L.GM.DDSS.AAIP.PNSM.PNAA.160321 Lineamiento para la detección oportuna y referencia de Mujeres embarazadas o en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social	
Elaborado por	Programa de Normalización de la Atención a la Mujer Programa de Normalización para la Atención de las Adicciones
Colaboran en el diseño	-Coordinación Nacional de Enfermería -Programa de Normalización de la Atención a la Niñez
Para	-Directoras y Directores Regionales -Directores y Directoras de Hospitales y Áreas de Salud -Personal Médico (medicina general y especialistas), Profesional de Enfermería en Obstetricia y personal de salud en general
Revisado por	-Personal de distintos servicios de la CCSS -Funcionarios y funcionarias de los Programas del Área de Atención Integral a las Personas
Avalado por	Gerencia Médica Oficio xxxxx
Fecha	Marzo 2021

Relación con Normativa vigente:

Ley N º 5412. Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973).
Ley N º 8289. Reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (2002).
Ley Nº 8204. Ley sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas (2002).
Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 2021.
Decreto Nº 37110-S. Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012).
Ley No 9028. Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012).
Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018 “Alberto Cañas Escalante”.
Decreto N°40556-S.Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud (2017).
Protocolo Clínico de atención al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud (2020)

Justificación:

El presente documento constituye un lineamiento que contiene indicaciones de carácter técnico que deben ser cumplidas por profesionales vinculados a la Consulta de Control Prenatal, posparto y lactancia en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Surge tras la necesidad de abordar desde la Institución la situación de consumo de sustancias psicoactivas en diversas poblaciones, entre ellas mujeres embarazadas, por las complicaciones asociadas, por ejemplo, el uso problemático de alcohol es el tercer factor de riesgo principal de muerte prematura y discapacidad en el mundo, lo que plantea la necesidad de continuar los esfuerzos sistemáticos por abordar esta realidad, especialmente teniendo en cuenta que según la OMS[1] en las Américas el alcohol se relaciona con el 4,7% de todas las muertes y el 6,7% de las discapacidades.

Además, se señala un comportamiento particular según género, ya que en todos los países de América los hombres consumen más alcohol y más frecuentemente que las mujeres, pero las mujeres sufren más estigma por este consumo. Sin embargo, hay una tendencia al cambio de este comportamiento social, ya que en los últimos años se ha detectado un aumento del consumo de esta sustancia por parte del grupo de mujeres de la región, por ejemplo, en Estados Unidos las mujeres de 12 a 20 años tienen una tasa de consumo de alcohol muy similar a los hombres en ese mismo rango de edad. También se ha detectado que a pesar de que 1 de cada 3 personas que consumen sustancias en el mundo es una mujer, esta población representa solo 1 de cada 5 personas que es tratada por esta problemática[2].

Otro elemento importante relacionado a las particularidades del consumo según género es que frente a las adversidades los hombres desarrollan con más frecuencia conductas violentas y consumo de sustancias, mientras que en las mujeres es más habitual respuestas ansiosas y depresivas asociadas con la automedicación de sedantes y opioides con fines no médicos, por lo que es fundamental indagar la existencia de este tipo de consumo [3].

Siempre haciendo referencia al grupo de mujeres que consumen sustancias psicoactivas, se ha detectado que tienen[4]:

- Más factores de riesgo que los hombres dependientes.
- Mayor frecuencia de antecedentes heredofamiliares de consumo de alcohol.
- Entorno familiar más vulnerable.

[1] OPS. Curso Virtual: La salud de la mujer y el embarazo: enfoques integrales para prevenir problemas asociados con la exposición prenatal al alcohol. Disponible en https://mooc.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=103
[2] UNODC. 2015. Informe mundial sobre las drogas 2015 resumen ejecutivo. Viena.
[3] UNODC. Informe mundial sobre las Drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2018. Viena
[4] OPS. Curso Virtual: La salud de la mujer y el embarazo: enfoques integrales para prevenir problemas asociados con la exposición prenatal al alcohol. Disponible en https://mooc.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=103

- Mayor probabilidad de tener una pareja con consumo de alcohol que la que tienen los hombres.
- Más barreras para encontrar tratamiento.
- Mayor estigmatización social, lo que conlleva más dificultad para hablar del tema, incluso en los servicios de salud.

En cuanto a la población de mujeres embarazadas en las Américas, se ha estimado que la prevalencia de consumo de alcohol es variable, siendo más alta en países del Caribe donde llega a 25% y más baja en Sur América donde se estima alrededor de 10%.

Es por esto, que es de suma importancia generar acciones a nivel nacional e institucional, de forma que se brinden espacios para que el embarazo pueda ser una oportunidad de proporcionar tratamiento para los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas a las mujeres embarazadas, lo cual tiene un enorme potencial para cambios positivos que mejoren la vida tanto para la madre como del hijo, su pareja y otros familiares[5].

Además, se debe tener en cuenta que desde 1980 la OMS ha señalado la importancia de la detección temprana, ya que es una oportunidad para promover la salud y evitar problemas futuros, incorporar el tema en el contexto de la persona, identificar diferentes niveles de problemas y alcanzar los niveles de atención adecuados. Asimismo, la OMS enfatiza que la detección de consumo de sustancias psicoactivas debe ser un procedimiento de rutina, así como es la detección y atención de diabetes mellitus como parte del control prenatal[6].

La *detección*, *entrevista motivacional* y la *referencia para tratamiento* son prácticas basadas en evidencia utilizadas para identificar, reducir, y prevenir los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas, en particular en entornos de la salud que no están especializados en el tratamiento de dichos trastornos (por ejemplo, la Consulta de Control Prenatal y Primer Nivel de Atención). La detección y entrevista motivacional se pueden implementar de manera rápida y económica por lo que ocasionan una mínima interferencia con la prestación de otros servicios[7].

Específicamente en el país, la Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica[8], del año 2012, define que el país cuenta con un Sistema Nacional de Tratamiento, cuyos principales actores son el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Caja Costarricense

[5] UNODC/WHO. Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. 2017.
[6] OPS. Curso Virtual: La salud de la mujer y el embarazo: enfoques integrales para prevenir problemas asociados con la exposición prenatal al alcohol. Disponible en https://mooc.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=103
[7] UNODC/WHO. Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. 2017.
[8] Costa Rica. Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco, otras drogas en Costa Rica. 2012.

del Seguro Social (CCSS), las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), y otras entidades públicas y privadas.

El IAFA cuenta con los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) los cuales se encuentran distribuidos en el territorio nacional (Ver Anexo #1). Asimismo, se cuenta con el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para las Personas Menores de Edad.

Por su parte, la CCSS cuenta con diversas alternativas destinadas al abordaje de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Desde la modalidad ambulatoria existen 35 Clínicas de Cesación de Tabaco (Ver Anexo #2) y con 13 Equipos interdisciplinarios de Salud Mental, Adicciones y Violencia - EISAM- (Ver Anexo #3), además de opciones de hospitalización como son el Programa Nuevos Horizontes para personas menores de edad en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, y la Unidad de Patología Dual para personas mayores de edad en el Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut.

En relación con los EISAM, éstos son equipos que brindan atención ambulatoria, exclusiva para personas con trastornos mentales, del comportamiento y personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Están conformados por profesionales en medicina general, psicología, trabajo social y enfermería en salud mental. Dichos equipos se ubican en el Segundo Nivel de Atención y forman parte de la red de servicios de salud de la CCSS.

Por otro lado, el Decreto N°40556-S de Modificación del Reglamento de Vigilancia de la Salud [9] señala que es una acción de declaración obligatoria el reporte de los diagnósticos relacionados con consumo de sustancias, de F10 a F19, lo que enmarca y refuerza la justificación del presente Lineamiento y las acciones propias en este descritas.

9 Ministerio de Salud. (2017). Decreto N°40556-S de Modificación del Reglamento de Vigilancia de la Salud

Objetivo:

Definir las acciones para la detección oportuna y referencia de mujeres embarazadas y en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en los servicios de salud de la CCSS.

Fundamentación del lineamiento:

En el presente apartado se vierte el fundamento teórico del lineamiento y tiene el objetivo de brindarle al profesional vinculado a la Consulta de Control Prenatal y posparto los elementos básicos que le permitan acompañar las acciones indicadas en el apartado de Descripción del Lineamiento. Se expondrán algunas *características del diagnóstico* y consecuencias del consumo de sustancias por parte de mujeres embarazadas, incluyendo el *Síndrome Alcohólico Fetal* y la condición de *Alto riesgo obstétrico*, seguidamente se desarrolla el fenómeno del consumo de sustancias en su *Etiología multifactorial* y la *Entrevista motivacional* como herramienta específica que debe realizar el profesional al identificar mujeres en consumo; y finalmente se brinda un acercamiento a los *Derechos Humanos,* como el marco referencial desde el cual se debe realizar cualquier abordaje institucional. Cada uno de estos temas se desarrolla a continuación:

A. Características de los diagnósticos asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante definir el patrón de consumo (consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia a la sustancia), así como la presencia de síndrome de abstinencia.

El *consumo de riesgo* es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la persona o los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno[12].

Se entiende por *consumo perjudicial,* aquel patrón de consumo de sustancias psicoactivas que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por la sustancia[10].

[10] OMS. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2001.

Por su parte, la *dependencia* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de una sustancia psicoactiva. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia, y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe[11].

El *síndrome de abstinencia* es un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables, que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un periodo prolongado y/o en dosis altas. El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de síndrome de dependencia. El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la intoxicación aguda[12].

B. *Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas:*

La condición de consumo de sustancias psicoactivas en este periodo se constituye un foco de atención a nivel mundial, ya que se ha asociado a múltiples problemas tanto de salud como sociales, por ejemplo[13]:

Para la mujer embarazada:

- Situaciones de violencia de género o violencia intrafamiliar.
- Altos niveles de estrés durante la gestación.
- Desempleo, poco apoyo social y abandono.
- Uso de alcohol y sustancias psicoactivas por parte de pareja y familia.
- Bajo conocimiento sobre el daño del tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas durante el embarazo.
- Embarazo no planificado.
- Retraso en el inicio de la Consulta de Control Prenatal.
- Aborto espontáneo.
- Aumento de riesgo de transmisión de VIH y hepatitis viral.[14]
- Entre otros.

[11] OMS. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2001.
[12] OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid. 1994.
[13] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[14] UNODC. 2015. Informe mundial sobre las drogas 2015 resumen ejecutivo. Viena.

Para el niño:

- Alteración del desarrollo físico.
- Problemas en el desarrollo mental.
- Anomalía en el desarrollo emocional.
- Síndrome alcohólico fetal.
- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Síndrome de abstinencia.
- Muerte súbita[15].
- Entre otros.

Específicamente en relación al Trastorno del espectro alcohólico fetal, cuando una mujer embarazada consume alcohol, este llega directamente al feto a través de su torrente sanguíneo. Estos niños pueden nacer con un Trastorno del Espectro del Alcoholismo Fetal (TEAF), que es un término genérico que engloba todos los trastornos relacionados con el alcohol. De ellos, el más grave y el más fácil de identificar es el síndrome alcohólico fetal. Los TEAF se asocian a un amplio abanico de problemas físicos, cognitivos y del comportamiento, como retrasos en el crecimiento y el desarrollo, anomalías faciales y disfunciones cerebrales. Recientemente se han identificado más de 400 afecciones que pueden aparecer en personas con TEAF[16], por lo que informar esto a la mujer embarazada que consume alguna sustancia puede impactar positivamente en la conducta de consumo.

C. *Alto riesgo obstétrico:*

El embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el niño. Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay más peligro para la salud de la madre y la del feto en un embarazo de alto riesgo. En él tanto la madre como el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto[17]

D. *Etiología multifactorial del consumo de sustancias*

[15] Aguilar Ceniceros AM y cols. (2005). Morbilidad neonatal por drogadicción de la mujer embarazada. En: Acta Pediátrica de México Volumen 26, Núm. 5, septiembre-octubre, 2005

[16] OMS. El costo que conlleva beber alcohol durante el embarazo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Volumen 95, Número5, mayo 2017, 313-338. Revisado en: https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517/es/

[17] Organización Mundial de la Salud (OMS). Maternidad Saludable. Disponible en: http:// www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm

A nivel mundial existe consenso en que la etiología de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas es de naturaleza multifactorial, contemplándose aquí tanto elementos genéticos como aspectos psicosociales. En cuanto a los primeros, diversos estudios han concluido que la importancia que se da a los factores genéticos en este tipo de problemática oscila entre el 30% y el 70%[18], y que el consumo de sustancias es un trastorno complejo desde el punto de vista genético porque no exhiben un patrón de herencia atribuible a un único gen, sino que por el contrario la etiología es poligénica, es decir, que hay varios genes implicados y que estos pueden estarse viendo influidos o modificados por factores biológicos no heredables (como mutaciones) o por factores ambientales[19].

En cuanto a los factores psicosociales, múltiples estudios[20,21,22] han señalado muchos elementos relacionados al consumo. Por ejemplo, entre los aspectos psicológicos e individuales se mencionan, entre otros, los siguientes:

- Trastornos del comportamiento: trastornos afectivos, psicóticos, estrés agudo, estrés postrauma, etc.
- Búsqueda de satisfacción del placer
- Respuestas emocionales y socioafectivas particulares
- Baja autoestima
- Alteración de la autopercepción corporal y atribución de cambio de peso al uso de alguna sustancia
- Carencia de habilidades de autocontrol
- Alteraciones en el autoconcepto
- Deseo de experimentación y conductas exploratorias
- Falta de ejercicio
- Enfermedades infectocontagiosas, entre otros

En referencia a elementos de corte social, familiar y comunitario, se encuentran los siguiente:

- La deseabilidad social o necesidad de integración a un grupo
- Vivir fuera del núcleo familiar durante la juventud

- Permisividad social
- Mayor accesibilidad a sustancias
- Carencia de habilidades sociales
- Provenir de hogares con niveles socioeconómicos bajos
- Experiencias de privación de libertad
- Ser víctima o sobreviviente de violencia
- Pertenecer a una familia disfuncional
- Vivir desigualdad social, estigma, discriminación, adversidad y abusos en la infancia, otros.

En conclusión, múltiples aportes indican que el consumo de sustancias psicoactivas responde o se asocia etiológicamente a la confluencia de múltiples elementos psicosociales y heredofamiliares, lo que lo convierte en un problema social y de salud que requiere de un análisis desde distintas aristas, una continua visión y diagnóstico, y un abordaje a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo del ser humano, y ante todo de una perspectiva abierta, que lejos de una visión discriminatoria tenga en cuenta el engranaje de factores relacionados y provea desde la empatía, el respeto y el conocimiento científico, abordajes terapéuticos en los diversos niveles de atención.

E. Derechos Humanos

Los derechos humanos son atributos inherentes al ser humano, indispensables para alcanzar una vida digna y están normados y reconocidos por diversos tratados que han marcado el camino de las políticas internacionales en las últimas décadas.

Los cimientos del cuerpo normativo a nivel internacional en esta materia son la Carta de las Naciones Unidas de 1945 y La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, generados por la Asamblea General de las Naciones Unidas para establecer un "ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos"[18].

[18] ONU. 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos

En estos y otros documentos subsecuentes, se busca asegurar el derecho a la vida, la libertad, la salud, los cuidados y asistencia especiales durante la maternidad y la infancia, la protección social, la no discriminación, entre otros, lo que sustenta la trascendencia y obligatoriedad de brindar un adecuado servicio de atención en salud a las personas usuarias, particularmente a las poblaciones especiales como las mujeres embarazadas y en posparto.

En este marco, el propósito principal de la evaluación a la mujer embarazada es examinar las circunstancias de vida actuales y recolectar información con respecto a la salud física y psicológica, uso de sustancias psicoactivas, apoyo de la familia e historial social de manera que se pueda desarrollar un plan de tratamiento que coincida con sus fortalezas y necesidades[19].

F. Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una conversación colaborativa, no un sermón o un monólogo. El propósito es activar o reforzar la motivación y el compromiso con el cambio, para lo que se busca explorar y resolver la ambivalencia que el problema le genera a la persona, es decir, la coexistencia de pros y contras ante la posibilidad de cambio. Es importante tener en cuenta que la ambivalencia es un estado esperable ante el cambio y que para resolverlo es mejor tener en cuenta que la mayoría de las personas tienden a creer más en sí mismos y a confiar más en sus propias opiniones que en las de los demás, por lo tanto, hacer que alguien verbalice los argumentos en favor de una postura tiende a inclinar la balanza de su opinión en ese sentido. En otras palabras, las personas aprenden sus actitudes y creencias del mismo modo que los demás: escuchándose hablar a sí mismas[20]. Por esto, se propone crear una atmósfera constructiva en la que se escucha de manera empática para comprender la perspectiva de la persona, minimizar su resistencia[21] e influenciar su elección, a pesar de que, en última instancia, es siempre la persona quien decide si lleva a cabo o no el cambio.[22]

Desde esta perspectiva, si como profesional de la salud se defiende el cambio y la usuaria defiende el mantenimiento, se está haciendo justo lo contrario de lo que se necesita. Idealmente, es la usuaria quien debe enunciar los argumentos en favor del cambio[23].

[19] UNODC/WHO. Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. 2017.
[20] Miller, W. Rollnick, S. La Entrevista Motivacional, ayudar a las personas a cambiar. Tercera edición. España, 2015.
[21] Torres, G.A. La entrevista motivacional en adicciones. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39, Suplemento 2010
[22] Miller, W. Rollnick, S. La Entrevista Motivacional, ayudar a las personas a cambiar. Tercera edición. España, 2015.
[23] Miller, W. Rollnick, S. La Entrevista Motivacional, ayudar a las personas a cambiar. Tercera edición. España, 2015.

Como consecuencia del aprovechamiento de la ambivalencia, es la usuaria quien se anima a reconocer los problemas y a expresar su preocupación por éstos; es quien habla con determinación de hacer cambios, al expresarse con esperanza y optimismo de su propia habilidad para alcanzar sus metas[24].

La entrevista motivacional tiene 4 principios que se describen a continuación:

1. Expresar empatía: la escucha empática es el principio fundamental que asegura que el profesional se mantenga en sintonía con las necesidades y aspiraciones del usuario. Su práctica, reforzada considerablemente por el uso de la escucha reflexiva, implica tanto comentarios de resumen, como de enunciados más complejos, que permiten resaltar elementos del dilema del usuario que llevarán a la resolución de la ambivalencia.

2. Evidenciar las discrepancias: La discrepancia puede generarse del contraste entre lo que la persona quiere de la vida y la naturaleza autodestructiva de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. En la entrevista motivacional, este tipo de situación no es vista como un problema que debe evitarse, sino como algo que puede ser un catalizador para el cambio, que le permite ver a la usuaria cómo el problema puede estar en contravía con lo que es importante para ella y sus esperanzas para el futuro.

3. Avanzar con las resistencias: este principio pone de relieve la necesidad de evitar las argumentaciones no constructivas que se asemejan a una batalla de voluntades. Respetar las decisiones de la usuaria y, al mismo tiempo, aceptarlas, es una forma de mostrarle respeto. En ningún momento le serán impuestas a la persona otras soluciones que ella no haya contemplado.

4. Fomentar la autoeficacia: el concepto autoeficacia está directamente relacionado con la autoestima; consiste en creer en las capacidades o habilidades propias para llevar a cabo una tarea de forma exitosa. Enfatizar y creer en la responsabilidad de uno mismo ante el propio cambio ayuda a fomentar la autoeficacia. Potenciar el sentimiento de autoeficacia y la actitud de cambio en la usuaria es fundamental.

[24] Torres, G.A. La entrevista motivacional en adicciones. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39, Suplemento 2010

Descripción del Lineamiento:

En este apartado se desglosarán una serie de acciones específicas basadas en los aportes realizados en el apartado anterior, y que se deben llevar a cabo durante el abordaje e intervenciones que los profesionales a cargo del Consulta de Control Prenatal, y consulta posparto, deben llevar a cabo con las mujeres, independientemente de su edad, que son atendidas en los diferentes niveles de atención de la CCSS. Para esto se describen principios generales, intervenciones de detección oportuna, de abordaje del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo y posparto.

La CCSS ofrece capacitación específica, por medio del Programa de Normalización a la Atención de las Adicciones y el Campus Virtual de CENDEISSS, en los cursos "Estrategias para el abordaje integral de personas consumidoras de sustancias psicoactivas" y "Estrategias preventivas e intervención breve para cesación de fumado", por lo que se sugiere revisar el cronograma de CENDEISSS sobre estos cursos.

1. Principios generales: todos los profesionales que brindan Consulta de Control Prenatal y Consulta Posparto deben:

1.1 Brindar información adecuada sobre los riesgos del uso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas durante el embarazo.[25] La prevención, disminución y cese del consumo de dichas sustancias psicoactivas durante el embarazo y posparto son componentes esenciales en la optimización de la salud y el bienestar de la mujer y el recién nacido.

1.2 Asegurar el acceso a servicios de prevención y tratamiento[26], lo cual incluye:

- Todas las mujeres embarazadas y sus familias, afectadas por trastornos por uso de sustancias (TUS) deben tener acceso a servicios de prevención y tratamiento.
- Las mujeres embarazadas no deben ser excluidas de los servicios de salud por su situación de consumo de sustancias psicoactivas.
- Los servicios de salud deben tener la capacidad de identificar en forma oportuna, abordar o referir a las mujeres con TUS.

[25] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[26] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.

1.3 Respetar la autonomía de la usuaria[27], siempre se debe respetar la autonomía de la mujer embarazada y en posparto; las mujeres con TUS requieren ser informadas sobre los riesgos para ellas y sus hijos, así como de las diferentes opciones de tratamiento disponibles, cuando se realicen decisiones sobre su salud. La mujer embarazada debe participar de manera activa en las decisiones de tratamiento que le afectan tanto a ella como a su hijo[28].

1.4 Evitar la discriminación y estigmatización[29], se deben realizar las intervenciones de prevención y tratamiento a las mujeres embarazadas o en posparto de forma que se prevenga la estigmatización, discriminación y marginalización. Dichas intervenciones deben estar centradas en la confidencialidad y derechos humanos. Toda la información sobre los riesgos de las sustancias y los beneficios del tratamiento debe ser comunicada de forma respetuosa, sin juzgar, sin estigmatizar, de forma empática y con sensibilidad según la edad y cultura de la usuaria. Toda la información de importancia debería proveerse de forma verbal y de ser posible, también escrita.

1.5 Utilizar las siguientes estrategias para abordar el tema con la mujer embarazada[30]:

- Adecuar la intervención a aspectos psicosociales y necesidades específicas de la usuaria, por ejemplo, la edad, la vulnerabilidad que pueda estar presente, presencia de algún tipo de discapacidad, entre otros.
- Generar un ambiente acogedor y de confianza.
- Ser empático, amable, escuchar activamente, no juzgar.
- Mostrar una postura directa pero no autoritaria.
- Incluir a la pareja, familiares y otras redes de apoyo en las medidas de las posibilidades.
- Utilizar instrumentos validados para toma de decisiones y planes terapéuticos.

[27] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[28] UNODC/WHO. Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. 2017.
[29] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[30] OPS. Curso Virtual: La salud de la mujer y el embarazo: enfoques integrales para prevenir problemas asociados con la exposición prenatal al alcohol. Disponible en https://mooc.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=103

2. <u>Intervenciones para detección oportuna de mujeres embarazadas o en posparto con consumo de sustancias psicoactivas:</u>

La evidencia indica que ser interrogado sobre el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias de forma detallada puede aumentar la conciencia de los riesgos asociados al uso de sustancias psicoactivas y puede contribuir a modificar el comportamiento[31].

Todos los profesionales que brindan consulta de Consulta de control prenatal y posparto deben:

2.1 Preguntar a las mujeres embarazadas acerca de su uso de alcohol, tabaco, medicamentos con fines no médicos (sedantes, opioides, entre otros), así como drogas ilícitas (marihuana, cocaína, heroína, alucinógenos u otros), tan temprano en el embarazo como sea posible, y en cada consulta de control prenatal; así como en las citas en el periodo Posparto. Es importante hacer la pregunta como parte de la historia clínica en todas las consultas, pues algunas mujeres únicamente revelan información sensible luego de generar confianza en el profesional[32].

2.2 La pregunta sobre el consumo de sustancias psicoactivas debe:

2.2.1 Quedar registrada en el expediente de salud de la usuaria.

2.2.2 En caso de respuesta afirmativa, se debe realizar reporte VE-01 según Decreto de Vigilancia de la Salud[33], con frecuencia semanal, utilizando los códigos F10 a F19.

2.3 Indagar también sobre consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas en la pareja o en otros miembros de la familia, por el riesgo de humo de segunda mano y otras vulnerabilidades, así como consignarlo en el expediente de salud de la usuaria.

[31] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[32] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[33] Ministerio de Salud. (2017). Decreto N°40556-S de Modificación del Reglamento de Vigilancia de la Salud.

2.4 Brindar información clara a las mujeres sobre los potenciales riesgos para ellas y para sus hijos, como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas[34].

3. <u>Intervenciones para abordaje de mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas:</u>

Todos los profesionales que brindan consulta de Consulta de control prenatal deben:

3.1 Recomendar a las mujeres embarazadas que eviten por completo el consumo de sustancias psicoactivas (Ver Fundamentación del Lineamiento, ítem B – Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas)[35].

3.2 Informar a las mujeres que incluso cantidades pequeñas de sustancias psicoactivas consumidas a principios del embarazo pueden dañar al feto en desarrollo y que cantidades mayores pueden dar lugar a problemas severos del desarrollo[36].

3.3 Realizar una entrevista motivacional a todas las mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas, en la cual se debe:

3.3.1 Expresar empatía.
3.3.2 Desarrollar discrepancia.
3.3.3 Vencer la resistencia.
3.3.4 Apoyar la autoeficacia.
(Ver apartado Fundamentación del Lineamiento).

3.4 Realizar una Intervención breve para las mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas, en la cual se debe:

[34] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia
[35]OPS/OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017.
[36] OPS/OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017.

3.5.1 Brindar retroalimentación personalizada sobre los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo tanto para ella como para el feto.
3.5.2 Brindar recomendación sobre cómo reducir ese riesgo.
3.5.3 Analizar las diferentes opciones terapéuticas que existen para el abordaje de los trastornos por uso de sustancias (EISAM, Servicio de Psicología, Servicio de Trabajo Social, IAFA).
3.5.4 Motivar a la mujer a asistir a las citas de Consulta de control prenatal y citas de abordaje de su consumo de sustancias psicoactivas.
3.5.5 No juzgar ni discriminar. Toda la información que se brinde debe ser de modo empático.

3.5 Realizar las siguientes referencias a las mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas:

3.6.1 Control prenatal de alto riesgo obstétrico según área de adscripción.
3.6.2 EISAM o IAFA, según área de adscripción, para el abordaje del trastorno por uso de sustancias (Ver Anexos #1 y #3).
3.6.3 En caso de que no se tenga posibilidad de realizar referencia a EISAM, se debe realizar referencia al Servicio de Trabajo Social y al Servicio de Psicología, según área de adscripción.
3.6.4 Clínica de Cesación de Tabaco (Ver Anexo #2), o Consulta de Intervención Intensiva de Tabaco si está presente Áreas de Salud correspondiente, en caso de que la mujer embarazada sea tabaquista.
3.6.5 CEINNA (Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido) local.

4. <u>Intervenciones para abordaje de mujeres en posparto con consumo de sustancias psicoactivas:</u>

Todos los profesionales que brindan consulta posparto deben:

4.1 Preguntar a las mujeres embarazadas acerca de su uso de alcohol, tabaco, medicamentos con fines no médicos (sedantes, opioides, entre otros), así como drogas ilícitas (marihuana, cocaína, heroína, alucinógenos u otros)
4.2 La pregunta sobre el consumo de sustancias psicoactivas debe:
4.2.1 Quedar registrada en el expediente de salud de la usuaria

4.2.2 En caso de respuesta afirmativa, se debe realizar reporte VE-01 según Decreto de Vigilancia de la Salud[37], con frecuencia semanal, utilizando los códigos F10 a F19

4.3 Recomendar y asesorar a las mujeres que están en posparto y amamantando para que eviten por completo el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas[38].

4.4 Realizar una entrevista motivacional para todas las mujeres en posparto con consumo de sustancias psicoactivas, en la cual se debe:

4.4.1 Expresar empatía
4.4.2 Desarrollar discrepancia
4.4.3 Vencer la resistencia
4.4.4 Apoyar la autoeficacia

(Ver apartado Fundamentación del Lineamiento).

4.5 Realizar una Intervención breve para las mujeres en posparto con consumo de sustancias psicoactivas, en la cual se debe:

4.5.1 Brindar retroalimentación personalizada sobre los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo tanto para ella como para el recién nacido.
4.5.2 Brindar recomendación sobre cómo reducir ese riesgo.
4.5.3 Analizar las diferentes opciones terapéuticas que existen para el abordaje de los trastornos por uso de sustancias (EISAM, Servicio de Psicología, Servicio de Trabajo Social, IAFA).
4.5.4 Motivar a la mujer a asistir a las citas de abordaje de su consumo de sustancias psicoactivas.
4.5.5 No se debe juzgar ni discriminar. Toda la información que se brinde debe ser en un tono empático.

4.6 Realizar las siguientes referencias para aquellas mujeres en posparto en quienes se detecta consumo de sustancias psicoactivas:

4.6.1 EISAM o IAFA según área de adscripción para el abordaje del trastorno por uso de sustancias. (ver Anexos #1 y #3)

[37] Ministerio de Salud. (2017). Decreto N°40556-S de Modificación del Reglamento de Vigilancia de la Salud.
[38] OPS/OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017.

4.6.2 En caso de que no se tenga posibilidad de referencia EISAM se debe realizar referencia al Servicio de Trabajo Social y Servicio de Psicología según área de adscripción.

4.6.3 Clínica de Cesación de Tabaco (Ver Anexo #2), o Consulta de Intervención Intensiva de Tabaco si está presente Áreas de Salud de adscripción, en caso de que la mujer sea tabaquista.

4.6.4 Referencia a CEINNA (Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido) local.

4.6.5 Patronato Nacional de la Infancia.

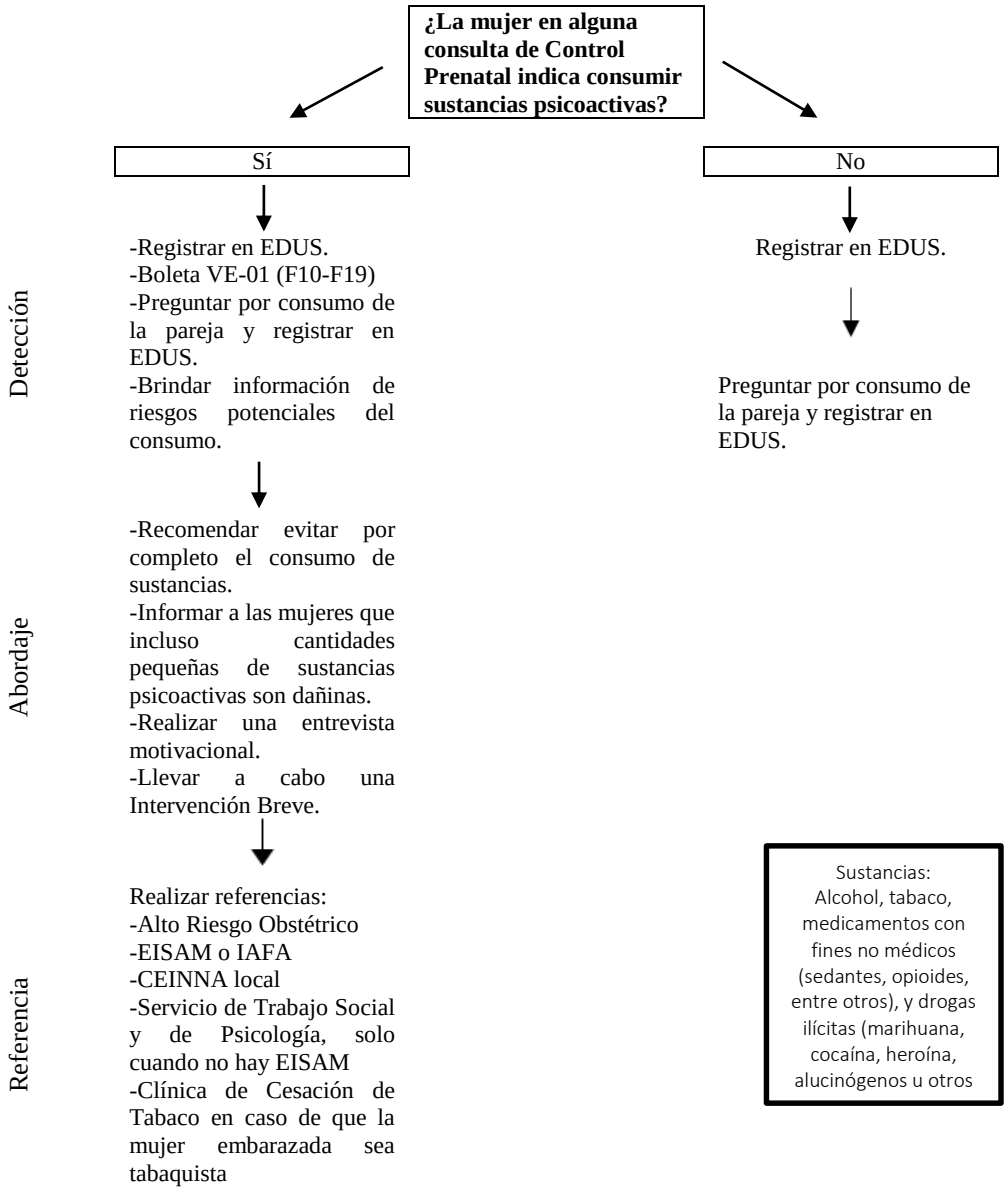
4.7 Indicar que no debe amamantar al hijo/a y que la familia debe proveer un alimento sustituto de la leche que sea apropiado para la edad del lactante, esto en caso de que a pesar de realizar múltiples esfuerzos para lograr que la usuaria cese por completo su consumo de sustancias psicoactivas, se identifica que la mujer no alcanza la abstinencia.

4.8 Promover el contacto piel con piel en el posparto inmediato para la madre con trastorno por uso de sustancias que tiene la capacidad de hacerse cargo de las necesidades del recién nacido[39]. Se sugiere mantener la cercanía entre la madre y el recién nacido aun si se contraindica la lactancia materna[40].

4.9 Informar que el consumo de sustancias psicoactivas puede interferir en el ciclo menstrual, creando mayor riesgo de un nuevo embarazo, por ende, se deben evaluar las particularidades de la persona y dar consejería en anticoncepción, así como prescribir el método anticonceptivo más adecuado según las necesidades de cada usuaria[41].

[39] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[40] WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza, 2014. Traducción propia.
[41] OPS/OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017.

Flujograma en Caso de Atención de Mujeres Embarazadas



Flujograma en Caso de Atención de Mujeres en Posparto

¿La mujer en posparto indica consumir sustancias psicoactivas?

Sí

Detección

-Registrar en EDUS.
-Boleta VE-01
-Brindar información de riesgos.
-Recomendar y asesorar a las mujeres que están en posparto y amamantando para que eviten por completo el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas

Abordaje

-Brindar información sobre riesgos específicos.
-Realizar entrevista motivacional.
-Llevar a cabo una Intervención Breve.
- Indicar que no debe amamantar al hijo/a y que la familia debe proveer un alimento sustituto.
- Promover el contacto piel con piel en el posparto inmediato aun si se contraindica la lactancia materna.
-Dar consejería en anticoncepción, y prescribir el método anticonceptivo más adecuado para las necesidades de la usuaria

Referencia

Realizar referencias:
-EISAM o IAFA
-CEINNA local
-PANI
-Servicio de Trabajo Social y de Psicología, solo cuando no hay EISAM
-Clínica de Cesación de Tabaco en caso de que la mujer sea tabaquista.

No

Registrar en EDUS.

Sustancias:
Alcohol, tabaco, medicamentos con fines no médicos (sedantes, opioides, entre otros), y drogas ilícitas (marihuana, cocaína, heroína, alucinógenos u otros

Acatamiento

Profesionales de Salud (Medicina General, Medicina de Familia, Ginecología y Enfermería Obstétrica) vinculados a la Consulta de Control Prenatal, posparto y lactancia en los Tres Niveles de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Responsable de verificar el cumplimiento:

Directores de Áreas de Salud, Hospitales Periféricos, Regionales y Nacionales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Contacto para Consultas

Área de Atención Integral a las Personas corraaip@ccss.sa.cr
M.sc. Andrea Brenes Quirós, Programa de Normalización de la Atención a la Mujer. Teléfono 2539-0193 Correo: abrenesqu@ccss.sa.cr
Dra. Tatiana Mata Chacón, Médico, Programa de Normalización de la Atención de las Adicciones. Teléfono: 2223-8948 Correo: tmmatach@ccss.sa.cr
Dra. Angélica Vargas Campos, Médico Ginecobstetra, Coordinadora del Programa de Normalización de la Atención a la Mujer Teléfono: 2539-0193 Correo: avargahm@ccss.sa.cr
Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra, Coordinador Programa de Normalización de la Atención de las Adicciones. Teléfono: 2223-8948. Correo: hseguraq@ccss.sa.cr

Anexos

Anexo #1: Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

- CAID Pavas
- CAID Liberia
- CAID Heredia
- CAID Pérez Zeledón
- CAID Guápiles
- CAID Alajuela
- CAID San Vito
- CAID San Carlos
- CAID San Ramón
- CAID Limón
- CAID Cartago
- CAID Quepos
- CAID Puntarenas
- CAID Santa Cruz

Anexo #2: Oferta de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La CCSS cuenta con las siguientes Clínicas de Cesación de Tabaco:

1. Hospital México
2. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
3. Hospital San Juan de Dios
4. Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera
5. Hospital de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes
6. Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva
7. Centro Nacional de Rehabilitación
8. Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí
9. Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut
10. Hospital Maximiliano Peralta Jiménez
11. Hospital San Rafael de Alajuela
12. Hospital San Vicente de Paúl
13. Hospital Enrique Baltodano Briceño
14. Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

15. Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria
16. Hospital San Carlos
17. Hospital Dr. Tony Facio Castro
18. Hospital William Allen Taylor
19. Hospital Los Chiles
20. Hospital Ciudad Neilly
21. Hospital Manuel Mora Valverde
22. Hospital de Guápiles
23. Hospital Carlos Luis Valverde Vega
24. Hospital Tomás Casas Casajús
25. Hospital La Anexión
26. Hospital Max Terán Valls
27. Hospital San Francisco de Asís
28. Hospital San Vito
29. Hospital Upala
30. CAIS Cañas
31. Clínica Dr. Clorito Picado
32. Área de Salud Aserrí
33. Área de Salud Goicoechea 2
34. Área de Salud San Rafael de Puntarenas
35. Área de Salud Catedral Noreste

Anexo #3

A la fecha, la CCSS ha implementado EISAM en los siguientes establecimientos de salud de la Red de Servicios de Salud institucional:

1. CAIS de Desamparados
2. Hospital San Vicente de Paúl
3. Área de Salud Coronado
4. Hospital Max Terán Valls
5. CAIS de Siquirres
6. Hospital Tony Facio Castro
7. Hospital San Carlos
8. Hospital Ciudad Neilly
9. Área de Salud San Rafael de Puntarenas
10. Hospital La Anexión
11. Área de Salud Alajuela Norte
12. CAIS de Cañas
13. Hospital Enrique Baltodano Briceño

Referencias

1. Aguilar Ceniceros AM y cols. (2005). Morbilidad neonatal por drogadicción de la mujer embarazada. En: Acta Pediátrica de México Volumen 26, Núm. 5, septiembre-octubre, 2005
2. Ministerio de Salud. (2012). Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco, otras drogas en Costa Rica.
3. Ibáñez, Á. (2008). Genética de las Adicciones, vol. 20, núm. 2, 2008, pp. 103-109 Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías Palma de Mallorca, España
4. Miller, W. Rollnick, S. (2015). La Entrevista Motivacional, ayudar a las personas a cambiar. Tercera edición. España.
5. Ministerio de Salud. (2017). Decreto N°40556-S de Modificación del Reglamento de Vigilancia de la Salud.
6. Organización Mundial de la Salud. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria.
7. Organización Mundial de la Salud. (2017). El costo que conlleva beber alcohol durante el embarazo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Volumen 95, Número5, mayo 2017, 313-338. Revisado en: https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517/es/
8. Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid.
9. Organización de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
10. Organización Panamericana de la Salud. Curso Virtual: La salud de la mujer y el embarazo: enfoques integrales para prevenir problemas asociados con la exposición prenatal al alcohol. Disponible en https://mooc.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=103
11. OPS/OMS. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.
12. Ortiz, Gogeascoechea, Blázquez, Pavón, Barreto, Pérez. (2018). Factores psicosociales asociados al consumo de drogas en estudiantes de dos Universidades de América Latina. En: Revista de Salud Pública, (XXII) 1:41-52 Marzo

13. Torres, G.A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39, Suplemento
14. UNODC. (2015). Informe mundial sobre las drogas 2015 resumen ejecutivo. Viena.
15. UNODC. (2018). Informe mundial sobre las Drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Viena
16. UNODC/WHO. (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas.
17. Villa, Rodríguez y Ovejero. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. En: Salud Pública de México. Vol. 52, No. 5.
18. Organización Mundial de la Salud. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Suiza. Traducción propia.
19. Organización Mundial de la Salud. Maternidad Saludable. Disponible en: http:// www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm