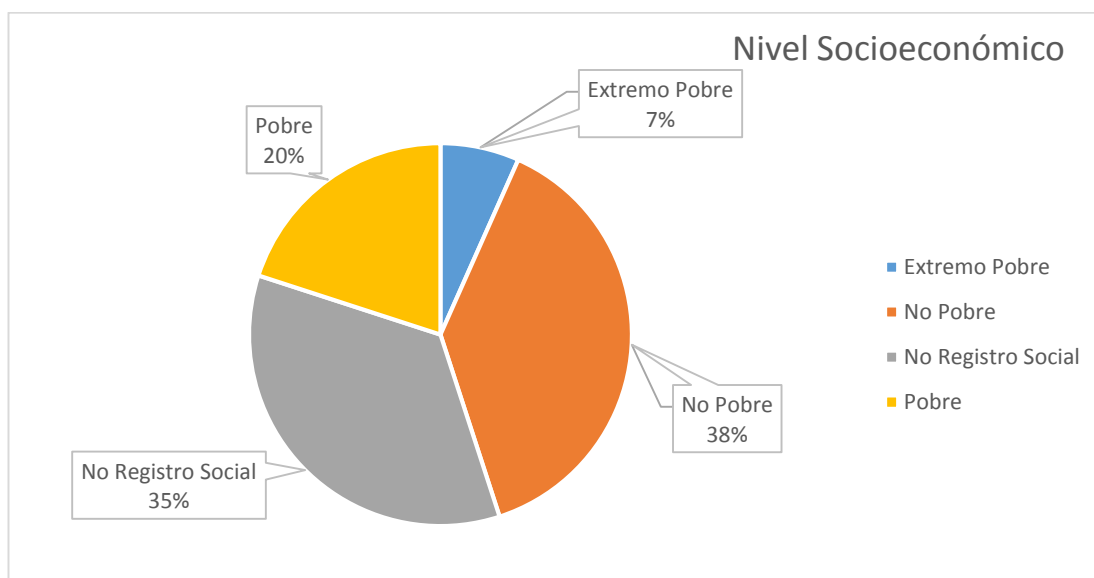
Dos tercios de nuestra población (66%) ha estado dada al uso o abuso de sustancias psicotrópicas por un espacio relativamente corto de tiempo: de uno a tres años.

Nivel Educativo



La mitad de nuestra población (52%) no ha completado la Secundaria. Aproximadamente, una de cada cinco (22%) de las madres completó la Primaria, mientras que cinco de cada 20 (13%) no lo hizo.

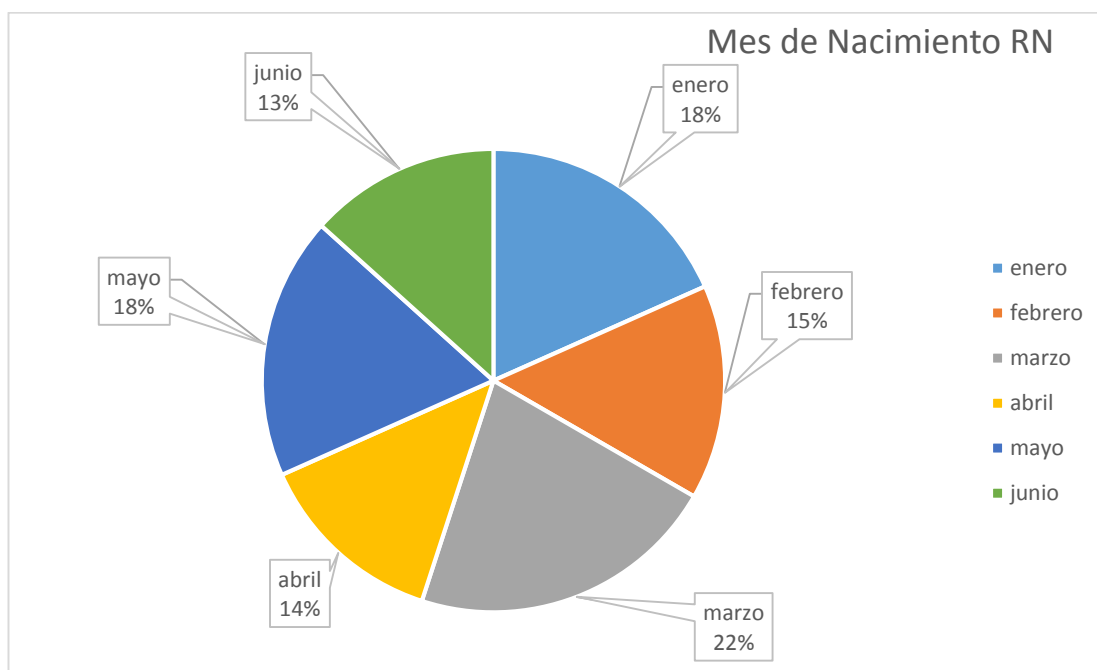
Nivel Socioeconómico



Un tercio de nuestra población no consta en el Registro Social, por lo que no conocemos su nivel económico. Del grupo restante, 38% cae en la categoría de “No Pobre”, el 20% en la categoría “Pobre” y el 7% en la de “Extremo Pobre”.

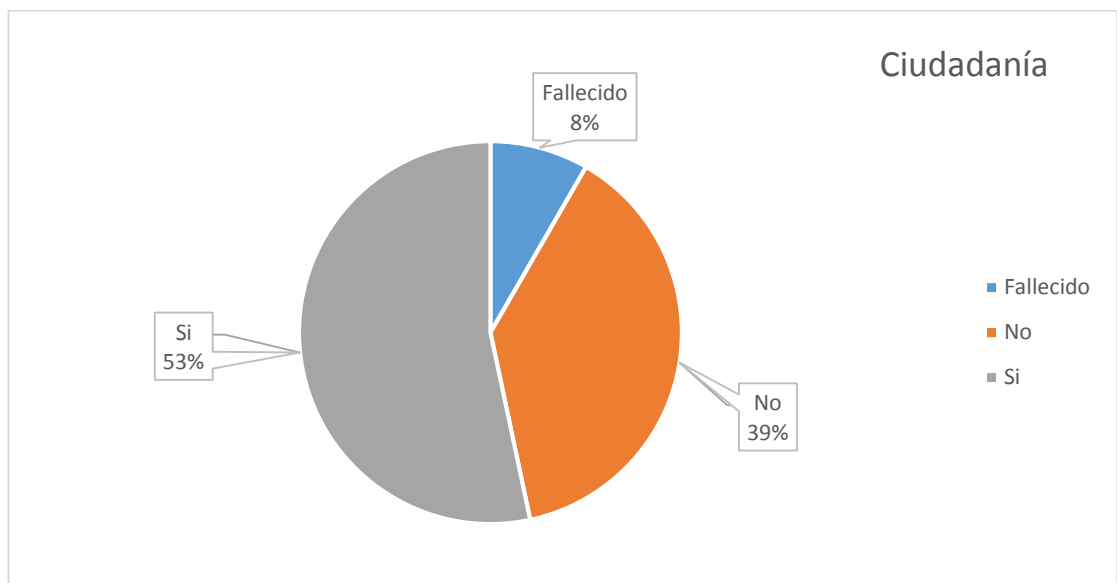
Si realizamos una proyección en base a la proporción del grupo de madres con Registro Social, los porcentajes reales de nuestro universo podrían ser: No Pobre: 58%, Pobre: 31%, Extremo Pobre: 11%.

Mes de Nacimiento del Recién Nacido



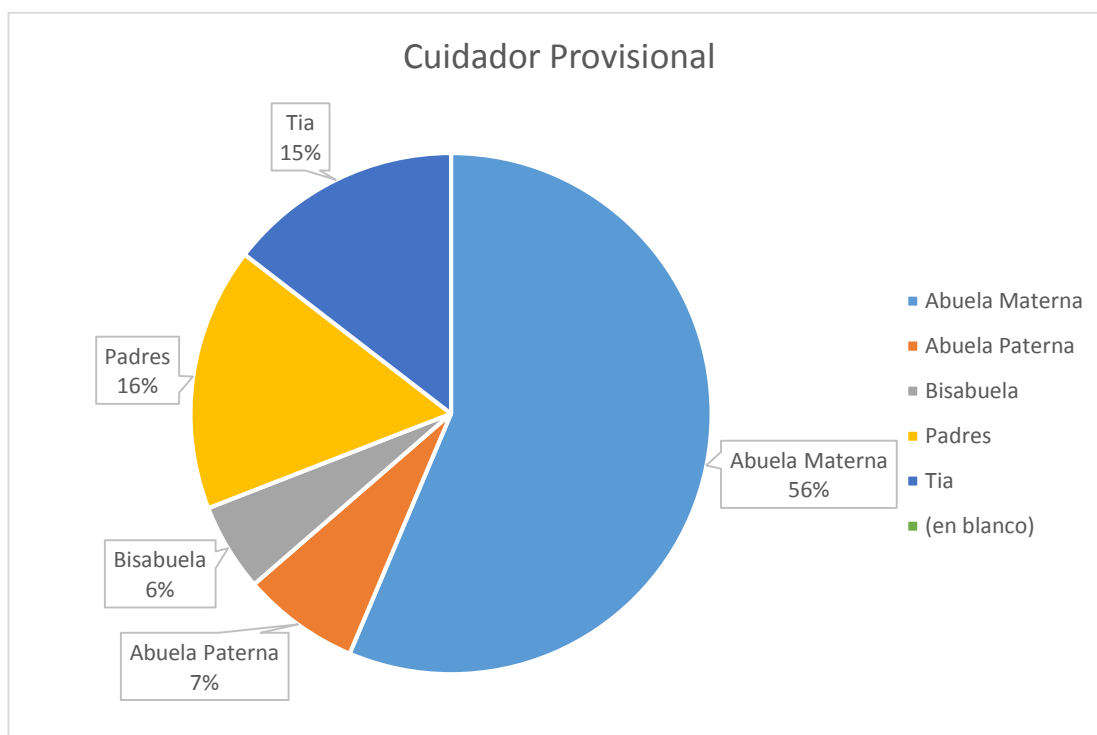
Con excepción del mes de marzo, donde se reflejó una pequeña alza del promedio, el número de neonatos se mantuvo básicamente constante a través del semestre.

Inscripción del Recién Nacido



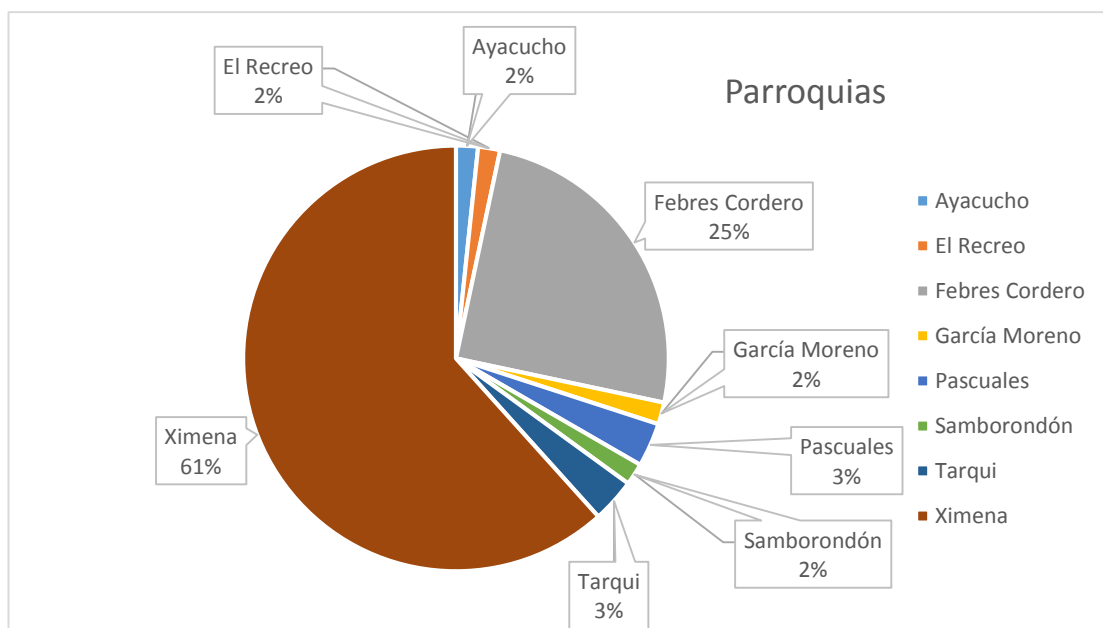
Cerca de cuatro de cada diez niños no son inscritos en el Registro Civil.

Cuidador Provisional del Recién Nacido



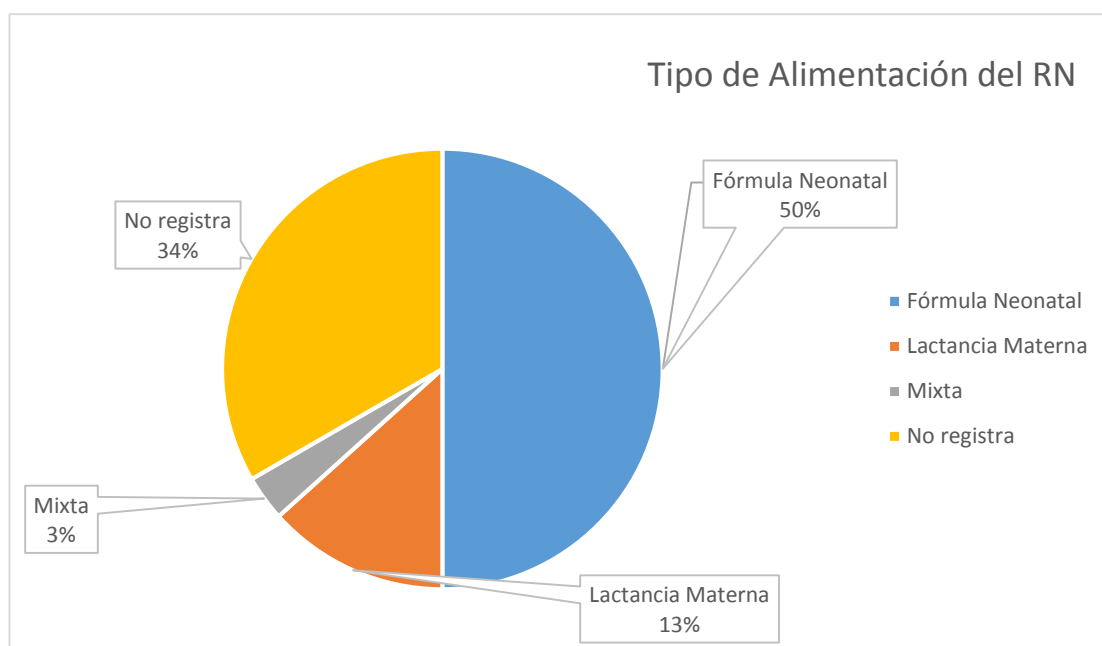
En la gran mayoría de los casos (84%) los infantes son entregados a las abuelas (casi siempre, las maternas), tías, o, inclusive, bisabuelas.

Ubicación Geográfica de la Vivienda



Un alto porcentaje (61%) de la ubicación geográfica de la vivienda pertenece a la parroquia Ximena, seguido por la parroquia Febres Cordero (25%). Estas cifras corresponden al sector donde está ubicado el hospital materno-infantil.

Tipo de Alimentación del Recién Nacido

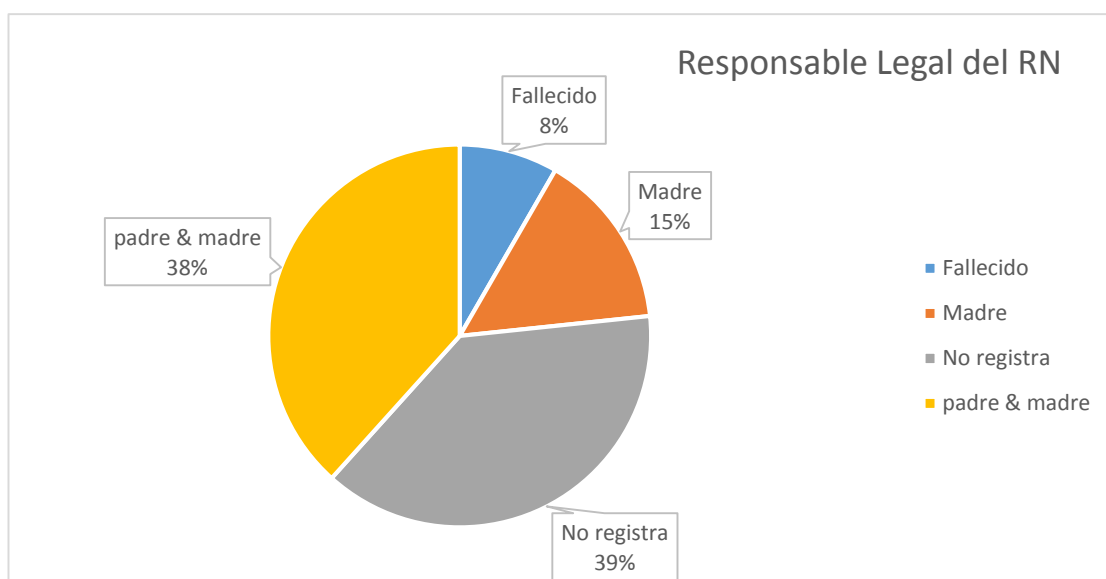


No existen registros para un tercio de nuestra población. Del universo de madres con un registro en esta variable, la mitad opta por la leche de fórmula, mientras que 13% da el pecho, y 3% se inclina por una mezcla de leche materna y de fórmula.

Si realizamos una proyección en base a la proporción del grupo de madres registradas, los porcentajes reales del grupo podrían ser: Fórmula Neonatal: 75%, Lactancia Materna: 20%, Mixta: 4%.

Es posible que el relativamente bajo porcentaje (24%) de las madres que se deciden por dar el pecho a sus hijos se deba al conocimiento de ellas sobre la transferencia de la sustancia psicoactiva en la leche materna.

Representante Legal del Recién Nacido

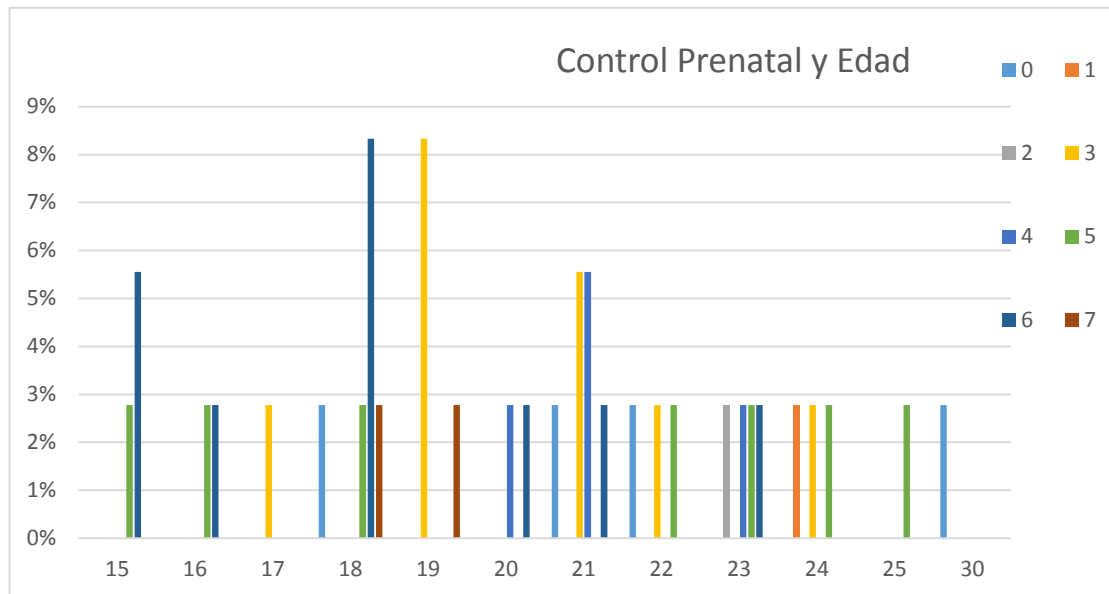


El “Informe Estadístico de Nacido Vivo” es el documento que se encuentra en la página del Registro Civil. Para legalizar a un recién nacido sus padres deben acudir con sus cédulas de identidad y gestionar el trámite de inscripción.

De nuestro universo de 60 neonatos el 39% no registran representantes legales; es decir, todavía no han sido inscritos. El 38% de ellos están registrados con apellidos de padre y madre, mientras que el 15% aparecen únicamente con el apellido de sus madres. Los fallecidos constituyen el 8%.

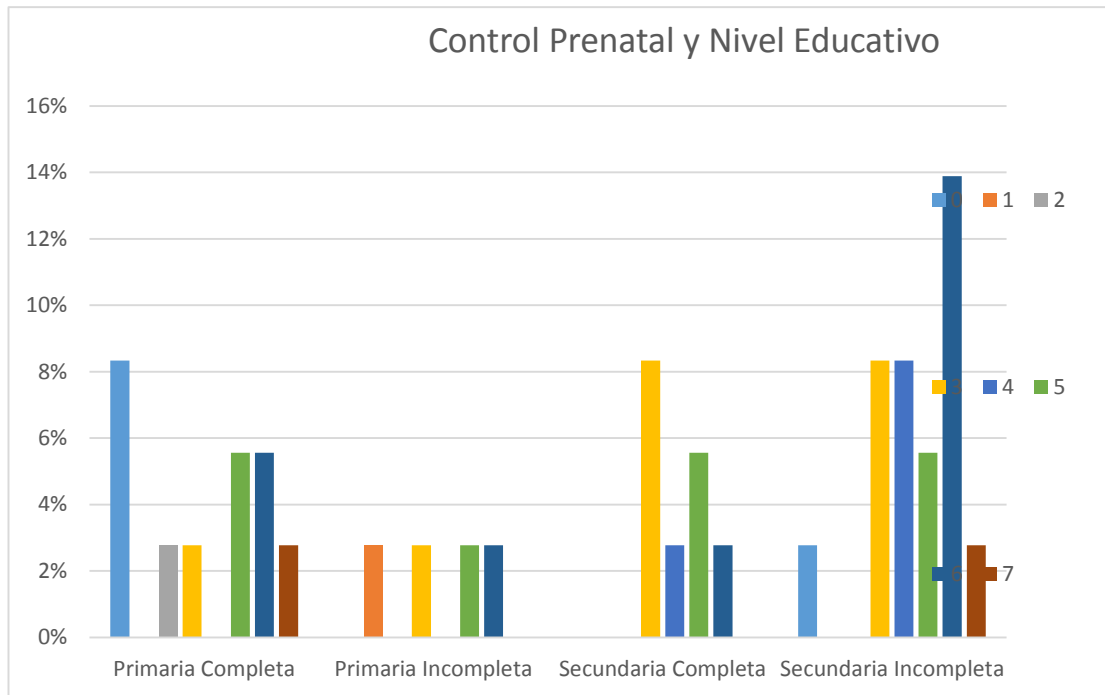
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA (36 mujeres que constan en el Registro Social con tipología familiar)

Control Prenatal y Edad



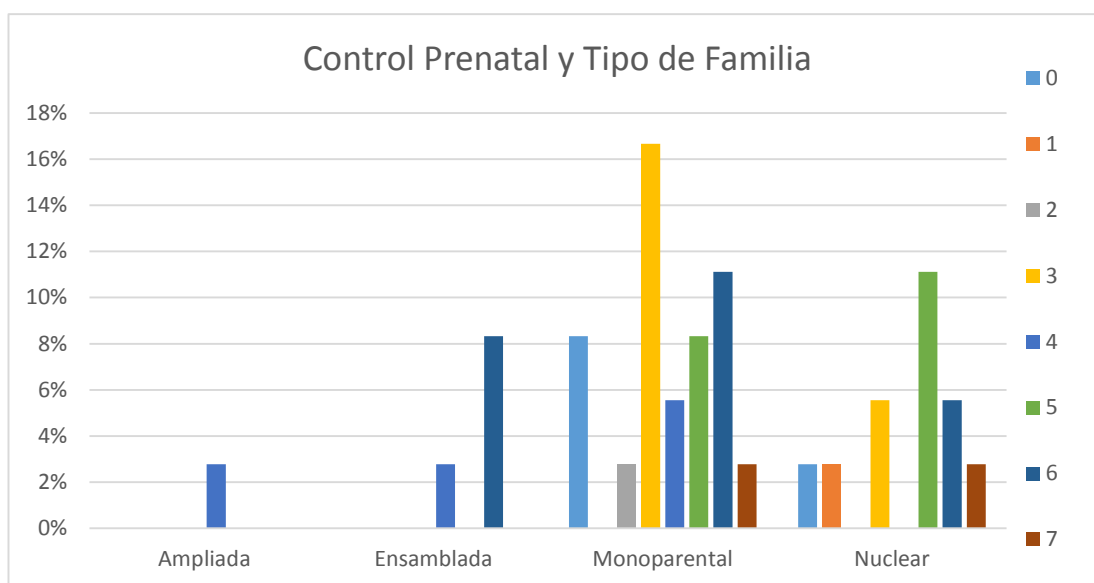
Las madres más jóvenes aparecen con un mayor número de controles prenatales, un dato que, en primera instancia, llama la atención, porque se esperaría que mujeres con mayor edad y mayor experiencia de maternidad sean más responsables que sus compañeras más jóvenes. Esta aparente contradicción, sin embargo, podría deberse al hecho de que la mayoría de las mujeres jóvenes viven con (o están más ligadas a) sus madres que sus congéneres de más edad, y serían esas madres quienes estarían más pendientes (y serían más exigentes) del cuidado prenatal.

Control Prenatal y Nivel Educativo



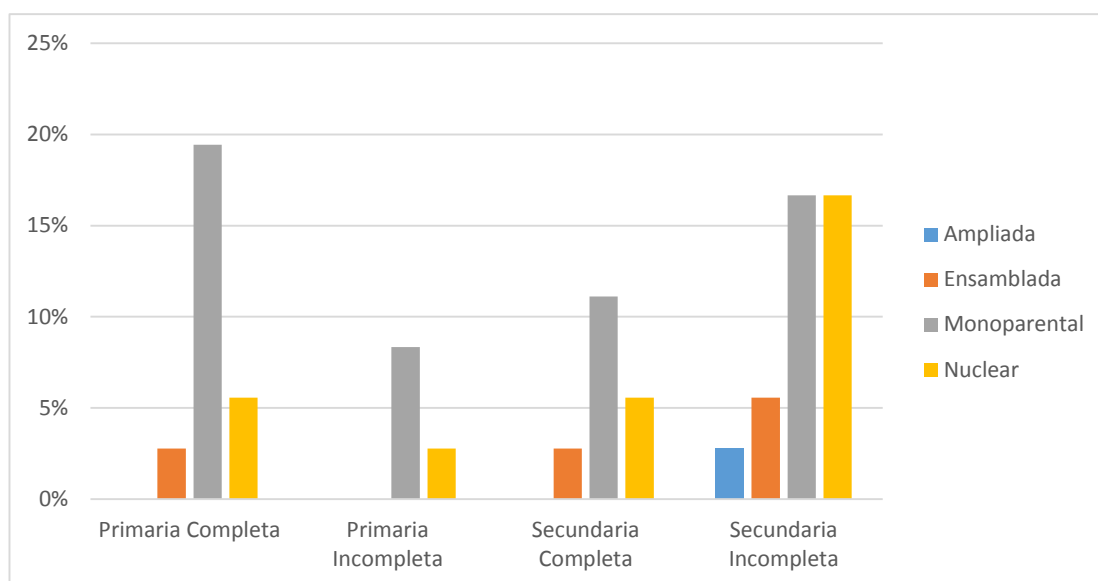
En general, existe un mayor porcentaje de cuidado prenatal en las mujeres con un mayor nivel de académico, lo que parece confirmar la percepción de que la educación contribuye al desarrollo psicosocial de la persona. A mayor desarrollo psicosocial, se espera una mayor conciencia personal y social.

Control Prenatal y Tipo de Familia



Los mayores números de controles prenatales tienden a encontrarse en aquellas madres que vienen de familias monoparentales o nucleares. Este resultado parece corroborar la noción de que una red familiar más cercana sirve de verdadero apoyo a sus miembros y, así, contribuye al reforzamiento positivo de patrones de conducta responsables.

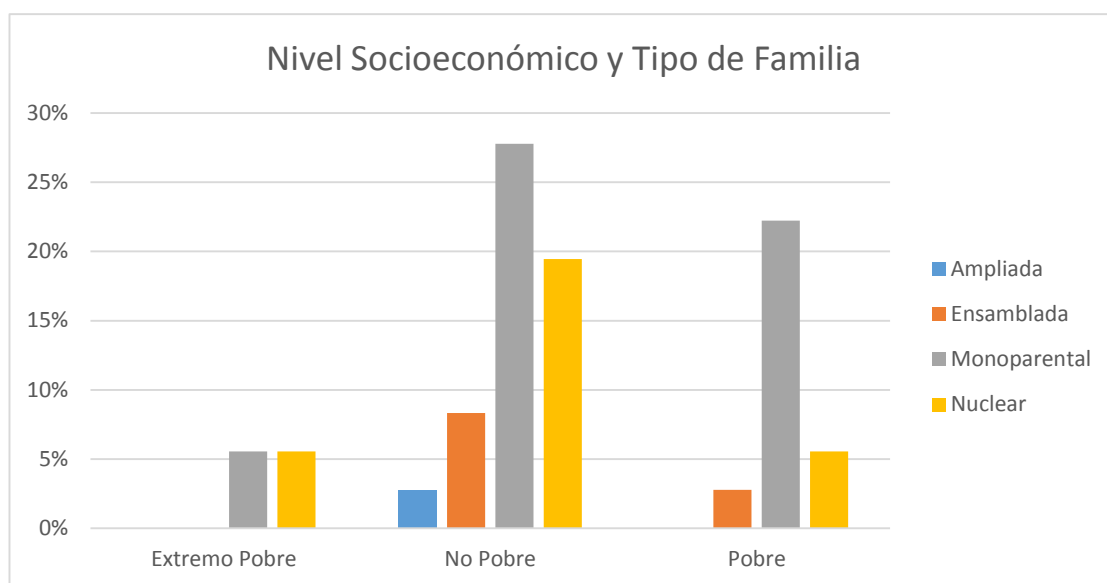
Tipo de Familia y Nivel Educativo



El porcentaje más alto de madres con un nivel de primaria viene de una familia monoparental, mientras que el porcentaje más alto de madres con un nivel de secundaria proviene de familias nucleares. Esta doble correlación parece sugerir que una familia nuclear ofrecería una mejor base motivacional para los estudios.

El éxito en los estudios—es decir, el paso de un nivel académico a otro superior—requiere de una serie de conductas responsables, de hábitos apropiados. Lo que ligaría los resultados de este gráfico con aquellos del gráfico anterior (donde hablábamos de un reforzamiento positivo de patrones de conducta responsables).

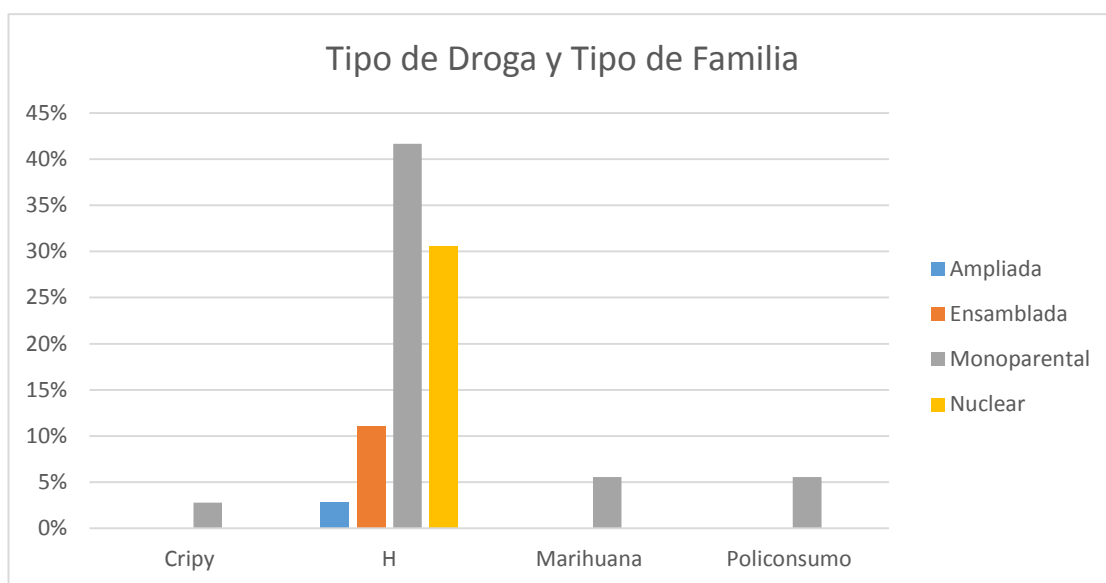
Nivel Socioeconómico y Tipo de Familia



Como expandiendo la impresión (dada por los dos gráficos anteriores) de la influencia positiva que las familias monoparentales o nucleares ejercen sobre sus miembros en cuanto al apoyo psicosocial y el consecuente reforzamiento positivo de patrones de conducta responsables, este gráfico parece relacionar a esas familias (y en particular las nucleares) con un nivel socioeconómico más elevado.

Otro factor concomitante podría ser la probabilidad de que en las familias nucleares padre y madre trabajen, lo que prácticamente duplicaría el ingreso económico familiar.

Tipo de Droga y Tipo de Familia



Indistintamente del tipo de familia, la “H” es la droga de preferencia para la gran mayoría de las madres gestantes, probablemente debido a su bajo costo.

4.2 DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico # 1: Describir las características sociodemográficas de las mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en el hospital.

Nuestro grupo de madres gestantes en situación de consumo de sustancias psicotrópicas presentan las siguientes características demográficas:

- Es un grupo de mujeres jóvenes, cuya edad fluctúa entre los 18 y 29 años, siendo un tercio de ellas adolescentes.
- La gran mayoría (86%) viven en las parroquias Ximena y Febres Cordero.
- La mitad de ellas (52%) no ha terminado la Secundaria. Aproximadamente un tercio (35%) tiene un nivel académico de Primaria. Ocho de ellas (13%) no han terminado la Primaria.
- Un porcentaje significativo (42%) de ellas es pobre o extremadamente pobre.
- Dos tercios de ellas (66%) han estado consumiendo sustancias psicotrópicas por un espacio de tiempo relativamente corto: de uno a tres años, siendo la “H”, de manera predominante (93%) la droga de preferencia.
- Casi la mitad de ellas tuvo insuficiente cuidado prenatal (menos de los cinco chequeos recomendados). Una de cada cinco de ellas tuvo dos o menos visitas médicas antes de dar a luz. Siete de ellas no tuvieron ningún control prenatal.
- Los hijos, una vez tratados por los síntomas del Síndrome de Abstinencia Neonatal, son dados de alta y en la mayoría de los casos (84%) entregados a los familiares de las madres (más frecuentemente a las abuelas maternas).

Objetivo Específico # 2: Develar algún rasgo del proceso de gestación de las mujeres gestantes en situación de consumo.

La “Guía de Práctica Clínica” del Ministerio de Salud Pública (2015) nos informa que según la OMS, el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal, propicia además una adecuada atención del parto, y, por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, disminuyendo así la incidencia de discapacidad por causa congénita.

Para la OMS un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra).

No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (P. 7-8)

Teniendo en cuenta la recomendación del MSP & OMS, la mayoría de las mujeres gestantes de nuestro grupo incurre en una conducta médica de medio o alto riesgo.

Un dato significativo lo constituye el hecho de que, a pesar de los controles prenatales, la drogadicción de las madres gestantes no fue detectada (o, por lo menos, reportada).

Objetivo Específico # 3: Identificar el tipo de familia de donde provienen las mujeres gestantes en situación de consumo.

En cuanto al tipo de familia, las cifras de nuestra muestra (ver Anexo II) dejan ver que un poco más de la mitad (56%) de ellas son monoparentales, cerca de un tercio (31%) son nucleares, y un 11% son ensambladas. La clasificación “ampliada” está representada por sólo una familia.

Considerando su nivel socioeconómico, como indicábamos más arriba, un porcentaje significativo (42%) de las familias es pobre o extremadamente pobre.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES GENERALES

Sin subestimar el peso de los factores de historia personal (como haber sido víctimas de abuso verbal, físico, psicológico o sexual, información que no poseemos), de factores genéticos de los que habla Fernández-Espejo (2002) o de los rasgos de personalidad que pueden predisponer a alguien al abuso de drogas a los que se refieren Menéndez-Díaz y sus colaboradores (2016), nos parece claro que el fenómeno de la farmacodependencia está bastante relacionado a factores ambientales. De hecho, los mismos autores recién mencionados señalan la relevancia del bajo nivel socioeconómico, del pobre cuidado parental y de la disponibilidad de la droga en el fenómeno.

En el caso de nuestras mujeres gestantes, los tres factores ambientales arriba nombrados están presentes: un significativo porcentaje de ellas tiene un bajo nivel socioeconómico y educativo; viven en barrios donde la compra y venta de drogas es común (se podría decir que “la calle” ofrece allí modelos negativos de conducta para los jóvenes); y son hijas de familias monoparentales, donde la necesidad de sus madres de salir a trabajar las privó de un cuidado parental adecuado.

Considerando las cifras registradas de neonatos con Síndrome de Abstinencia Neonatal en el Hospital XYZ en los últimos cuatro años, el fenómeno de mujeres gestantes en situación de consumo de sustancias psicotrópicas (que conlleva el daño neurológico de sus fetos) es un fenómeno claramente en aumento.

Es muy preocupante que este fenómeno, que acarrea enormes repercusiones psicosociales, no está siendo debidamente atendido ni por los hospitales ni por las autoridades sanitarias locales o nacionales.

Un dato significativo lo constituye el hecho de que, a pesar de los controles prenatales, la drogadicción de las madres gestantes no fue detectada (o, por lo menos, reportada).

(Hacia finales de julio de este año nos acercamos al Ministerio de Salud Pública— Coordinación Zonal 8, a indagar sobre el fenómeno estudiado: madres gestantes en situación de consumo. El 31 de Julio obtuvimos una respuesta oficial [ver Anexo III] que indicaba que, *en toda la Zona 8*, el ministerio había atendido 48 mujeres

embarazadas en situación de consumo en lo que iba del año. El número reportado era, claramente, menor del real, puesto que nosotras conocíamos de la existencia de 60 mujeres *sólo en el Hospital XYZ*, hasta finales del mes de Junio. Esta discrepancia tan significativa sugiere que, en parte por ignorancia, la situación que nos atañe no está siendo debidamente atendida.)

Con todo, no podemos, como decíamos al definir nuestro problema de investigación, reducir el fenómeno de la drogodependencia únicamente a las sustancias y sus efectos. Nuestra visión, insistimos, debe ser holística. Tenemos que mirar este fenómeno “en su integralidad: (a) Las sustancias (todas, incluyendo alcohol y tabaco), (b) Los sujetos (niñas/niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, varones, mujeres), (c) Los contextos (familiares, educativos, laborales y comunitarios)”. (Parametría S.A., 2018, párr. 7)

No hay que perder de vista que, desde la mirada sistémica, la conducta es influenciada por una variedad de factores que trabajan juntos como un sistema. Estrictamente hablando, se puede considerar cada factor como un subsistema de un sistema mayor que lo engloba. La familia, por lo tanto, es un sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, trabajo, barrio, servicios sociales, etc.). (Consejería de Salud y Servicios Sociales—Gobierno de la Rioja, 2003)

De ahí que (1) los padres de una persona, sus amigos, su escuela, su nivel económico, su ambiente familiar y otros factores influyen la manera en que ella piensa y actúa, e (2) intentar ayudar a corregir partes que estén faltando o no funcionando eficientemente puede tener un impacto positivo en la conducta. (Social Work Helper, 2019).

A fin de cuentas, una visión holística supone entender a la familia como un “todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas.” (Feixas i Viaplana et al., 2016, p. 3-4)

Esta concepción sistémica del fenómeno, finalmente, comporta una gran importancia para nuestra profesión, puesto que atendemos al problema como un producto de una combinación de muchos factores a los que podemos atender y no como algo negativo inherente a la persona que lo sufre y a la que terminamos por estigmatizar.

5.2 RECOMENDACIONES GENERALES

Basadas en los resultados de nuestra investigación, sugerimos lo siguiente:

- Los controles prenatales deben incluir análisis de laboratorio que permitan detectar el uso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en las mujeres gestantes. Una vez detectado de esta manera, el uso de estas sustancias debería convertirse en asunto de atención prioritaria, con lo que se ayudaría a la mujer gestante y prevendría mayor daño neurológico al feto.
- La detección temprana de la farmacodependencia, que convertiría al caso en uno de atención prioritaria, debería generar un referido inmediato al equipo multidisciplinario del hospital.
- Desde el equipo multidisciplinario, la trabajadora social sanitaria debería realizar una evaluación personal y familiar (sistémica) de la situación, con su concomitante planificación, lo que permitiría intervenir en ella con una visión más amplia del problema y, consecuentemente, con un mayor grado de efectividad.
- En lo posible, la intervención debería incluir terapias unifamiliares, con la trabajadora social sanitaria funcionando como mediadora y facilitadora, lo que ayudaría a involucrar, sensibilizar, y comprometer a la familia en la rehabilitación de la mujer farmacodependiente.
- La inscripción del neonato en el Registro Civil debería ser obligatoria, lo que permitiría una mejor identificación y seguimiento del caso.
- En casos de niños nacidos con SAN, la lactancia materna debería ser prohibida.
- Se deberían crear rutas de intervención para la asesoría y direccionamiento de aquellos casos en donde el niño nacido con SAN no reciba el apropiado seguimiento médico.

6 BIBLIOGRAFÍA

- AAVV. (2019). *Intervención en la Atención Sociosanitaria en Instituciones*. Obtenido de Google:
<https://books.google.com.ec/books?id=KTCxDwAAQBAJ&pg=PA18&lpg=PA18&dq#v=snippet&q=estructura%20familiar&f=false>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 05 de 2019, de Organization of American States:
https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf
- Asamblea Nacional. (26 de 10 de 2015). *Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-Económico de las Drogas*. Recuperado el 05 de 2019, de LEXISFINDER:
<http://www.cfn.fin.ec/wp-content/uploads/2018/11/Ley-Organica-de-Prevencion-Integral-del-Fenomeno-Socio-Economico-de-las-Drogas.pdf>
- Bernal Roldán, M. C., Frari Galera, S. A., & O' Brien, B. (2005). *Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia*. Obtenido de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2186/2288>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación*. Colombia : Pearson.
- Bosch, M. (s.f.). *Entre la heurística y la hermenéutica: las competencias y actitud de los profesionales de la información para la web emergente*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/11881764.pdf>
- Caramelo, G. (2016). *Historia Clínica*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública--Argentina:
<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica>
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de Investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: San Marcos.
- Carrera de Trabajo Social (UCSG). (2019). *Resultados de Aprendizaje de la Carrera*. Obtenido de <https://www.ucsg.edu.ec/distancia/trabajo-social/#resultado>
- CCPIDG. (2017). Obtenido de <http://www.ccpidguayaquil.gob.ec/uploads/publication/131017celebratuvida.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2010). *Estrategia Hemisférica sobre Drogas*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/strategy_2010_spa.asp
- Congreso Nacional. (07 de 07 de 2014). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Recuperado el 05 de 2019, de Lexis: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf

- Congreso Nacional del Ecuador. (2015). *Ley Orgánica de Salud (Reformada)*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Consejería de Salud y Servicios Sociales--Gobierno de la Rioja. (2003). *La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Sanitarios*. Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/15566564/Intervencion_Familiar_en_los_Servicios_Sociales_Comunitarios_Gobierno_de_La_Rioja_Consejeria_de_Salud_y_Servicios_Sociales_Direccion_General_de_Servicios_Sociales_Coordinacion_Servicio_de_Planificacion_y_Servicio_de_Accio
- Consejo Nacional de Planificación. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 "Toda una Vida"*. Obtenido de <https://www.todaunavida.gob.ec/plan-toda-una-vida-politica/>
- COPOLAD. (s.f.). Obtenido de <http://copolad.eu/es/paginas/miembros-del-consorcio>
- Corominas-Roso, M. (2007). *Bases Neurobiológicas de la Adicción*. Obtenido de <http://www.neuroclassics.org>: <http://www.neuroclassics.org/ncl/adic/adiccion.htm>
- De Iceta Ibáñez de Gauna, M. (2005). *Nuevos Conocimientos Sobre la Neurobiología de las Adicciones a Drogas*. Obtenido de Aperturas Psicoanalíticas: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=331>
- Diez Alonso, I. (2015). *La Intervención del Trabajo Social con Familias Problemáticas*. Obtenido de Universidad de Valladolid: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14953/TFG-G1600.pdf;jsessionid=ADD7AA54D5D5CB400380FA01AD678E21?sequence=1>
- Dirección de Salud de Guayaquil. (2019). *Por un Futuro sin Drogas*. Obtenido de <http://porunfuturosindrogas.com>
- Editorial Mad, S.L. (2006). *Psicólogo de la Xunta de Galicia*. Obtenido de Google Books: <https://books.google.com.ec/books?id=RbTYlsMDGvUC&pg=PA212&dq>
- El Telégrafo. (16 de julio de 2017). Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo/1/el-39-de-consumidores-probo-mas-de-una-droga>
- EMCDDA. (2017). *EMCDDA, su punto de referencia en materia de drogas en Europa*. Obtenido de <http://www.emcdda.europa.eu/about-ES>
- Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., Compañ Felipe, V., & Montesano del Campo, A. (2016). *El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar*. Obtenido de Diposit--Universitat de Barcelona: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistematico_Enero2016.pdf
- Fernández-Espejo, E. (2002). *Bases Neurobiológicas de la Drogadicción*. Obtenido de Depósito de Investigación--Universidad de Sevilla:

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32332/basesneurobiologicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Guayaquil. (02 de 05 de 2017). *Gaceta Oficial*. Recuperado el 28 de 06 de 2019, de

<https://www.guayaquil.gob.ec/Gacetitas/Periodo%202014-2019/Gaceta%2060.pdf>

Gutiérrez, J. A. (04 de junio de 2008). *medigraphic*. Obtenido de Hijos de Madres Adictas con Síndrome de Abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n4/v65n4a5.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

INEC. (2010). *Fascículo Provincial Guayas*. Obtenido de

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Metodologia_ENV_2017.pdf

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Metodologia_ENV_2017.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos--INEC. (2018). *www.ecuadorencifras.ec*.

Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Metodologia_ENV_2017.pdf

Izurieta García, L. (2015). *Impacto del consumo de Heroína en la salud de pacientes entre 10 y 17 años en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Ponton en el 2014 y primer trimestre del 2015*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3712/1/T-UCSG-PRE-MED-311.pdf>

MAPFRE. (2019). *Lactancia Artificial*. Obtenido de MAPFRE:

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/nutricion-bebe/lactancia-artificial/>

Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B., Cortés Morelos, J., Ruiz-Contreras, A., & Próspero-García, Ó. (2016). *Neurobiología de las Adicciones*. Obtenido de Medigraphic:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un171b.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Lactancia Materna*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Proyecto Tamizaje Metabólico Neonatal*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>
- Municipio de Guayaquil. (s.f.). *Por un Futuro sin Drogas*. Recuperado el 30 de 06 de 2019, de <http://porunfuturosindrogas.com>
- Naciones Unidas. (2015). Obtenido de https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- NIDA. (2017). *Abuso de la MDMA*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-la-mdma-extasis/que-es-la-mdma>
- OEA. (2013). *El Problema de drogas en las Americas: Estudios*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Organización Mundial de la Salud--OMS. (2019). *Embarazo*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- Parametría S.A. (25 de Enero de 2018). *Orientaciones Básicas para Abordar el Fenómeno Socioeconómico de las Drogas*. Obtenido de <http://parametria.org/2018/01/25/orientaciones-basicas-para-abordar-el-fenomeno-socioeconomico-de-las-drogas/>
- Pereiro Gómez, C. (2009). *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*. Obtenido de Universitas Miguel Hernández: <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Neurobiolog%C3%ADa-de-las-adicciones1.pdf>
- Pinto Núñez, P. (1998). Las Drogas en la Historia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 13. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4217/5873>
- Plan de Reestructuración Jurídica del Estado. (1979). *Constitución del Ecuador de 1979*. Obtenido de https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1978.pdf
- Reforma de la ley de drogas en Ecuador: guía básica*. (2015). Recuperado el 05 de 2019, de <https://www.tni.org/my/node/22564#5a>

- Secretaría Técnica del Prevención Integral. (2017). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio-Económico de las Drogas*. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/PLAN_NACIONAL_DE_PREVENCION_INTEGRAL_Y_CONTROL_DEL_FENOMENO_SOCIO_ECONOMICO_DE_LAS_DROGAS_2017-2021.pdf
- SENPLADES. (2015). *Agenda Zonal/Zona8-Guayaquil/Guayaquil, Samborondón y Durán*.
- SENPLADES. (2017). *Plan Toda una Vida*. Obtenido de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- SIPI. (14 de junio de 2012). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Obtenido de http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ecuador_codigo_de_la_ninez_y_adolescencia_2002.pdf
- Sistema de Información de la Primera Infancia en América Latina--SIPI. (14 de 6 de 2012). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Obtenido de http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ecuador_codigo_de_la_ninez_y_adolescencia_2002.pdf
- Sistema de Información del Registro Social--SIIRS. (2019). *Registro Social*. Obtenido de Unidad del Registro Social: http://www.registrosocial.gob.ec/SIIRS_Web/index.jsf
- Social Work Helper. (2019). *5 Social Work Theories that Inform Practice*. Obtenido de Social Work Helper: <https://www.socialworkhelper.com/2017/01/27/5-social-work-theories-that-inform-practice/>
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El Proceso de la Investigación Científica*. Obtenido de <https://clea.edu.mx/biblioteca/Tamayo%20Mario%20-%20El%20Proceso%20De%20La%20Investigacion%20Cientifica.pdf>
- Transnational Institute. (2015). *Reforma de la Ley de drogas en Ecuador: Guía Básica*. Obtenido de <https://www.tni.org/my/node/22564#1a>
- UNODC. (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*. Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: http://fileserv.idpc.net/library/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- UNODC. (2018). *Resumen, Conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. Obtenido de http://fileserv.idpc.net/library/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

ANEXO I
MADRES GESTANTES EN SITUACIÓN DE CONSUMO
(MATRIZ DE VARIABLES)

| Edad | Controles nata | Tipo de droga | Tiempo de consum | Nivel Educatvo | Nivel Socio económico | Fecha de Nacimiento RN | Talla | Semanas de Gestació | Peso | Inscripción de nacimient | Cuidador Provisional | Parroquias | Allimentación | Representante Legal |
|------|----------------|---------------|------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-------|---------------------|------|--------------------------|----------------------|----------------|-------------------|---------------------|
| 30 | 0 | H | 10 años | Primaria Completa | Pobre | marzo | 50 | 38 | 2810 | No | Abuela Paterna | Ximera | Fórmula Neonatal | No registra |
| 18 | 0 | H | 4 años | Secundaria Incompleta | Pobre | marzo | 52 | 40 | 3950 | Si | Tia | Ximera | No registra | Madre |
| 19 | 1 | H | 4 años | Primaria Completa | No Registro Social | marzo | 51 | 38 | 3070 | No | Abuela Materna | Febres Cordero | Fórmula Neonatal | No registra |
| 24 | 1 | H | 7 años | Primaria Incompleta | Pobre | febrero | 40 | 40 | 2800 | No | Abuela Materna | El Recreo | No registra | No registra |
| 23 | 2 | Marihuana | 3 años | Primaria Completa | Pobre | junio | 52 | 41 | 3800 | No | Abuela Materna | Febres Cordero | Lactancia Materna | No registra |
| 24 | 3 | Marihuana | 10 años | Secundaria Incompleta | Pobre | enero | 47 | 37 | 2650 | No | Padres | Febres Cordero | No registra | No registra |
| 22 | 3 | H | 1 años | Secundaria Completa | No Pobre | marzo | 51 | 39 | 3300 | Si | Padres | Pascuales | No registra | padre & madre |
| 19 | 3 | H | 2 años | Secundaria Completa | No Pobre | marzo | 47 | 38 | 2900 | Si | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | Madre |
| 25 | 3 | H | 10 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | abril | 50 | 38 | 3200 | Si | Tia | Febres Cordero | Fórmula Neonatal | Madre |
| 17 | 3 | H | 2 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | junio | 50 | 38 | 3000 | Si | Abuela Paterna | Pascuales | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 20 | 4 | H | 2 años | Secundaria Completa | Extremo Pobre | enero | 47 | 38 | 2650 | Si | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 21 | 4 | H | 8 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | marzo | 50 | 39 | 3300 | Si | Abuela Materna | Febres Cordero | Lactancia Materna | padre & madre |
| 18 | 5 | H | 1 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | enero | 52 | 39 | 3800 | Si | Abuela Materna | Ximera | Mixta | Madre |
| 18 | 5 | H | 5 años | Primaria Incompleta | Pobre | enero | 48 | 38 | 2400 | No | Abuela Materna | Ximera | No registra | No registra |
| 18 | 5 | H | 5 años | Primaria Completa | Extremo Pobre | marzo | 50 | 37 | 2700 | No | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | No registra |
| 22 | 5 | H | 4 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | marzo | 50 | 37 | 3020 | No | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | No registra |
| 23 | 5 | Marihuana | 7 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | marzo | 43 | 38 | 2700 | No | Bisabuela | Ximera | Mixta | No registra |
| 23 | 5 | H | 2 años | Secundaria Completa | No Pobre | marzo | 48 | 38 | 2400 | Si | Abuela Materna | Ximera | Lactancia Materna | padre & madre |
| 21 | 5 | H-Marihuana | 6 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | abril | 45 | 38 | 2000 | Si | Tia | Ximera | Fórmula Neonatal | Madre |
| 22 | 5 | H | 1 años | Primaria Incompleta | No Pobre | abril | 51 | 37 | 3000 | Si | Abuela Materna | Febres Cordero | No registra | Madre |
| 16 | 5 | Cripi | 3 años | Primaria Completa | Pobre | mayo | 48 | 39 | 2620 | No | Abuela Materna | Ximera | No registra | No registra |
| 15 | 5 | H | 2 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | mayo | 50 | 38 | 2800 | Si | Abuela Materna | Ximera | No registra | padre & madre |
| 18 | 5 | H | 1 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | mayo | 52 | 38 | 3100 | No | Padres | Ximera | Fórmula Neonatal | No registra |
| 24 | 5 | H | 5 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | junio | 51 | 40 | 3100 | No | Tia | Ximera | Fórmula Neonatal | No registra |
| 21 | 5 | H | 3 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | junio | 50 | 38 | 2998 | Si | Padres | Ximera | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 21 | 5 | H | 3 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | junio | 47 | 37 | 2600 | No | Bisabuela | García Moreno | No registra | No registra |
| 15 | 6 | H | 1 años | Primaria Completa | Pobre | enero | 50 | 37 | 2870 | Si | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 16 | 6 | H | 1 años | Secundaria Incompleta | Extremo Pobre | enero | 51 | 39 | 3400 | Si | Abuela Materna | Tarqui | Lactancia Materna | padre & madre |
| 15 | 6 | H | 1 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | enero | 46 | 38 | 1860 | Si | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 18 | 6 | H | 2 años | Primaria Incompleta | No Pobre | febrero | 48 | 37 | 2700 | No | Tia | Ximera | Lactancia Materna | No registra |
| 18 | 6 | H | 1 años | Secundaria Completa | No Pobre | abril | 42 | 37 | 2000 | Si | Padres | Ximera | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 21 | 6 | H | 3 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | mayo | 46 | 38 | 2600 | Si | Tia | Ximera | Lactancia Materna | Madre |
| 18 | 6 | H | 1 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | mayo | 48 | 38 | 2700 | No | Abuela Materna | Febres Cordero | No registra | No registra |
| 23 | 6 | H | 3 años | Secundaria Incompleta | No Pobre | mayo | 49 | 39 | 3000 | Si | Abuela Materna | Ximera | Fórmula Neonatal | padre & madre |
| 20 | 6 | H | 1 años | Primaria Completa | No Pobre | mayo | 49 | 38 | 2900 | No | Padres | Ximera | Fórmula Neonatal | No registra |
| 20 | 6 | H | 3 años | Primaria Incompleta | No Registro Social | mayo | 50 | 39 | 3000 | Si | Padres | Febres Cordero | Lactancia Materna | padre & madre |
| 19 | 7 | H | 1 años | Secundaria Incompleta | Extremo Pobre | abril | 51 | 39 | 3390 | No | Abuela Materna | Samborombón | Fórmula Neonatal | No registra |
| 21 | 8 | H | 2 años | Primaria Incompleta | No Registro Social | enero | 51 | 38 | 2860 | Si | Abuela Materna | Febres Cordero | No registra | padre & madre |
| 18 | 8 | H-Cocaína | 5 años | Secundaria Incompleta | No Registro Social | marzo | 49 | 38 | 3120 | Si | Tia | Febres Cordero | Fórmula Neonatal | Madre |

ANEXO II
MUJERES GESTANTES EN SITUACIÓN DE CONSUMO
MATRIZ DE VARIABLES II
(INCLUYENDO TIPOLOGÍA FAMILIAR)

| Edad | Control Prenatal | Sustancia | Tiempo Consumo | Nivel Educativo | Nivel Socio Economico | Tipo de familia |
|------|------------------|------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| 15 | 6 | H | 1 | Primaria Completa | Pobre | Ensamblada |
| 24 | 3 | Marihuana | 10 | Secundaria Incompleta | Pobre | Monoparental |
| 21 | 3 | H | 2 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Monoparental |
| 16 | 6 | H | 1 | Secundaria Incompleta | Extremo Pobre | Monoparental |
| 15 | 6 | H | 1 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Nuclear |
| 20 | 4 | H | 2 | Secundaria Completa | Extremo Pobre | Monoparental |
| 22 | 0 | H | 5 | Primaria Completa | Pobre | Monoparental |
| 18 | 6 | H | 2 | Primaria Incompleta | No Pobre | Monoparental |
| 23 | 4 | Policonsum | 1 | Secundaria Incompleta | Pobre | Monoparental |
| 18 | 5 | H | 5 | Primaria Completa | Extremo Pobre | Nuclear |
| 21 | 4 | H | 8 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Ensamblada |
| 21 | 4 | H | 3 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Ampliada |
| 30 | 0 | H | 10 | Primaria Completa | Pobre | Nuclear |
| 18 | 0 | H | 4 | Secundaria Incompleta | Pobre | Monoparental |
| 22 | 3 | H | 1 | Secundaria Completa | No Pobre | Nuclear |
| 19 | 3 | H | 2 | Secundaria Completa | No Pobre | Monoparental |
| 23 | 5 | H | 2 | Secundaria Completa | No Pobre | Nuclear |
| 19 | 3 | H | 4 | Primaria Completa | No Pobre | Monoparental |
| 19 | 7 | H | 1 | Secundaria Incompleta | Extremo Pobre | Nuclear |
| 18 | 6 | H | 1 | Secundaria Completa | No Pobre | Ensamblada |
| 21 | 0 | H | 5 | Primaria Completa | No Pobre | Monoparental |
| 25 | 5 | H | 1 | Secundaria Completa | No Pobre | Monoparental |
| 22 | 5 | H | 1 | Primaria Incompleta | No Pobre | Monoparental |
| 21 | 3 | H | 3 | Primaria Incompleta | Pobre | Monoparental |
| 16 | 5 | Cripy | 3 | Primaria Completa | Pobre | Monoparental |
| 15 | 5 | H | 2 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Nuclear |
| 19 | 3 | H | 1 | Secundaria Completa | No Pobre | Monoparental |
| 21 | 6 | H | 3 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Ensamblada |
| 18 | 6 | H | 1 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Nuclear |
| 23 | 6 | H | 3 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Monoparental |
| 20 | 6 | H | 1 | Primaria Completa | No Pobre | Monoparental |
| 24 | 5 | H | 5 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Nuclear |
| 17 | 3 | H | 2 | Secundaria Incompleta | No Pobre | Nuclear |
| 18 | 7 | Policonsum | 3 | Primaria Completa | Pobre | Monoparental |
| 23 | 2 | Marihuana | 3 | Primaria Completa | Pobre | Monoparental |
| 24 | 1 | H | 7 | Primaria Incompleta | Pobre | Nuclear |

ANEXO III

INFORME TÉCNICO DEL MSP—COORDINIZACIÓN ZONAL 8

MINISTERIO DE SALUD



| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA COORDINACIÓN ZONAL 8 - SALUD | |
| DIRECCIÓN ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | Fecha de Elaboración: 31/07/2019 |
| Área / Proceso: Gestión Interna de Discapacidades | Número de informe: GID-2019-0038 |
| Página 1 de 5 | |
| INFORME TÉCNICO | |



PARA: Dr. Eduardo Stay, Coordinador de Salud Zonal 8

ASUNTO: Informe de Embarazadas con Problemática de Adicción

ANTECEDENTES

En atención al Memorando MSP-CZ8S-GISZ-2019-3279-E, con asunto Solicitud de Información para Proyecto de Tesis en carrera de Trabajo Social en el cual se solicita la siguiente información:

- *“Conocer si existe dentro del MSP un protocolo establecido para atender a mujeres embarazadas con problemas de adicción (antes, durante y después del parto) y después de ser atendidas de su parto o cesárea cual es el proceso para la entrega de sus hijos ya que como es de conocimiento el uso de estas sustancias.*
- *Existen seguimientos en estos casos, quienes lo realizan.*
- *Existe porcentajes de cuantas madres han tenido a sus hijos con este problema de adicción en el año 2018, y si existe cifras de enero a junio del 2019. (Me he dirigido al INEC y no cuentan con esta información)*
- *Existen políticas públicas para proteger a los RN nacidos de madres con problemas de adicción.*
- *Si fuera factible previo a su autorización dirigimos alguna institución del Ministerio de Salud Pública y conversar con los servidores públicos, (Trabajadora Social, Psicólogo Clínicos y Médicos) para conocer de primera mano cómo se está dando y atendiendo dicha problemática.”*

El consumo problemático de drogas ha generado un impacto y magnitud creciente en todo el mundo, siendo motivo de preocupación en nuestra comunidad. Las dificultades inherentes al abordaje de estos problemas, dado su carácter complejo, multidimensional y su dinámica cambiante, exigen un esfuerzo importante para lograr la necesaria cooperación intersectorial que permita el diseño y ejecución de acciones orientadas a su control y eventual eliminación.

Considerando que en el Modelo de Atención Integral de Salud; la salud mental también se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades para alcanzar sus propios objetivos (OMS,2004). En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

En el Ecuador la Constitución de la República señala la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental a la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental y en el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental

En la Constitución del Ecuador en el artículo 43 señala “El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en



| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA COORDINACIÓN ZONAL 8 - SALUD | |
| DIRECCIÓN ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | Fecha de Elaboración: 31/07/2019 Número de informe: GID-2019-0038 |
| Área / Proceso: Gestión Interna de Discapacidades | Página 2 de 5 |
| INFORME TÉCNICO | |

periodo de lactancia los derechos a: No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. La gratuidad de los servicios de salud materna. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.”

Bajo estos conceptos legales el Modelo de Atención Integral de Salud, enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud, y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios, superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marca aún el que hacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Proporcionar información que solicita estudiante de un Centro de Educación Superior de la ciudad de Guayaquil inherente al Tema de Embarazadas con consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas.

Objetivos Específicos:

- Brindar información sobre las modalidades de atención que presta el Ministerio de Salud Pública.
- Explicar la ruta de atención en uso y consumo de problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, que se realiza en las Unidades Operativas y como se articulan las acciones en segundo y tercer nivel.
- Informar al público como deben acceder a la atención integral de la cartera de servicios en los Centros de Salud.

DESARROLLO DE CONTENIDO / HALLAZGOS / RESULTADOS

USUARIAS QUE TIENEN QUE VER CON EL CONSUMO DE ALGUN TIPO DE DROGA AÑOS 2018-2019

1. **Número de embarazadas con diagnóstico de consumo de drogas, 2018**

Nº De Embarazadas con Diagnostico de consumo, Coordinación Zonal 8 Año 2018-2019

| Año | Atenciones | Número de embarazadas |
|------|-------------------|-----------------------|
| 2018 | Médico/Obstétrico | 123 |
| 2019 | Médico/Obstétrico | 48 |



| | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA COORDINACIÓN ZONAL 8 - SALUD | | |
| DIRECCIÓN ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | Fecha de Elaboración: | 31/07/2019 |
| Área / Proceso: Gestión Interna de Discapacidades | Número de Informe: | GID-2019-0038 |
| | Página 3 de 5 | |
| INFORME TÉCNICO | | |

2. Número de embarazadas con diagnóstico de consumo de drogas por edad, años 2018-2019

Nº de Embarazadas con Diagnostico de Consumo, según Grupos de Edad, Coordinación Zonal 8 Año. Año 2018-2019

| Edad | 2018 | 2019 |
|--------------|------------|-----------|
| 10 - 14 AÑOS | 0 | 3 |
| 15 - 19 AÑOS | 66 | 13 |
| 20 - 40 AÑOS | 57 | 32 |
| TOTAL | 123 | 48 |

Consumo de drogas en mujeres embarazadas.

En el marco de la política de atención integral en salud mental y con el fin de garantizar calidad de vida a mujeres embarazadas en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el Ministerio de Salud Pública cuenta con la Línea gratuita 171, en la opción 1 para obtener cita en el centro de salud (1º nivel) más cercano al domicilio de la usuaria. En el cual es evaluada y diagnosticada (por psicólogo y médico) para luego establecer de acuerdo a la complejidad una modalidad de tratamiento que se explica a continuación. En la opción 2 para información acerca de los servicios de salud.

Primer nivel:

Aquí se iniciará la intervención a las usuarias por lo que en este nivel se detectará, atenderá, captará, motivará y derivará a otros niveles de atención para el inicio del tratamiento. También, en este nivel se atenderá las necesidades sociales y sanitarias básicas, se facilitará información y asesoramiento a las usuarias y sus familias. Y finalmente se contemplarán actuaciones para reducción de daños y riesgo con el consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas.

El médico o profesional de la salud que atienda a estas usuarias será el encargado directo de realizar la referencia al segundo nivel de atención, captar la contra-referencia y posteriormente encargarse de su seguimiento.

Atención Ambulatoria Básica:

- 80 % en atención, de tipo médica y psicológica a nivel de zona 8.
- 116 Centros de salud a nivel zonal con atención ambulatoria los cuales están ubicados en los centros de Salud Tipo A y Tipo B.



| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
|  MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA COORDINACIÓN ZONAL 8 - SALUD | | |
| DIRECCIÓN ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | Fecha de Elaboración: | 31/07/2019 |
| Área / Proceso: Gestión Interna de Discapacidades | Número de informe: | GID-2019-0038 |
| | Página 4 de 5 | |
| INFORME TÉCNICO | | |

Ambulatorios Intensivos:

Tiene como finalidad brindar una atención integral a personas con trastornos mentales graves y consumo problemático de alcohol y otras drogas, ofertando de esta manera una atención en modalidad intensiva, permitiendo la planificación terapéutica dentro de una perspectiva individualizada y grupal de evolución continua. La coordinación zonal 8 cuenta con 4 servicios ambulatorios intensivos:

Tabla 1. Servicios Ambulatorios Intensivos CZ08

| Nro. | Servicio |
|------|-------------------------------------------------------|
| 1. | Servicio Ambulatorio Intensivo Durán. |
| 2. | Servicio Ambulatorio Intensivo Cisne II. |
| 3. | Servicio Ambulatorio Intensivo Santiago de Guayaquil. |
| 4. | Servicio Ambulatorio Intensivo Martha de Roldós. |

Fuente: Informes de factibilidad de implementación de SAI.
 Elaborado por: Gestión Interna de Salud Mental, Coordinación zonal 8

Segundo nivel:

Unidades de Salud Mental Hospitalarias (USMH)

Son unidades que atienden en régimen de hospitalización y atención ambulatoria a la población que requiera atención de Salud Mental por problemas de mayor complejidad, que necesita internamiento breve, como modo de contención de las crisis psicopatológicas o de la reagudización de sus cuadros clínicos. Se incluyen también los cuadros de intoxicación aguda por consumo de drogas. Presta asistencia en régimen ambulatorio a usuarios con trastorno mental grave (TMG), derivados por los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, cuando éstos requieren tratamiento de rehabilitación y reintegración social con orientación a la recuperación.

Las USMH cuentan con recursos especiales que las hacen diferentes de otros recursos (camas, médicos de otras especialidades, atención 24 horas, acceso a pruebas diagnósticas complejas, etc.). La coordinación zonal 8 cuenta con 4 Unidad de Salud Mental Hospitalarias:



| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
|  MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA COORDINACIÓN ZONAL 8 - SALUD | | |
| DIRECCIÓN ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | Fecha de Elaboración: | 31/07/2019 |
| Área / Proceso: Gestión Interna de Discapacidades | Número de Informe: | GID-2019-0038 |
| | Página 5 de 5 | |
| INFORME TÉCNICO | | |

Tabla 2. Servicios de Unidades de Salud Mental Hospitalarias CZ08

| Nro. | Servicio |
|------|----------------------------------------------------------------|
| 1. | Hospital General Monte Sinai |
| 2. | Hospital General Guasmo Sur |
| 3. | Hospital de Especialidades Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón. |
| 4. | Hospital Especializado Mariana de Jesús |

Fuente: Informes de implementación de USMH

Elaborado por: Gestión Interna de Salud Mental, Coordinación zonal 8

Tercer nivel:

Los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CETAD), es un establecimiento que presta servicios especializados destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) cuentan con profesionales de medicina general, terapeuta ocupacional, psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, auxiliar de enfermería, nutricionista (interconsulta), bioquímico farmacéutico y operadores terapéuticos.

Tabla 3. Capacidad / infraestructura estatal de Centros Especializados en Centro Especializado de Tratamiento de Alcohol y otras Drogas, mujeres menores de edad

| Nro. | CETAD | Camas |
|------|---------------------------|-------|
| 3 | Casa de acogida Pumamaqui | 22 |

Fuente: Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental

En el caso de mujeres adultas en consumo de drogas que requieran internamiento se realiza compra de servicios a prestador de servicios externo.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cárdenas Núñez, Karina Laura** con C.C: # **0930271333** & **García Moncada, Wendy Allison** con C.C: # **0918694316**, respectivamente, autoras del trabajo de titulación, “**Características de mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019**” previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de Septiembre de 2019

f. _____
Cárdenas Núñez, Karina Laura
C.C: **0930271333**

f. _____
García Moncada, Wendy Allison
C.C: **0918694316**



| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN | | | |
| TEMA Y SUBTEMA: | “Características de mujeres gestantes, en situación de consumo de sustancias psicotrópicas, atendidas en un hospital materno-infantil de la ciudad de Guayaquil durante el primer semestre del año 2019” | | |
| AUTORAS: | Cárdenas Núñez, Karina Laura García Moncada, Wendy Allison | | |
| TUTOR: | Franco Palacios, Jaime Fernando | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas | | |
| CARRERA: | Trabajo Social | | |
| TITULO OBTENIDO: | Licenciada en Trabajo Social | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 9 de Septiembre de 2019 | No. DE PÁGINAS: | 72 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Trabajo Social, Drogadicción, Salud, Derechos | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Madres Gestantes, Drogodependencia, Síndrome de Abstinencia Neonatal, Factores Ambientales, Trabajo Social Sanitario | | |
| RESUMEN/ABSTRACT: | <p>Existe una realidad mayormente desatendida: el fenómeno social de madres gestantes en situación de consumo de sustancias psicotrópicas que terminan dando a luz a niños con Síndrome de Abstinencia Neonatal.</p> <p>El consumo de sustancias psicotrópicas por parte de la madre gestante impacta negativamente en la salud física y mental de ella y, por extensión, en el desarrollo del feto en su vientre. Por lo que el problema, del cual ellas son las primeras víctimas, implica la vulneración del derecho a la salud de ellos.</p> <p>El estudio trabajó con un universo de 60 mujeres gestantes, de las cuales, eventualmente, se tomó una muestra de 33 de ellas. Su enfoque fue cuantitativo, a partir del uso de dos matrices de datos (recolectados de seis documentos de registro sanitario), su tipo fue exploratorio y su nivel descriptivo, e involucró dos métodos de investigación: (1) el inductivo, que nos permitió empezar con una percepción individual a arribar a algo más general, y (2) el heurístico, que nos permitió darle integridad al proceso investigativo.</p> <p>Los resultados evidenciaron una triple necesidad: hacer más visible este fenómeno social (que afecta a una doble población: madres e infantes), desarrollar protocolos de atención para ambos, y sugerir un curso de seguimiento en el área de Trabajo Social Sanitario.</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593-9-97733796 | mir.s@hotmail.es | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):: | Nombre: Muñoz Sánchez, Christopher Fernando | | |
| | Teléfono: +593-9-90331766 | | |
| | christopher.munoz@cu.ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |