

**VIVENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO EN
MUJERES JÓVENES CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
BOGOTÁ**

**ANDREA ESTEFANÍA ARCE CELI
JOHANNA ANDREA FORERO VALERO
DIANA PATRICIA CHAPARRO ESTUPIÑÁN**



**Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Enfermería
Bogotá, D. C.**

2015

**Vivencias del Cuidado de la Salud Durante el Embarazo en Mujeres Jóvenes
Consumidoras de Sustancias Psicoactivas en Bogotá**

**Andrea Estefanía Arce Celi
Johanna Andrea Forero Valero
Diana Patricia Chaparro Estupiñán**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de:
Enfermera Profesional**

**Asesor Proyecto de investigación:
Daniel Gonzalo Eslava**



**Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Enfermería
Bogotá, D. C.
2015**

Nota de aceptación

Firma del Presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá D.C. Agosto de 2015.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vean en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”

Artículo 23, Resolución N° 13 de 1946.

Pontificia Universidad Javeriana

Contenido

	Pág.
Introducción	8
1. Antecedentes	12
2. Situación Problema	17
3. Definición Operativa de Términos	21
3.1 Vivencias	21
3.2 Cuidado de la Salud	24
3.3 Mujeres Jóvenes	24
3.4 Sustancias psicoactivas	24
3.5 Consumo de Sustancias Psicoactivas	25
3.6 Embarazo	25
4. Justificación	27
5. Objetivos	31
5.1 Objetivo General	31
5.2 Objetivos Específicos	31
6. Propósitos	32
7. Marco Teórico	33
7.1 Contexto del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial	33
7.2 Gestación y consumo de sustancias psicoactivas	44
8. Metodología	45
8.1 Tipo de estudio	51
8.2 Participantes	51
8.3 Problemas con la población	52
8.4 Criterios de inclusión	54
8.5 Criterios de exclusión	54
8.6 Instrumento	54
8.7 Análisis de la información	55
8.8 Aspectos éticos de la investigación	55
9. Análisis de Datos	57

9.1	Características de la población.....	57
9.2	Análisis de la información	60
9.2.1	Antes. "Entre la ignorancia y la irresponsabilidad"	60
9.2.1.1	Saberes "Conocimiento y descontrol"	60
9.2.1.2	Pensares. "Sin medir consecuencias"	62
9.2.1.3	Haceres. "La curiosidad por otras cosas"	64
9.3	Durante. "Una lucha constante".....	66
9.3.1	Actuares. "Tal vez... Lo más difícil fue dejarlo"	66
9.3.2	Sentires. "Entre la negación y la aceptación"	70
9.3.3	Padeceres. "Irresponsabilidad sin consecuencias"	72
9.4	Después. "La familia como fuente de protección"	73
9.4.1	Aprehenderes. "Del abandono a la toma de conciencia"	73
9.4.2	Aconsejares. "Entre el dialogo y la orientación"	76
9.4.3	Proyectares. "Estar siempre presente"	78
10.	Conclusiones	80
	Referencias.....	86
	Anexos.....	92

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Vivencias de jóvenes consumidoras de psicoactivos durante el embarazo	22
Tabla 2. Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícita a nivel mundial, 2010.....	37
Tabla 3 Caracterización de la población	58

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Encuesta.....	92
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	94

Introducción

Se dice que el consumo de drogas ha experimentado en los últimos años un gran proceso de transformación directamente relacionado a la evolución de las sociedades desarrolladas. Hoy en día, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

En la actualidad se hace primordial su estudio con relación a su consumo, efectos y consecuencias tanto a nivel físico como psicológico, incluyendo vivencias y sentimientos generados durante el periodo de la gestación. Por tanto Se hace importante hablar del cuidado de la salud como una de las implicaciones importantes dadas frente al el consumo de sustancias psicoactivas durante este periodo y como se genera la experiencia de cuidado con relación a estas dos situaciones.

Desde este punto de vista este trabajo investigativo tiene como finalidad describir las vivencias del cuidado de salud de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas en estado de embarazo. En la ciudad de Bogotá en el periodo comprendido entre febrero – junio 2015.

Para comprender el presente trabajo es importante destacar 2 conceptos básicos y comprenderlos el cuidado y vivencias durante el embarazo y el consumo de sustancias psicoactivas es por ello que se dará inicialmente una definición previa de esto y posteriormente encontraremos un análisis de los dos y de las experiencias dadas por mujeres que han pasado por estas dos condiciones consecutivamente.

En referencia a las vivencias se habla de 3 momentos básicos que contribuyen a su estudio e identificación los saberes que se entienden por los conocimientos iniciales que se tienen de un concepto, pensares de la situación que están vivenciando y haceres encaminados

a las acciones propias generadas frente a la situación por la que se está pasando con relación al consumo de sustancias psicoactivas en su estado de embarazo, posterior a esto se encuentran los sentires (sentimientos) propios de la experiencia, actuares relacionadas al comportamiento generado durante el proceso vivido, los padeceres dificultades que se presentaron durante el proceso de gestación relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas. Para terminar encontramos el después donde se pretende encontraren las mujeres del estudio opiniones abarcando los aconsejares. Sus planes a futuro luego de la experiencia con los proyectares y las enseñanzas brindadas durante el proceso de consumo de sustancias y su estado de embarazo que les apporto el paso por esta experiencia y que consejos pueden dar sobre el tema identificadas mediante los aprehenderes.

A fin de cumplir los objetivos propuestos en la investigación, se realizaron 9 entrevistas semi-estructuradas dirigidas anónimamente durante este proceso. Las mujeres del estudio hablan principalmente de su experiencia frente al cuidado durante su estado de embarazo y el consumo de sustancias ilícitas. La mayoría de las participantes refiere conocer las sustancias, sin embargo no tienen mucha claridad en relación a sus efectos, ya que las consideran de ayuda para mejorar estados emocionales. Dado que las mujeres consumen sustancias psicoactivas el cuidado de su salud se hace complejo en su estado de embarazo ya que en la mayoría de ocasiones si bien se presenta un cambio significativo frente a la reducción del consumo durante su estado de gestación no se logra abandonarlo a pesar que se tomó desde un inicio como algo momentáneo por diversión se convierte en uno de sus estilos de vida ya sea por motivos físicos o culturales.

El estudio como tal genera resultados importantes con lo que refiere principalmente a factores sociales que desencadenan el consumo en mujeres jóvenes antes del proceso de gestación dentro de estos encontramos el ambiente en el que se desenvuelven, y la presión ejercida por sus grupos de amigos es lo que genera el primer acercamiento, por otro lado factores socioeconómicos y de disfunción familiar ocasionan la inducción prematura al consumo de sustancias psicoactivas, con lo que incluye a su cuidado en salud las mujeres refieren no tener muchos en su vida cotidiana.

sin embargo en el momento de quedar en embarazo este proceso durante el cuál logran enterarse de su vivencia con referencia al proceso de gestacion y de consumo, se toma cierta conciencia dada por el nuevo ser que vive en su vientre que las motiva y las incentiva a mejorar.

Posterior al proceso vivido estas gestantes ven el futuro y desarrollo de sus hijos sin embargo en algunos casos no solo reincide el consumo en época posparto si no que no puede dejarse en su totalidad durante el periodo de gestación. con ello se quiere dar conciencia de la importancia de la identificación oportuna de estos casos específicos y de su tratamiento a lo que son entidades de salud. ya que se podría no solo ayudar durante el proceso si no posterior a este.

De este modo, los resultados de la investigación aportan elementos teóricos relevantes, que contribuyen de manera significativa en procesos hacia la elaboración e identificación oportuna a gestantes consumidoras de sustancias psicoactivas y a su proceso de cuidado y apoyo durante este .por tal motivo se considera este trabajo de investigación dado por un voz a voz una herramienta importante en la labor de enfermería ya que se genera un proceso dinámico y un puente de comunicación y trabajo continuo interdisciplinar que permitirá la ayuda oportuna en esta problemática, mediante este análisis se logra verla magnitud de este y con ello lograr registrar y abordar de manera oportuna la prevención y el manejo adecuado de dichas circunstancias.

1. Antecedentes

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas y sus múltiples expresiones compone un problema mundial en el que influyen intereses económicos, políticos, sociales y culturales. La producción, tráfico, distribución e ingesta de psicoactivos en las últimas décadas se ha visto en incremento es por tal motivo que se ve la importancia y análisis de esta problemática en una población específica y de vulnerabilidad como lo son las mujeres en estado de embarazo.

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema cada vez más frecuente y está siendo evidenciado en Colombia, además se ha convertido en una problemática mundial y cada vez más importante para salud pública, con el paso del tiempo se ha incrementado el consumo de drogas en los diferentes grupos de edad principalmente en los adolescentes. “Se calcula que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010”. (Fedotov, 2012, p. iii)

La gran mayoría de los usuarios de drogas ilícitas consume cannabis. Unos 170 millones de personas consumieron esta sustancia al menos una vez al año en el 2011. Ello equivale a alrededor del 3,8% de la población adulta mundial. Detrás del cannabis, el segundo grupo de sustancias ilícitas de mayor consumo son los estimulantes de tipo anfetamínico, con unos 33 millones de adultos que consumieron anfetaminas, incluidas metanfetamina, anfetamina y cerca de 20 millones que consumieron sustancias vendidas como “éxtasis” (MDMA). Alrededor de 16 millones y 17 millones de personas consumieron cocaína y

opiáceos respectivamente. En su mayoría, los consumidores de opiáceos, unos 12 a 13 millones, consumieron heroína. (Fedotov, 2012, p. 85)

Con referencia a la investigación se presenta un alto consumo de marihuana y se encuentra bazuco por lo que podemos deducir que si bien hay un consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en estado de embarazo no se encontro que hay si bien un consumo es de drogas de menor complejidad y con menos efectos adversos.

Con relación al cuidado que se presenta durante el periodo de gestación dentro de las practicas más conocidas dentro del cuidado del embarazo, se pueden encontrar la asistencia frecuente a el médico o la enfermera. Este punto quiere dar a conocer que la mayoría de las mujeres que acuden a este tipo de personas, quieren primer consultar inquietudes frente al embarazo, además de concretar y verificar el bienestar del bebe. (Bermúdez, 1999)

Las mujeres, tienen diferentes formas de cuidar su estado se salud y el de su embarazo, los cuales tienen diferentes significados sociales y culturales que se enfocan al mantener el óptimo o mejor bienestar para la materna y el feto. Este tipo de atenciones trascienden a los conceptos de modernidad, los cuales están enfocados parcialmente dirigidos a la asistencia médica. (Bermúdez, 1999)

De igual manera, los patrones de estos están correlacionados con los conocimientos y los contextos sociales y culturales a los que la mujer se expone, en donde los significados varías según las creencias, valores o prácticas, las cuales tienen conexión directa con el colectivo en el que una persona se desenvuelva determinadas por factores como la educación, la edad, el estrato social, la economía, el estado laboral, el apoyo social o familiar, entre otros, que definen las acciones o patrones de conductas. (Bermúdez, 1999)

Estas prácticas se realizan con el fin de mantener el mejor estado de salud, están dirigidas a prevenir y atender oportunamente la enfermedad, sin dejar de lado el enfoque de dimensiones importantes que se dirigen principalmente al bienestar del individuo esto lo compone básicamente, su estado emocional, psicológico, físico, su entorno entre otros. (Bermúdez, 1999)

Al dar una perspectiva de cuidado frente a lo que es el acompañamiento se evidencia entonces que la mayoría de las mujeres han tenido acompañamiento directo o indirecto durante el desarrollo del embarazo y el cuidado de este. Dentro de este, se puede evidenciar el apoyo de la familia, la pareja, y en la actualidad el personal de salud. Cada uno de estas instituciones que aportan diferentes saberes, los cuales verifican o desmienten posibles prácticas beneficiosas o perjudiciales para la salud del feto y el de la madre. (Bermúdez, 1999)

Dentro de las prácticas de cuidado, se puede destacar la alimentación, ya que por medio de esta, se brindan todos los nutrientes importantes y adecuados para el óptimo desarrollo del feto y de la madre. Dentro de los alimentos que más consumen las mujeres, se puede encontrar los jugos de frutas naturales y comer vegetales, con el fin de suplir las necesidades de vitaminas y minerales como el hierro o el calcio que son fundamentales, para impedir el desarrollo de anemia. (Bermúdez, 1999)

En la actualidad, las instituciones de salud brindan suplementos vitamínicos que permiten suplir las necesidades fisiológicas de calcio, hierro y ácido fólico. Esto con el fin, de disminuir el riesgo de anemia, dado por el aumento del líquido sanguíneo, mas no se sus

componentes, por ello, se dan dosis diarias de hierro durante el embarazo y el puerperio, en forma de sulfato ferroso.

El calcio, se da para evitar la descalcificación y los riesgos de fracturas. Por último, el ácido fólico, se da para evitar problemas neuronales en el feto como la espina bífida. (Funiblogs, 2010)

En consecuencia a los cuidados cabe destacar que no todas las mujeres tienen la pertinencia de mantener este proceso con sus requerimientos ya sea bien por las circunstancias u otros factores. En este caso específico se logró encontrar que fue en la gran mayoría por desconocimiento inicia de su estado de gestación por tanto los cuidados se encontraban algo aislados de la realidad, se presentaba consumo de sustancias y se mantenía la cotidianidad diaria con relación al cuidado en el primer trimestre. Lugo se observó en la mayoría una conducta de cambio en el segundo y tercer trimestre en donde se logró evidenciar una grata disminución de las sustancias y se vi un cuidado generado hacia la alimentación principalmente durante este periodo.

El consumo y la dependencia de sustancias es uno de los problemas más serios para las sociedades de todo el mundo. El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor, debido a la globalización económica, permitió la difusión del consumo de numerosas sustancias tóxicas tanto de las lícitas como de las ilícitas, esto conlleva a una incidencia creciente en nuestras consultas de pacientes gestantes consumidoras de sustancias. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas pueden provocar efectos teratógenos en el feto durante su gestación. No se ha demostrado que en cantidades pequeñas no produzcan efectos, como son: Malformaciones, riesgo elevado de muerte súbita, abortos espontáneos, riesgo de parto prematuro ,deficiencias intelectuales , Problemas sociales en la etapa adulta

La existencia de una adecuada educación sanitaria por parte de un equipo multidisciplinario es fundamental, ya que la responsabilidad de una toxicómana embarazada debe ser asumida por el obstetra, la matrona, el médico de familia, el psicólogo, las asistentes sociales, el neonatólogo, de forma, que sea todo un equipo de especialistas en estos problemas, los que formen las unidades especializadas en el tratamiento de este tipo de pacientes, para conseguir que estas embarazadas disminuyan o eviten el consumo de drogas y que no las prueben aquellas que no lo hacían con anterioridad.

2. Situación Problema

El consumo de sustancias psicoactivas, legales o ilegales es una problemática a nivel mundial que constituye un problema prioritario de salud pública, además de tener un gran impacto en la familia, la sociedad y en la economía de cada país.

En la última década, en el país, el consumo ha registrado un notable incremento, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013, 159 mil adolescentes de 12 a 17 años, 347 mil jóvenes de 18 a 24 años y 216 mil en el grupo 25 a 34 años han consumido sustancias psicoactivas. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2014, p. 66) La anterior situación, se torna mucho más preocupante debido a que la mayor incidencia de este fenómeno se presenta en menores de edad, niños, niñas y adolescentes que tienden a experimentar con el uso de sustancias legales e ilegales en edades cada vez más tempranas. (Ministerio de la Protección Social, 2007). Lo que los lleva a continuar con este consumo a esta la mayoría de edad y por largos años, e incluso en las mujeres que se encuentran en estado de embarazo, es muy difícil dejar el consumo de estas sustancias.

El grupo de población más vulnerable frente al consumo de sustancias adictivas está constituido por los niños, adolescentes y jóvenes; en este sentido, cabe acatar el señalamiento de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la urgente necesidad de atender el consumo de tabaco y el inicio en el uso y abuso de bebidas alcohólicas, ya que son la puerta de entrada para el uso de otras sustancias para este grupo de población.

El consumo de SPA tiene consecuencias para la salud integral de las personas: afecta su desempeño académico y laboral; también se ha identificado como un factor asociado a la

violencia familiar, a modelos de crianza y de vida inadecuados, a la accidentalidad, lo cual termina por poner en riesgo el futuro inmediato y a largo plazo de todos los integrantes del núcleo familiar.

Por otro lado el consumo de drogas en mujeres ha ido gradualmente en aumento, y así mismo su uso problemático. El consumo de drogas en mujeres posee características distintas al de los hombres, por distintos factores: mayor susceptibilidad biológica para algunas sustancias (alcohol), comorbilidad médico-psiquiátrica, así como problemas socio familiares y culturales frecuente la existencia de una pareja consumidora, o posiblemente de una historia de violencia doméstica o situación de maltrato o abuso en la niñez y adolescencia, además de la percepción social que hay de la “mujer adicta” que trae consigo un estigma más marcado.

El consumo de drogas en la mujer predomina en su edad reproductiva, en la cual existe la posibilidad de embarazo. Si entendemos por abuso aquella modalidad de consumo en la cual, por la dosis, frecuencia de uso y/o por la propia situación física, psíquica y/o social de la persona. Se generan consecuencias negativas para la misma o su entorno, el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo constituye un abuso de las mismas. (Pascale, 2012)

Otra situación importante en este grupo de población es el embarazo en mujeres jóvenes, según la encuesta efectuada en el año 2010 este indicador se situó en el 19.5%. Es decir, de cada 100 adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad, 19.5 estaban embarazadas o habían tenido al menos un hijo. (Gallego, 2013) Esta problemática no solo afecta a las jóvenes también a sus hijos, eventualmente serán niños que un futuro no tendrán muchas oportunidades.

El embarazo adolescente es un problema de toda la sociedad, tiene un gran impacto en el desarrollo del país, especialmente por sus implicaciones en la deserción escolar; es así como entre el 20 y el 45% de adolescentes que dejan de asistir a la escuela, y lo hacen en razón a su paternidad o maternidad. (Ministerio de Educación Nacional, 2011)

Los embarazos tempranos no deseados en ausencia de redes sociales de apoyo, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar. (MinSalud, 2014)

Cabe resaltar que en un nuevo informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), plantea para Colombia que en el país la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es 10% mayor en la población pobre, 7% mayor en mujeres que viven en el sector rural. En el año 2013 el informe planteó todos los problemas de salud que pueden desencadenarse a partir de un embarazo adolescente, sobre todo en las menores de 14 años. Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren cada año por causas relacionadas su parto, y las posibilidades de hemorragia, pre eclampsia, endometritis y anemia son altísimas. (El Espectador, 2013)

Considerando que la juventud es una etapa de grandes cambios, no solo físicos, hay un desarrollo intelectual, emocional, social, se encuentran en constantes cambios en busca de una identidad; y también de vulnerabilidad ya que son más susceptibles acceder retos para ser aceptados en grupos sociales o de sus propios pares. Por las anteriores razones los jóvenes no mantienen adecuados hábitos de cuidado para su salud, y tampoco con su salud sexual y

reproductiva, consecuentemente a esto son los embarazos en adolescentes y los problemas en estas mujeres o en sus bebés, por la dificultad para atender ciertos cuidados o muchas veces no contar con un apoyo familiar. Se ven enfrentadas a llevar esta etapa solas o haciendo labores para sobrevivir o muchas veces recurren al consumo de SPA para olvidar por un momento la situación en la que se encuentran sin pensar en consecuencias para ellas o sus hijos.

Debido a estas problemáticas en este grupo de población y a los diferentes interrogantes, se hizo necesario conocer los cuidados en salud que tienen estas mujeres en su embarazo, sumándole el consumo de sustancias psicoactivas, ya que son pocas las investigaciones realizadas sobre este tema, especialmente aquellas enfocadas a las vivencias del embarazo, y así poder darle una voz al actor social, para que servicios de salud y el resto de la población puedan comprender un poco más lo que viven estas mujeres en su situación particular.

Además de esto, la incapacidad de comprensión ante las vivencias de estas mujeres, hace que el contacto con el personal de salud sea inapropiado, generando sentimientos de rabia y posiblemente ocasionar la inasistencia a las citas médicas, de enfermería y demás, lo que aumenta el riesgo de problemas durante el embarazo, el parto o el puerperio. (Verde, y otros, 2012, p. 100). Es por ello, que el desconocimiento de las vivencias del embarazo en esta población, disminuye la posibilidad de brindar una atención más acorde a sus necesidades.

Por lo anterior, la pregunta a responder en la investigación fue:

¿Cuáles son las vivencias del cuidado de la salud durante el embarazo en mujeres jóvenes consumidoras de sustancias psicoactivas?

3. Definición Operativa de Términos

3.1 Vivencias

Una vivencia es “una experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter”. (Definición abc) La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin dudas enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar a la de la vivencia pasada, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud, comportamiento.

Para efecto de la investigación se tomó en cuenta la propuesta de Eslava, (2013) con tres conceptos básicos que indagaran tres momentos importantes en las vivencias de las jóvenes y en cada una de las etapas que se establecieron.

- El Antes indaga sobre conceptos, ideas reales e imaginarias que tienen relación con el consumo de drogas y sus prácticas de autocuidado.
- El Durante aborda los sentimientos, comportamientos y situaciones evidenciadas en el momento del embarazo y el manejo de su salud durante cada uno de los trimestres.

- El Después, permite que la joven narre las enseñanzas, vivencias y/o reflexiones que tuvo durante esta situación. Así mismo las expectativas que tiene de la vida.

Para la comprensión de la definición operativa de términos, se muestra la Tabla 1, en la cual se establecen los componentes básicos de la palabra vivencia (experiencia del cuidado de la salud en las jóvenes consumidoras de psicoactivos en estado de gestación).

La palabra vivencia “es la traducción más aproximada del vocablo alemán *Erlebnis*, el cual según el seguimiento etimológico realizado por Gadamer (1977), fue utilizado en principio por Hegel en el siglo XIX para referirse a lo vivido (das Erlebte)”. (Lomelli, 2005). Es un forma trascritora del verbo *erleben* (vivir) que expresa "lo que uno ha vivido" y lo diferencia de aquello que solo se ha oído, inferido, supuesto o imaginado, fue introducido al español por Ortega y Gasset (1913, p. 47). "Todo aquello que llega con tal inmediatez a mi yo que entra a formar parte de él es una vivencia. Como el cuerpo físico es una unidad de átomos, así el yo o cuerpo consciente es una unidad de vivencias". (Ortega y Gasset, 1957, p. 245)

Del latín “*vivere*” que significa poseer existencia o vida, aludiendo a las experiencias de vida personales, podemos decir que vivencia, es lo que cada uno experimenta, en su cotidianidad, simplemente por existir, siendo estas experiencias transformadoras de su esencia, y a su vez reconociendo que cada hecho vivenciado lo es un modo particular por el que lo vive o experimenta, lo que hace que el propio sujeto lo modifique en su percepción. (DeConceptos.com, 2014)

Tabla 1. Vivencias de jóvenes consumidoras de psicoactivos durante el embarazo.

Momentos	Componentes	Aspectos a indagar
Antes		
<p>Recuerdo de acciones e ideas con respecto al consumo de drogas, y al embarazo ubicándolo dentro de un contexto pasado, y que permita conocer los pensamientos y opinión frente al tema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saberes • Pensares • Haceres 	<p>Son los conocimientos, pensamientos y acciones que tienen las mujeres jóvenes consumidoras de SPA frente al cuidado de su salud antes de iniciar el consumo y de estar en embarazo.</p>
Durante		
<p>Son los sentimientos, comportamientos y situaciones difíciles durante la etapa de gestación mientras que tienen un consumo activo de SPA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentires • Actuares • Padeceres 	<p>Aborda los sentimientos, comportamientos y situaciones difíciles evidenciadas en el momento del embarazo y el manejo de su salud durante cada uno de los trimestres.</p>
Después		
<p>Está relacionado con la reflexión que tienen las jóvenes a partir de la experiencia que tienen en esta etapa de sus vida, los aprendizajes, consejos y proyectos que tienen de ahí en adelante con su vida, y que consejos pueden brindarle a otras mujeres que estén pasando por lo mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprenderes • Aconsejares • Proyectares 	<p>Permite que la joven narre las enseñanzas, vivencias y/o reflexiones que tuvo durante esta situación. Así mismo las expectativas que tiene de la vida</p>

Fuente: Adaptado de Eslava. 2013.

3.2 Cuidado de la Salud

Son las prácticas de cuidado que cada individuo tiene para su bienestar físico, social, y emocional, en caminado a prevenir enfermedades, manteniendo su salud por medio de prácticas, hábitos y costumbres saludables.

Para efecto de este trabajo se tomó como eje central el cuidado de la salud en mujeres jóvenes embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas.

3.3 Mujeres Jóvenes

Es un periodo entre la infancia y la adultez, es un momento de la vida en el cual el individuo comprende su capacidad de reproducción, y donde comienza a planificar y a pensar ciertamente en su futuro; La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la juventud como “una etapa que inicia a los 15 años y se prolonga hasta los 24 años, el individuo carece aún de la madurez emocional que se requiere para enfrentar los conflictos de la vida adulta”. (UNESCO, 2014)

3.4 Sustancias psicoactivas

Son todas aquellas sustancias que tienen un impacto sobre el sistema nervioso central (SNC) y modifican su funcionamiento. Las sustancias psicoactivas se dividen en cuatro grupos: los depresores que disminuyen el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central (SNC); los estimulantes los cuales son sustancias que aumentan la agudeza psicológica y la capacidad física. Alucinógenos que son sustancias que tienen la capacidad de producir alteraciones en la percepción. Y finalmente las sustancias mixtas que producen efectos combinados, es decir, pueden disminuir o acelerar el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. (Maloka, 2009)

3.5 Consumo de Sustancias Psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno inesperado, debido a sus efectos placenteros, a la presión de los compañeros y al contexto social de su consumo. El hecho de probar estas sustancias no conduce necesariamente a la dependencia, pero cuanto mayor sea la frecuencia y la cantidad consumida, mayor es el riesgo de volverse dependiente. (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 33)

-Consumo: Se entenderá como consumo el uso de las sustancias lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en un período de tiempo específico; en particular los siguientes:

-Consumo en el último mes o consumo actual: La persona declara haber usado determinada sustancia una o más veces durante los últimos 30 días.

- Consumo en el último año o consumo reciente: La persona declara haber usado determinada sustancia una o más veces durante los últimos 12 meses.

- Consumo alguna vez en la vida: La persona declara que ha usado determinada sustancia una o más veces en cualquier período de su vida. - Incidencia año: La persona declara haber consumido por primera vez determinada sustancia durante el último año.

- Incidencia mes: La persona declara haber consumido por primera vez determinada sustancia durante el último mes. (MinJusticia., 2009, p. 33-34)

3.6 Embarazo

Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de

embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario). (Hospital General de México, 2012, p. 10)

4. Justificación

Hoy en día en la mayoría de los países, el consumo de drogas ilícitas es mayormente un fenómeno presente entre la juventud. Las tasas de prevalencia aumentan gradualmente entre los 13 y los 17 años y alcanzan su mayor nivel entre las personas de 18 a 25 años. Luego esas tasas disminuyen progresivamente hasta alcanzar niveles insignificantes a partir de los 65 años. Otra característica clave del consumo de drogas ilícitas en el mundo es que un mayor número de hombres que de mujeres consume dichas drogas, aunque algunos estudios indican que las mujeres muestran un nivel relativamente alto de uso indebido de sustancias lícitas. (Fedotov, 2012, p. 86). El alto consumo de drogas y los problemas sociales derivados han hecho que este sea uno de los problemas de salud más importantes con los que se enfrenta la sociedad mundial actualmente.

Actualmente en Colombia, la problemática de consumo de SPA (sustancias psicoactivas) ha aumentado considerablemente, según el estudio Nacional de sustancias psicoactivas 2008 (DNE - MinInterior. MinJusticia., 2009), los jóvenes entre los 12 y los 17 años tienen una prevalencia de consumo de 3,4% de drogas ilícitas (110 mil adolescentes) y 20% de alcohol (660 mil adolescentes) en el año 2010. En este estudio se halló que la edad de inicio es a partir de los 12 años; la mayoría de cifras se concentran entre los hombre y entre los jóvenes, dentro de los 250.000 clasificados en abuso o dependientes, 54.285 son adolescentes, estas cifras muestran la amplitud de la problemática y una noción de su impacto en el futuro.

El consumo de sustancias psicoactivas ya no solo es un problema que involucra a los hombres, las mujeres también están formando una parte importante en las cifras de adolescentes consumidores de SPA y que además se ha convertido en un problema que cada día afecta más a este grupo poblacional que desde muy pequeños se están involucrados en estas actividades. El género condiciona de manera importante la salud de hombres y mujeres y su relación con las drogas;

La perspectiva de género ayuda a comprender una de las grandes paradojas existentes en relación con la salud, como es el hecho de que las mujeres viven más, pero su estado de salud es peor que el de los hombres. Mientras que el peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con una posición social más desfavorecida, la menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y prácticas de riesgo que conducen a más muertes por accidentes y otras causas en la edad media de la vida. (Sánchez Pardo, s.f., p. 118)

Para abordar la problemática del consumo de SPA es importante realizarlo desde una perspectiva de género, ya que consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni tampoco es valorado del mismo modo para los demás; se deben tener en cuenta las diferencias y peculiaridades del género femenino y lo que esto involucra, factores de tipo físico psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los patrones de uso, los efectos y consecuencias que tienen específicamente en las mujeres, para las mujeres que son adictas a las drogas deben soportar un grado más alto de reproche social y un menor apoyo familiar, en relación con a los hombres. Teniendo claro las diferencias de género y lo que este repercute en cada uno será más fácil establecer programas y estrategias de prevención específico para cada grupo.

Para las mujeres con problemas de consumo o adicción a sustancias psicoactivas, se ven enfrentadas a un aislamiento social y familiar, que trae como consecuencia la ocultación del problema que a su vez demora la ayuda que se puede brindar; a su vez las mujeres perciben con más frecuencia e intensidad el fracaso personal, familiar y social. Aunque el consumo de drogas es menos frecuente entre las mujeres, estas son más vulnerables a sus efectos, y tienen mayores dificultades para iniciar tratamientos por los problemas de adicción a las sustancias psicoactivas.

Mujeres con problemas de adicción a sustancias psicoactivas y que se encuentran en embarazo implica graves riesgos para el feto y el recién nacido, pues estas sustancias atraviesan la barrera placentaria y hematoencefálica y pasan también a la leche materna. (Sánchez Pardo, s.f.). Más allá de las consecuencias que el consumo de drogas tiene sobre el feto y el embarazo, la adicción a las drogas plantea dificultades para el ejercicio de la maternidad. Las mujeres con consumos problemáticos o trastornos aditivos no mantienen pautas adecuadas para el cuidado de su salud, pudiendo descuidar su alimentación, higiene personal, el cumplimiento de ciertos tratamientos médicos o mantener prácticas de riesgo relacionadas o no con el consumo, que implican riesgos añadidos sobre su salud. Además de su distanciamiento de los servicios sanitarios y sociales puede hacer que no conozca su embarazo hasta vario meses después de producirse este.

Se justifica esta investigación porque es una realidad que se vive en Colombia, este trabajo se hace con el fin de recopilar información en los diferentes aspectos asociados a la relación que existe entre el consumo de drogas y el embarazo en población de jóvenes entre los dieciocho años y los veinticuatro años de la ciudad de Bogotá.

Para este trabajo de investigación es importante conocer las experiencias de estas mujeres que se ven enfrentadas a una realidad que muchas personas desconocen y que otras juzgan; además es útil no solo para los profesionales de la salud, también para las personas que a futuro lo lean les ayudara a conocer las realidades que cada persona tiene consigo misma, y a las situaciones que se ve enfrentan a diario.

Es necesario que los profesionales de la salud que trabajan con esta población estén informados de lo que sucede y la realidad que tienen estas jóvenes y así se podrán emplear planes de manejo eficaces y en algunos otros momentos estrategias de promoción y prevención del consumo de drogas en jóvenes embarazadas.

Este trabajo es útil ya que en la revisión bibliográfica no se encuentra mucha información en relación a las vivencias de mujeres jóvenes embarazadas consumidoras de psicoactivos, y la mayoría de estudios están enfocados a los efectos y consecuencias que tiene la droga sobre el feto o las complicaciones que puede tener a largo plazo en él bebe, pero muy pocos hablan de la problemática a la que se enfrentan a diario estas mujeres.

Con la información recolectada en este estudio se quiere dar una voz social que sirva a los profesionales de la salud y la práctica de enfermería, ya que conociendo las vivencias de estas mujeres se podrán determinar algunos factores principales de riesgo que se tienen en la etapa de la juventud y que llevan al consumo de SPA, y desde la experiencia de las participantes y junto con amplias investigaciones se lograrían crear programas de promoción y prevención en el consumo de drogas y además para la prevención del embarazo en mujeres jóvenes.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Describir las vivencias del cuidado de la salud que tienen las mujeres jóvenes que consumen sustancias psicoactivas durante el embarazo.

5.2 Objetivos Específicos

- Describir los conocimientos, pensamientos y las actividades que desarrollaban las jóvenes con referencia al cuidado de su salud antes del embarazo.
- Describir los sentimientos, actuares y padecimientos en el proceso del cuidado de su salud en relación con el consumo de sustancias psicoactivas en el periodo de gestación.
- Identificar cuáles son las enseñanzas de vida, opiniones y planes que surgieron en las mujeres jóvenes a partir de este fenómeno, y las expectativas de vida que se generaron a raíz de esta vivencia.

6. Propósitos

- Motivar a los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud, para la realización de programas de prevención en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes. Fomentando en ellos las prácticas de cuidado para su salud.
- Con base a los programas ya establecidos para los jóvenes en los centros de salud, aportar elementos para el desarrollo de una guía que permita reforzar el manejo adecuado de mujeres embarazadas consumidoras de sustancias psicoactivas en relación con el cuidado de su salud.
- Poner en evidencia la voz de las jóvenes consumidoras de sustancias psicoactivas en el embarazo, asociado al cuidado de su salud y aportar elementos que permita ver la importancia que tiene esta problemática, así mismo incorporar dicha situación para que se tenga en cuenta en los servicios de salud y se trabaje sobre esto.
- Brindar algunos lineamientos que permitan que construyan elementos a los profesionales de la salud que trabajan en el campo de la prevención y la asistencia a las drogodependencias en mujeres embarazadas, de la necesidad de incorporar la perspectiva del cuidado de su salud al diseño de sus estrategias de intervención y a las actividades que desarrollan en su día a día

7. Marco Teórico

7.1 Contexto del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial

En el plano mundial, se estima que en 2010 entre 153 millones y 300 millones de personas de 15 a 64 años (entre el 3,4% y el 6,6% de la población mundial de ese grupo de edad) consumieron una sustancia ilícita por lo menos una vez en el año 2010. Esto indica que el alcance del consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable, pero los consumidores problemáticos de drogas, que suman aproximadamente entre 15,5 millones y 38,6 millones (casi el 12% de los consumidores de drogas ilícitas), incluidos los que padecen drogodependencia y trastornos resultantes del uso de drogas, siguen siendo motivo de especial preocupación. (Fedotov, 2012, p. 9)

De acuerdo con lo anterior “no solo la marihuana, cocaína, éxtasis, o heroína son drogas sino también lo son el alcohol, el tabaco, la cafeína, y algunos fármacos”. (Las-drogas.com, 2013). El alcohol también hace parte de este grupo de sustancias psicoactivas y es definido como: “una droga porque puede generar al menos uno de estos tres fenómenos: dependencia, tolerancia y/o síndrome de abstinencia” (Las-drogas.com, 2013) los cuales desarrollan en la persona deseos de seguir consumiendo, cada vez se necesita de menores cantidades para embriagarse o de drogarse, y otro efecto de estos es la dependencia que se crea frente a las drogas, lo cual se manifiesta por temblor, sudoración, taquicardia y ansiedad.

Diferentes países se han ocupado durante varios años para reducir esta problemática trabajando desde la erradicación de la producción, pero aun así los esfuerzos realizados por cada gobierno no han sido suficientes, para dar solución a este problema. Por lo que La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODOC) continúa fomentando

la cooperación internacional y ayudando a los Estados Miembros a afrontar los desafíos, exponiendo la necesidad de “reducir tanto la oferta como la demanda”. (Fedotov, 2012, p. 131)

En el contexto latinoamericano en América del Sur y Centroamérica:

La prevalencia de consumo es del 6,6% entre las mujeres y del 3,8% entre los hombres, mientras que las tasas de prevalencia correspondientes en Europa eran del 13,0% entre las mujeres y el 7,9% entre los hombres. De hecho, la prevalencia anual (2009-2010) del consumo de tranquilizantes y sedantes entre las mujeres en todas estas regiones mostraba la tasa más alta entre las drogas ilícitas, superior incluso a la del cannabis.” (Fedotov, 2012, p. 17)

De acuerdo con ciertas encuestas realizadas en escolares:

En Europa la situación con respecto al consumo de drogas ilícitas entre los jóvenes en ese continente es similar al contexto latinoamericano. “La prevalencia del consumo de tranquilizantes y sedantes sin receta médica en algún momento de la vida es mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres (un 8% frente a un 5% en 2007), en contraste con todos los demás tipos de drogas. El uso de tranquilizantes y sedantes entre las estudiantes excede de lejos el de cualquier otro tipo de droga, a excepción del cannabis. Se registran tasas particularmente elevadas de prevalencia de consumo en algún momento de la vida entre los jóvenes en Polonia (el 11% de los hombres y el 24% de las mujeres), Lituania (el 9% de los hombres y el 21% de las mujeres) y Francia (el 12% de los hombres y el 18% de las mujeres).

En otros lugares, según una encuesta escolar realizada en 2009/2010 en Marruecos, la prevalencia en algún momento de la vida, anual y en el mes anterior de consumo de

sustancias sicotrópicas sin receta era superior a la del cannabis entre las mujeres de 15 a 17 años, mientras que entre los hombres jóvenes las drogas de mayor consumo eran el cannabis, la cocaína y el “crack”. De modo similar, en Argelia se observa una preferencia evidente de las mujeres de 15 y 16 años por las drogas sicotrópicas, por encima no solo del cannabis sino también del consumo de alcohol y tabaco”. (Fedotov, 2012, p. 17)

Con base al informe de la Organización Mundial de la Salud “neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas” se dice que:

Todas las sustancias psicoactivas pueden ser nocivas para la salud, dependiendo de la cantidad, modo y frecuencia de su consumo. Los daños producidos son diferentes según la sustancia, y la respuesta de la salud pública al consumo de sustancias debería ser proporcional a los daños que causan a la salud. El consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno inesperado, debido a sus efectos placenteros, a la presión de los compañeros y al contexto social de su consumo. El hecho de probar estas sustancias no conduce necesariamente a la dependencia, pero cuanto mayor sea la frecuencia y la cantidad consumida, mayor es el riesgo de volverse dependiente, de igual manera es habitual asociar el consumo de drogas con la delincuencia. (OMS, 2004, p. 32)

De igual forma en el año 2006 se realizó un informe comparativo sobre **el consumo de drogas de Colombia** y otros países de Sudamérica: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay; con el que se pudo concluir que la marihuana es la droga de mayor uso en Colombia y los 6 países restantes.

Si se considera como indicador el consumo reciente o uso en el último año (2010), entre la población de 15 a 64 años de Colombia un 2,5% declara haber usado algún tipo de sustancia psicoactiva al menos una vez en dicho período. Esta cifra supera a las tasas presentadas en Ecuador y Perú (inferior al 1% en cada caso) y es inferior a las de Bolivia (4,3%) y Argentina, Chile y Uruguay (entre 6 y 7,5%). Esta situación ocurre tanto para hombres como para mujeres, aunque en este último caso las tasas de Colombia y Bolivia son muy similares (cerca del 1%).

En cuanto al uso de cocaína el uso alguna vez en la vida en Colombia entre la población de 15 a 64 años es de 2,7%, cifra superior a las mostradas por Ecuador y Perú e inferior a la de los otros 4 países. Sin embargo, el consumo reciente (año 2011) es de 0,8%, superior a esos mismos países y también a Bolivia, pero inferior a Chile (1,3%) a Uruguay (1,7%) y Argentina (2,7%). Por otra parte el uso actual o consumo en los últimos 30 días, la tasa en Colombia alcanza a 0,5%, cifra superior a Ecuador, Perú y Bolivia, e inferior a Chile (0,6%), Uruguay (0,9%) y Argentina (1,6%). Considerando los distintos indicadores, se podría afirmar que la situación de Colombia es intermedia entre los 7 países de Sudamérica, con cifras similares a Bolivia, superiores a Ecuador y Perú, pero a la vez inferiores a Argentina, Chile y Uruguay. (Ministerio del Interior y de Justicia, 2009, p. 9)

En relación entonces a este análisis general se puede dar una vista previa del contexto mundial de las sustancias psicoactivas según fuentes descritas por UNDOC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe mundial sobre las drogas 2012:

El volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de

15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas, entre los usuarios que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas. (Fedotov, 2012, p. 1)

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo totales de coca se mantienen estables, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar niveles comparables a los de 2009. La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad. (Fedotov, 2012, p. 1)

Tabla 2. Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícita a nivel mundial, 2010.

	Prevalencia (%)		Número (miles)	
	Baja	Alta	Baja	Alta
Cannabis	2.6	5.0	119.420	224.490
Opioides	0.6	0.8	26.380	36.120
Opiáceos	0.3	0.5	12.980	20.990
Cocaína	0.3	0.4	13.200	19.510

Estimulantes de tipo anfetamínico	0.3	1.2	14.340	52.540
“Éxtasis”	0.2	0.6	10.480	28.120
Cualquier droga ilícita	3.4	6.6	153.000	300.000

Fuente: Adaptado de UNODC, 2013.

El consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas (margen de variación: 95.000 a 226.000). Esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. Aunque ese cálculo es inferior al de 2011, dicha reducción puede atribuirse al número menor de fallecimientos que indicaron algunos países de Asia. A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. El consumo de drogas problemático por consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia se mantiene estable en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas. Sin embargo, subsisten deficiencias en la prestación de servicios, y en los años recientes solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamiento de la drogodependencia cada año. Aunque el público en general tal vez considere que el cannabis es la menos dañina de las drogas ilícitas, en el último decenio ha aumentado notoriamente el número de personas que se somete a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esa sustancia, especialmente en América, Oceanía y Europa. De cualquier

modo, los opiáceos siguieron siendo la principal droga objeto de abuso entre las personas acogidas a tratamiento en Asia y Europa, y la cocaína lo fue en América. (UNODC, 2014)

El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia es una preocupación permanente para entidades gubernamentales, familia, iglesia entre otras instituciones del país inquietas por el alto índice de consumo en ciertos grupos poblacionales de la nación. Una de las problemáticas más importantes e influyentes sobre la población es el micrográfico, cuyo objetivo es estar al máximo alcance del consumidor y por el cual el dispendio se hace más asequible y habitual para el comprador.

Se dice que el consumo de sustancias psicoactivas tiene una larga trayectoria en la historia de Colombia, el uso de marihuana y cocaína está documentado desde mediados de 1900 con base en reportes médicos y declaraciones de autoridades en salud lo que indica que no es una tendencia reciente sino que es una problemática de largo curso probablemente desconocido para algunos en la actualidad.

De acuerdo al “Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia en 2013” se evidencia un considerable aumento del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), en comparación con el estudio realizado en 2008. La prevalencia de vida pasó de 8.8% en el 2008 a 12.2% en el 2013, aumentando algo más de tres puntos porcentuales. También aumentó el reporte de uso en el último año (de 2.6% a 3.6%). (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014, p. 178)

Por otra parte se dice que el alcohol y el tabaco son las sustancias legales de mayor consumo en el país. De acuerdo al documento “Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias” se dice que un esfuerzo de prevención para ser fructífero debería

enfocarse en el consumo de alcohol y el consumo de marihuana. Si se lograra consolidar la tendencia aparente de disminución del consumo de alcohol, se podría evitar que se diera el primer paso en la historia del uso de drogas en la población. Si esto se refuerza dirigiendo el foco de la prevención hacia la marihuana, se reduciría en gran medida el consumo de sustancias ilegales. Realmente el consumo de drogas en Colombia sería muy bajo si se reduce el porcentaje de la población que utiliza marihuana. De igual manera se dice que la población no tiene conciencia del consumo de marihuana pensando que esta es una sustancia de riesgo inexistente o leve lo cual aumenta el índice de consumo, de allí la importancia de crear conciencia acerca de los riesgos de uso de esta sustancia. (Scoppetta, 2010)

De igual manera también señala que una estrategia en la prevención se conduce hacia el sexo masculino, pues es en la población de hombres donde se presenta el mayor consumo. No hay indicios claros del crecimiento del consumo de drogas legales e ilegales entre las mujeres, por lo tanto es de esperarse que los hombres aporten la mayor cantidad de consumidores. En consecuencia, sería en esa población donde debería recaer el énfasis en la prevención.

Adicionalmente, es necesario que se haga un mejor esfuerzo de prevención dirigido a la población escolarizada, tanto en secundaria como en universidad. En secundaria, valdría la pena concentrarse en el consumo de alcohol y marihuana, para reforzar esto en las universidades. En la investigación sobre consumo de drogas en estudiantes universitarios de 2009, se encontró que un 43% de ellos no había recibido información sobre este tema en las entidades educativas y que solamente un 14% había participado en un programa formal de prevención. Así que aquí aparece una asignatura pendiente

en cuanto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas se refiere.
(Scoppetta, 2010, p. 55)

Generalmente la problemática del consumo de sustancias psicoactivas se suele percibir como un tema ajeno y alejado de la realidad y cotidianidad de las personas, sin embargo estas conductas pueden darse en cualquier rango de edad, cultura o estrato social. Se asocia de manera equivocada la drogodependencia con la pobreza sin embargo se ha demostrado que afecta cualquier estrato socioeconómico.

Las sustancias psicoactivas generan algunos cambios y alteraciones dirigidos hacia el funcionamiento del sistema nervioso central afectando la salud física, mental de quienes hacen uso y abuso de estas; de igual manera deterioran o rompen relaciones familiares e interfieren en los proyectos de vida. Se debe tener en cuenta que el consumo de drogas se da por una realidad particular de cada individuo como situaciones afectivas, de autoestima, disfunción familiar y social entre otros. Se consideran que algunas circunstancias facilitan y estimulan el consumo de estas sustancias como: actitudes de escape ante la realidad, evasión de problemas, ausencia de afectividad y comunicación, aislamiento social, etc.

El consumo de sustancias psicoactivas trae consigo la tendencia al abuso de dichas sustancias por sumisión a sus efectos esto conlleva a lo que se le denomina “drogodependencia” que es el uso habitual de estupefacientes al que el drogadicto no se puede sustraer. (RAE, 2015)

La preocupación frente al consumo de psicoactivos aumenta, ante las diferentes investigaciones y estudios realizados en Colombia. En el Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Adolescentes En Conflicto Con La Ley En Colombia 2009, se evidencio que el consumo de sustancias psicoactivas aumento en los adolescentes.

De acuerdo a este estudio:

Las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia son: marihuana (2,3%), cocaína (0,7%), éxtasis (0,3%) y bazuco (0,2%). Datos más específicos muestran que de 4.281 encuestados entre 12 y 17 años (en una muestra global de 29.164 personas), uno de cada cinco consumió alcohol durante el último mes (19,55%), y de ellos casi una tercera parte pueden ser considerados consumidores de riesgo. Respecto a sustancias tranquilizantes (Diazepam, Lorazepam, Alprazolam y Clonazepam), 0,2% de los jóvenes en esas edades las han consumido recientemente. En cuanto a las sustancias ilícitas, la marihuana es la más consumida, con 2,7%, seguida por la cocaína (0,8%), los inhalables (0,5%), el éxtasis (0,4%) y el bazuco (0,1%), todas consideradas en un contexto de consumo reciente; es decir, durante el año 2009. (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 19)

En Colombia La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODOC) trabaja con los Estados y la sociedad civil para prevenir que las drogas y el delito amenacen la seguridad, la paz y las oportunidades de desarrollo de los ciudadanos. Fomentando la actualización de mejores prácticas internacionales; generando conocimiento sobre la naturaleza, apoyando la implementación de las convenciones internacionales sobre la materia, desarrollar capacidades nacionales para enfrentar y prevenir la producción, el tráfico, el abuso de drogas y otras manifestaciones del crimen organizado. (UNODC, 2013)

Los jóvenes se encuentran en una etapa fundamental de su vida, la transición que todos los seres humanos viven; un periodo de desarrollo moral y personal de cada individuo, en el cual los seres humanos cursan por varios cambios, iniciando desde cambios puberales, transformaciones biológicas, psicológicas y su contexto social.

Una etapa que está sujeta a diversos cambios, se enfrentan a angustias y conflictos con ellos mismos. La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (OMS)

Los jóvenes se encuentran en una transición entre la niñez y la adultez se ven expuestos a probar nuevas cosas y experiencias, por lo que se convierten en un grupo poblacional vulnerable en cuanto a los peligros de redirigir su vida a otros caminos, están abiertos a realizar cambios en sus vidas, descubren fortalezas y limitaciones en ellos mismos, se rebelan ante cualquier decisión que no estén de acuerdo. Según como sea el entorno de cada adolescente puede convertirse en un sueño o una pesadilla tanto para él o ella, como para la familia, o a lo largo de la vida.

El Consumo de Alcohol es uno de los problemas que se evidencia en los adolescentes y cada vez es más notorio, a pesar de las diferentes campañas que realiza el gobierno para controlar y no permitir la venta de alcohol a menores de 18 años. Iniciación a las drogas este es de los principales problemas en este grupo poblacional, porque las drogas:

Siguen siendo un método de participación grupal, así como vía de escape ante situaciones familiares y personales que los adolescentes no saben manejar. El tabaco, el alcohol son drogas legales que los adolescentes consumen pero también hacen uso de la Marihuana, Cocaína, Anfetaminas, Heroína y LSD. (Respuestas al Diván, 2009)

7.2 Gestación y consumo de sustancias psicoactivas

Según un análisis realizado por la Universidad Nacional de Asunción en Paraguay El uso y Abuso de Drogas durante el Embarazo la problemática que se presenta frente al consumo de sustancias:

Es uno de los problemas más serios para las sociedades de todo el mundo con alta morbilidad (0,8% por drogas ilícitas).

El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor, que permitió la difusión del consumo de numerosas sustancias tóxicas tanto de las lícitas como de las ilícitas, conlleva a una incidencia creciente en las consultas y en los hospitales de pacientes gestantes consumidoras de sustancias.

Este problema de salud pública de las adicciones, resulta de la consecuencia de los cambios que experimentó la sociedad en la segunda mitad del siglo XX y que en los últimos 10 a 20 años se ha incrementado, debido a la globalización económica en casi todo el mundo.

Los efectos de esas adicciones en el producto en gestación se conocen desde hace más de 40 años. Sin embargo, en nuestro medio, la información al respecto es escasa, por lo que debe ser mejor conocida por todos los profesionales que enfrentan las diferentes facetas de esta afección médico-social. (Ruoti, y otros, 2009, p. 33)

Por otra parte Hospital Pereira Rossell junto con la Universidad de Toronto Realizaron un estudio en donde se muestra básicamente la relación de varias problemáticas en consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas durante el periodo de gestación hacen referencia al consumo de alcohol, considerado la tercera causa de retraso mental en el mundo, es 100% prevenible. Como un factor de riesgo por sus efectos teratogénicos y señalado,

asimismo, por sus determinaciones en la salud del período postnatal. Además se mencionan otras sustancias tóxicas durante el embarazo que han sido considerados por sus posibles efectos en el embrión y el feto. Los estudios sobre el consumo de cafeína muestran que dosificaciones superiores a 400 mg por día pueden afectar al peso del recién nacido. Se ha sugerido que la ingesta de cafeína durante el embarazo aumenta el riesgo de abortos espontáneos. (Pascale, 2012)

Según lo mencionado por el Ministerio De Sanidad y Política Social Española En un estudio realizado sobre enseñanzas secundarias dirigidas a estudiantes de 14 a 18 años, muestran que el alcohol es una de las sustancias psicoactivas más consumidas dentro de estas edades. En relación con las mujeres el consumo de alcohol está directamente ligado sólo durante el primer trimestre de gestación, se estima que el 25 al 50% de las mujeres embarazadas en la unión europea continúan consumiendo durante este periodo; algunos estudios indican que podría haber detección de alcohol en recién nacidos, indican que podría existir una prevalencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes mayor de lo que se estima por medio de métodos convencionales. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

Vivencia Emocional en el Embarazo

Según lo descrito por M^a Isabel Castelló López En su estudio Vivencia Emocional en el Embarazo, Parto en el 2006 Es importante entonces destacar que las vivencias por las que atraviesan las mujeres en estado de embarazo. Están basadas en el comportamiento propio de cada mujer y en cómo cada una de ellas vive esta experiencia, se habla entonces de 3 periodos preconcepcionales para vivir la experiencia donde la actitud personal ante el hecho de un embarazo, tendrá relevante importancia para que la vivencia emocional sea gratificante. El que el embarazo sea buscado y deseado ó no, predispondrá a la mujer ó a la pareja a vivirlo

emocionalmente diferente. la motivación con la que se conciba a un hijo, y desde dónde surja dicha motivación inclinará a la mujer a sentir una emoción u otra, y por tanto sus acciones estarán determinadas hacia actitudes positivas ó favorecedoras tanto para ella, para su futuro hijo y por supuesto para el futuro de su relación con la pareja.

Para hablar de ello es importante describir que emociones hacen parte del proceso es por ello que se toman en cuenta los periodos o trimestres por los que se atraviesa durante la experiencia ,estas son las emociones más destacadas, por lo que podríamos decir que el primer trimestre se caracteriza por un estado emocional de intranquilidad ó inquietud aunque hacia el final surja la alegría y la tranquilidad de manera relativa. Al principio del Segundo trimestre, puede surgir un poco de miedo e intranquilidad ó desasosiego hasta conocer el resultado de la amniocentesis, si se ha realizado, tanto por la toma de decisión que podría derivarse en caso de no ser el deseado, como por el hecho mismo de la técnica y de los riesgos que esta conlleva. Tras conocer el resultado, si es favorable, de nuevo surge la alegría y la tranquilidad, máxime cuando además se realizan las ecografías que confirman la correcta morfología fetal .A esta situación, y a lo largo de este trimestre, se añade el hecho de la aparición de los primeros movimientos fetales, el cese de algunas alteraciones físicas surgidas en el primer trimestre náuseas, vómitos, etc.

Todo lo anterior ayudará a que la gestante rebose satisfacción y su actitud sea favorable a la gestación. Pero no debemos olvidar aquellos casos en los que la gestación sufre alguna complicación, obstétrica ó personal, en cuyo caso toda la vivencia positiva puede verse sustituida por la negativa (, agravar el cuadro ó incluso sucumbir a la gestante en una depresión. Al principio del Tercer trimestre, la alegría se mantiene: la ilusión por las compras y los preparativos están en auge al mismo tiempo, que surge el deseo de ver a su hijo, de

tenerlo en los brazos. Hacia el final de este periodo puede sentir incomodidad física que dificulte el sueño ó el descanso y la realización de algunas tareas Nuevamente, hacia el final de este trimestre surge el miedo a: la aparición de las primeras contracciones (Braxton Hicks) que le pueden hacer creer la posibilidad de la amenaza de parto prematuro posibles complicaciones durante el periodo de alumbramiento entre otras.

La gestante puede incrementar los cuidados necesarios para que su hijo nazca vivo y saludable, mostrando en este caso una emoción positiva y una acción de afecto hacia ella y su hijo, en definitiva, una actitud favorable al buen desarrollo de la gestación.

Durante una investigación que Cechin, P. L. (2000), realizó en Brasil, cuyo propósito fue mostrar la importancia de ofrecer un espacio para el diálogo con mujeres en período reproductivo a fin de identificar el conocimiento que poseen sobre su cuerpo, su sexualidad y la manera como interpretan el período fértil y el significado atribuido a la concepción. La investigación fundamentó su estudio en el abordaje cualitativo, siguiendo un proceso abierto e inductivo para obtener información específica sobre la salud reproductiva, relacionada a las creencias, valores y percepciones de dicha vivencia, en la investigación participaron 19 mujeres en período reproductivo, pertenecientes a clases populares, con preservación de los aspectos éticos referidos a la privacidad y confidencialidad de la información. En la interpretación de la información obtenida, Cechin evidenció que la percepción de la vivencia de estas mujeres, está influenciada por cuestiones culturales, religiosas, así como por valores adquiridos por conocimientos de tradición. En sus conclusiones afirma, que este cuadro pudiera ser revertido a través de un proceso educativo, en donde el papel de enfermería sea de facilitadora, para posibilitar el acto de enseñar que se complementa con aquel que aprende,

permitiendo que las mujeres en período reproductivo participen en la transformación de su propia historia, mediante el diálogo que tiene como objetivo el intercambio de saberes entre el profesional y la cliente en busca de nuevos conocimientos, mirando hacia la promoción de su salud reproductiva.

hacer referencia a Montero, N. (1991), quien comparte los señalamientos de Barrera y Moncada, acerca de que las mujeres jóvenes en edad fértil como seres humanos, en su período de desarrollo: se habla entonces de un periodo de desmotivación, desubicación, baja autoestima y ambivalencias por miedos y temores creados ante la sociedad y ante el hecho de vivir la experiencia de embarazo sin previo aviso, representadas por una constante reafirmación del yo, procurando, copiando e imitando modelos y estereotipos, además de interdependencia a toda costa, sin detenerse a mirar las circunstancias .

El no detenerse a mirar las circunstancias en muchos casos, conlleva a las mujeres en edad joven a un embarazo, quizás no deseado, pero por el que debe asumir su responsabilidad , asistiendo oportunamente a la consulta prenatal, donde la acción de enfermería puede ayudarles a desarrollar procesos de auto valorización, autodeterminación y recuperación de la autoestima, permitiéndoles al mismo tiempo, asumir de manera agradable y consciente tanto el embarazo como la maternidad, a partir de un clima armónico, donde el afecto, el cariño y la comprensión de sus problemas de salud jueguen un papel fundamental en la conquista del nuevo sentido de su existencia, es decir, su hijo. Lo anterior orienta la descripción teórico-conceptual de la variable: Cuidados de enfermería a la adolescente embarazada, su dimensión: Relaciones interpersonales, los indicadores: Apoyo emocional, Apoyo valorativo y Apoyo informativo, así como los subindicadores que la sustentan.

Según lo descrito por la Universidad central de Venezuela en un estudio realizado en consulta prenatal durante el primer trimestre de 2006 se describe la vivencia emocional durante el parto. La emoción estrella en esta etapa es el miedo, pero miedo al “dolor”: Aunque estamos a principio del siglo XXI, es a finales del pasado siglo XX cuando se estandariza el uso de la analgesia epidural en la asistencia al parto en los hospitales, y a petición de la gestante, independientemente de si se inicia de manera espontánea ó inducida, Indiscutiblemente, en esta sociedad, en que no somos capaces de pasar por las mil y una intervenciones ó manipulaciones, por el que somos capaces de sacrificar hasta la salud, resulta que, somos incapaces de prepararlo para afrontar el momento del parto. Cuando el nacimiento a ocurrido, su estado de alerta se centra sobre la vitalidad del recién nacido. Una vez ella confirma que su hijo está bien y sano, la emoción que aparece, generalmente, es la alegría que expresa mediante lágrimas, con la creación del vínculo afectivo, también llamada plenitud. Algunas veces ocurren rechazos y falta de contacto con su hijo como consecuencia del. Para algunas mujeres es su primera experiencia, carecen de referentes, y les cuesta asimilar el inicio de un nuevo rol, el materno.

Esta experiencia puede ser vivida con angustia y sufrimiento, pero si el resultado es óptimo y la personalidad de la mujer y con recursos personales suficientes, lo vivirá de manera saludable. Otra etapa importante es la que sigue con la estancia hospitalaria en la planta de maternidad. Aquí el cansancio y la nueva situación para muchas, la hacen estar como en una “nube”, todavía no acaban de creérselo. Están en la fase de adaptación y las emociones pueden estar no del todo claras, es decir, la púérpera puede estar en un estado de confusión. Si a esto le añadimos, el incesante desfile de visitas, que con toda su buena intención acuden durante todo el día, la inexperiencia con la lactancia materna, la cantidad de consejos gratuitos

de los familiares, el baile de hormonas, etc. la mujer puede sentir estrés). De lo anterior depende, en gran medida, que la lactancia materna se mantenga, que la recuperación física y el equilibrio psicoemocional se restablezcan lo antes posible.

8. Metodología

“Como lo hicimos”

8.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo cualitativo el cual permite comprender la realidad de las personas y que significado tienen sus perspectivas en el tema de la investigación, para ello se realizó una entrevista semiestructurada dirigida a tres momentos, el antes, el durante y el después del embarazo. El estudio fue encaminado principalmente a mujeres jóvenes consumidoras de psicoactivos y/o en periodo de gestación en la ciudad de Bogotá.

De igual manera se explicó a las participantes la finalidad que tiene el estudio, cuales son los objetivos y propósitos, y la metodología de cómo se llevó a cabo la investigación. Se hizo firmar un consentimiento informado a las mujeres para obtener su participación en la investigación.

8.2 Participantes

Las participantes en esta investigación fueron mujeres consumidoras de psicoactivos embarazadas, que asistían a consulta de control prenatal en una Institución Prestadora de Servicios de Salud adscrita D.D.S.

Las otras participantes fueron mujeres que a través de la técnica de bola de nieve aceptaron participar en la investigación; esta técnica permite ubicar a sujetos o elementos de muy difícil localización o identificación. Se utiliza principalmente en investigaciones cualitativas que requieren la opinión experta frecuentemente asociada con la toma de decisiones, pues se basa en la identificación de individuos que pueden proporcionar a mejor

información con determinada experiencia. Finalmente se logró aplicar la entrevista semi-estructurada a nueve mujeres embarazadas.

8.3 Problemas con la población

En la búsqueda de mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas, se encontraron diferentes problemáticas las cuales impidieron realizar un mayor número de entrevistas.

Se inició con una prueba piloto en la cual se entrevistaron tres mujeres que contaban con los criterios de inclusión, en la ciudad de Bogotá. Se les explicó los objetivos de la investigación y accedieron a participar en el estudio.

De acuerdo a los datos recolectados se pudo estructurar de una manera más específica las preguntas de la entrevista a fin de aplicarla a las nuevas participantes.

A partir de esto se acudió a la administración del IPS para que en colaboración con esta institución se pudiera localizar un mayor número de participantes para el estudio. Luego de la aprobación de la misma y con la colaboración del Departamento de Gestión del Conocimiento, se tuvo la oportunidad de acceder a una base de datos con la información de mujeres en embarazo que asistían a alguna de los centros de salud de la IPS, sin embargo de esta base de datos no garantizaba que fueran mujeres con consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación; esta base contaba con 110 mujeres que se encontraban dentro de una población de riesgo de acuerdo al perfil que se estaba buscando.

A partir de esto se inició el proceso de localización mediante llamadas telefónicas que se realizaron desde la IPS. De allí se excluyeron algunas participantes de acuerdo a los criterios ya establecidos anteriormente.

- No cumplían con rango de edad: 20 por ser menores de edad, 34 por sobrepasar el rango de edad (mayores a 24 años)-

- No se encontraba el número telefónico en la base de datos: 4 mujeres.

- Líneas telefónicas inhabilitadas o sin servicio: 26 mujeres.

- Se pudieron contactar 26 mujeres en total de la base de datos, 6 no quisieron participar debido a que su embarazo no llegó a feliz término, otras mujeres por diferentes razones no podían asistir.

- Finalmente se citaron a 20 mujeres las cuales se les dio la flexibilidad de tres horarios para participar en la investigación, que se llevó a cabo en el salón de actividades de la IPS.

- Sin embargo de las 20 participantes citadas, solo asistieron 10 a la actividad programada. Como no se tenía conocimiento cuales de estas mujeres eran consumidoras de sustancias psicoactivas; se realizaron actividades en tres grupos focales para determinar quiénes de ellas cumplían con el perfil requerido para la investigación; de las cuales solo una mujer cumplió con el perfil. A ella se le aplicó la entrevista semiestructurada en la cual conocieron con más precisión las vivencias del cuidado de la salud que tuvo ella durante su periodo de gestación.

Debido a que la IPS no contaba con una base de datos específica para mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas, y no fue fácil localizarlas. Se acudió a la técnica de bola de nieve, con base a la prueba piloto realizada anteriormente y las mujeres localizadas en la base de datos de la IPS; a partir de estas se logró contactar otras ocho

mujeres a las cuales también se les aplicó la entrevista semiestructurada, con las cuales se finalizó la fase de recolección de datos.

8.4 Criterios de inclusión

Para la recolección de la información y el desarrollo de la investigación, se tuvieron en cuenta ciertos criterios de inclusión que las mujeres debieron cumplir:

- Mujeres jóvenes consumidoras de psicoactivos que hayan estado embarazadas, o se encuentren en embarazo.
- Mujeres que asistan a consulta de control prenatal en la IPS.
- Mujeres jóvenes que hayan cumplido la mayoría de edad hasta los 24 años.
- Mujeres jóvenes que quieran participar de manera voluntaria en el trabajo de investigación.

8.5 Criterios de exclusión

- Mujeres que no cumplieron por difícil localización.
- Mujeres gestantes consumidoras de psicoactivos que en el momento de realizar la entrevista decidieron no hacerlo por diferentes aspectos.

8.6 Instrumento

El instrumento que se utilizó fue una entrevista semi-estructurada en la cual se determinó previamente la información relevante que se quiso conseguir. En la entrevista se realizaron preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y profundizar los temas. (Pelaez, y otros, 2013) Por medio del diálogo y de las entrevistas se pudo recolectar información necesaria sobre las vivencias de cada participante.

(Ver Anexo 1)

8.7 Análisis de la información

Para el análisis de la información fue necesaria la transcripción de las entrevistas grabadas, con el fin de organizar a la información en los tres momentos requeridos para el desarrollo del estudio. Se utilizó una matriz como herramienta para hacer una revisión más profunda de cada una de las respuestas de las mujeres; la lectura de esta matriz se hizo en sentido horizontal y vertical. El sentido horizontal mostró las características más relevantes de cada mujer durante la entrevista, en tanto el vertical expuso las preguntas con cada una de las respuestas donde se hallaron similitudes y diferencias en cada contestación. De igual manera se utilizó esta matriz para cada momento establecido en la investigación: antes, durante y después lo que permitió conocer a fondo la vivencia de cada mujer en cada una de estas etapas.

También se hizo la caracterización de la población, que sirvió como herramienta para mostrar aspectos importantes de cada una de las participantes como edad, nivel educativo, procedencia, estado civil, número de embarazos, número de hijos y ocupación.

8.8 Aspectos éticos de la investigación

Para el presente trabajo las consideraciones éticas se realizaron con base a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en la cual debe prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. (Ministerio de salud, 4 de octubre de 1993)

Para la realización del estudio se contó con un consentimiento informado por escrito donde se les explicó a las mujeres el objetivo general y la finalidad de la investigación, se

esclarecieron las pautas y se registró la autorización de las mujeres con fines investigativos preservando su confidencialidad.

En la investigación se tuvo en cuenta principios éticos como el respeto a la autonomía y libre expresión donde las jóvenes tuvieron la capacidad de decidir si deseaban hacer parte de la investigación. A través del consentimiento informado el investigador garantizó la confidencialidad y anonimato de las respuestas obtenidas en el desarrollo de la entrevista y que los resultados obtenidos fueron de uso exclusivo para el análisis de la investigación. (Ver Anexo 2)

8. Análisis de Datos

"Lo que encontramos"

Para realizar el análisis de datos se tomó como referencia la matriz de análisis que permitió hacer una profundización en las declaraciones de cada una de las participantes, rescatando las respuestas más relevantes y semejantes estableciendo núcleos de sentido que permitieron dar una mayor comprensión de los datos recolectados.

9.1 Características de la población

"¿Quiénes son estas mujeres?"

Para tener un conocimiento más profundo, fue necesario crear un vínculo de acercamiento con estas mujeres, de esta manera se logró entrevistar a nueve que tenían un promedio de edad de 28 años, con edades extremas que oscilaron entre los 22 y 32 años de edad, en promedio todas han tenido un solo embarazo y consecuentemente un hijo, a excepción de una mujer que curso con cinco embarazos de los cuales tres nacieron vivos.

Todas las participantes tuvieron acceso a estudios primarios de las cuales seis finalizaron básica secundaria y tres de ellas iniciaron carrera universitaria siendo que solamente una de ellas continua con sus estudios de educación superior.

En cuanto al estado civil, seis de las participantes refirieron ser solteras, vivir con familiares cercanos y dos solo con sus hijos; tres dijeron convivir en unión libre.

En general todas las participantes proceden del altiplano Cundiboyacense, de manera particular dos de ellas son naturales del departamento de Boyacá, cuatro de la ciudad de Bogotá, tres de un municipio cercano a Bogotá (Zipaquirá) y cuatro restantes de Bogotá, D. C., es importante resaltar que actualmente todas residen en la ciudad de Bogotá.

En relación con la población estas mujeres hacen parte del grueso del país que en la actualidad no tienen un trabajo formal, en relación con la muestra del DANE en mayo de 2015 que muestra que la tasa de desempleo que es de 8,9%., lo que evidencia que aun en el país hay una alta cifra de trabajo informal y empleos que generan ingresos sin ser reconocidos por la sociedad.

En este sentido algunas de estas mujeres desarrollan una labor a favor de su familia sin ningún reconocimiento (amas de casa); otras viven se su esfuerzo particular (vendedora ambulante y recicladora) en otro caso particular hay otra mujer que a pesar de tener un trabajo informal ha profundizado más sobre sus habilidades personales para sobrevivir (tatuadora) y finalmente hay dos mujeres que dadas las dificultades para conseguir dinero han tenido que negociar con sus atributos y ellas mismas se reconocen como trabajadora sexual y dama de compañía.

Cabe resaltar que en el momento de las entrevistas una de las participantes se encontraba en estado de embarazo.

Para una mejor comprensión de los datos demográficos aquí descritos se puede ver el siguiente cuadro el cual muestra las características específicas de cada una de las participantes.

Tabla 3 Caracterización de la población.

Señora	Sexo	Edad	# embarazos	# hijos	Grado de escolaridad	Ocupación	Lugar de Procedencia	Lugar de Residencia
S1	F	30 años	1	1	Primaria	Trabajadora sexual	Boyacá	Bogotá
S2	F	28	1	1	Quinto	Dama de	Bogotá	Bogotá

		años			semestre Universidad	compañía		
S3	F	24 años	1	1	Universitaria	Estudiante	Zipaquirá	Bogotá
S4	F	27 años	1	1	Bachillerato	Estudiante	Bogotá	Bogotá
S5	F	32 años	5	3	Primaria	Recicladora	Bogotá	Bogotá
S6	F	22 años	2	2	Bachiller	Ama de casa	Zipaquirá	Bogotá
S7	F	25 años	1	1	Técnico	Estudiar y trabajar	Boyacá	Bogotá
S8	F	32 años	1	1	Sin estudio alguno	Vendedora de dulces	Zipaquirá	Bogotá
S9	F	30 años	1	1	Quinto semestre universidad	Tatuadora	Bogotá	Bogotá

Fuente: Autoras del presente trabajo de grado con base en la investigación realizada.

Es importante resaltar que el consumo sustancias psicoactivas en estas mujeres se inició dentro de un rango de los 13 a los 17 años, antes de cumplir su mayoría de edad, lo que ocurre de manera similar en el estudio Nacional de consumo en 2013 donde se estimó que la edad de inicio de consumo se sustancias psicoactivas en la población Colombiana es de 17,74 en promedio, con una mediana de 17 años.

Este inicio precoz refleja la vulnerabilidad que se da en esta etapa y a los cambios propios de la misma, de igual forma se describe el inicio del consumo por grupo de amigos, pareja, y familia o ausencia de esta; si bien las conductas de la edad se relacionan con el estar y hacer actividades en grupo ya que generan seguridad y les proporciona mayor libertad.

"A los 13 años, por mi mamá... ella consumía bazuco en la casa de nosotros (...) entonces, el compañero sentimental de ella nos dio eso, nosotras con mi hermanita le dijimos denos eso (bazuco) él nos dio, y ahí nos quedamos." (S5)

"A los 13, pues porque las chinas con las que estudiaba eran unas caspas y esas llevaban al colegio, eso hasta a veces nos escapábamos solo para ir a soplar eso." (S8)

9.2 Análisis de la información

9.2.1 Antes. "Entre la ignorancia y la irresponsabilidad".

9.2.1.1 Saberes "Conocimiento y descontrol". Según lo descrito por Ágnes Heller "un Saber es la suma de nuestros conocimientos sobre la realidad que utilizamos de un modo efectivo en la vida cotidiana". (Heller, 1994)

En la investigación un saber es un conocimiento previo que se tiene frente a la gestación y a una sustancia psicoactiva este puede estar precedido sobre algo o sobre su propia experiencia. (Definiciónabc, 2014)

Se hizo referencia al conocimiento que tenían las mujeres antes del embarazo acerca del cuidado de la salud y las sustancias psicoactivas.

""Estar bien no tener ninguna enfermedad."(S1). "Es cuidar la vida, alimentarse bien comer frutas y verduras, salir a caminar." (S2)""

En el momento de indagar acerca de los saberes que tenían estas mujeres frente a la salud y la enfermedad, se vio reflejado que en su gran mayoría el conocimiento que tenían

sobre esta temática es básico, y muy relacionados con la “normalidad”; a diferencia de una minoría de mujeres quienes tenían un conocimiento más estructurado y concreto sobre la salud y enfermedad.

"Pues es, no tener gripa, no estar enfermo, ni con ningún dolor" (S5)

"Bienestar propio" (S6)

Simultáneamente en el documento “Salud y participación adolescente” de Unicef se habla de los riesgos que suelen atribuirse a los adolescentes como factores a los que están comúnmente expuestos y que constituyen agresiones contra su cuerpo, es decir, contra su integridad. Se habla generalmente de la violencia, del abuso de alcohol, tabaco o drogas ilegales, de una inadecuada alimentación, del embarazo prematuro, entre otros. (UNICEF, 2006)

Dichos factores no son comúnmente vistos como problemas de salud por los adolescentes por consiguiente no se tiene conciencia clara de los cuidados de salud que se deben tener en este ciclo de vida.

A su vez, al indagar acerca de los conocimientos que tenían las participantes sobre las sustancias psicoactivas, todas las mujeres reconocieron saber que es una sustancia psicoactiva, describiendo sus efectos como una sustancia que les genera cambios en su comportamiento. Algunas describen que estas sustancias son de ayuda para su estado emocional. En una minoría se evidencia el conocimiento entre sustancias lícitas e ilícitas.

S4: "Son sustancias que ayudan a estar bien la marihuana es chévere la cosa es manejarla (risas)."

S5: "Si claro eso es algo lo pone a uno en otro mundo otro ambiente uno ni piensa."

Adicionalmente se le pregunto a las participantes acerca del conocimiento por parte de personas cercanas o familiares, sobre esta conducta, la mayoría de las mujeres reconocen que su familia no tenía ningún conocimiento sobre el consumo que ellas tenían de estas sustancias, sin embargo otras personas cercanas como amigos y pareja, sabían de su consumo porque compartían este acto.

"Con mi novio de ese momento, él también era consumidor y él era quien me conseguía las drogas."(S6)

"Mi hermana si y mis padres por sus ocupaciones nunca se dieron cuenta y por supuesto mi novio." (S7)

De manera similar se evidencia en el artículo “Familia y drogas: aspectos sicosociales” donde se mencionan los motivos que aducen los padres para que los jóvenes se interesen por consumir drogas. “Para la población de padres la influencia es de los amigos como "causa principal" seguido de la curiosidad.” (García, 2003, p. 159)

Es así como se refleja que el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes comienza por personas cercanas que en su mayoría no pertenecen al núcleo familiar, como amigos, pareja entre otros; y quienes menos están al tanto de estas conductas son sus padres y familiares más cercanos.

9.2.1.2 Pensares. "Sin medir consecuencias". El pensar sólo comienza cuando hemos experimentado que la razón, tan glorificada durante siglos, es la más tenaz adversaria del pensar. [Martín Heidegger]

Según lo define Heidegger es aquello que nos motiva a acercarnos a un pensador una realidad por medio de una actividad intelectual. (Montoya, 2010)

Es por ello que para esta investigación el pensar abarca el conocimiento básico de lo que constituye una sustancia psicoactiva y lo interrelaciona con una vivencia y su proceso de gestación. Se hizo referencia a la concepción que tenían estas mujeres frente al consumo de sustancias psicoactivas antes del embarazo. (Definición.de, 2013)

"No pues no pensaba (risas) la verdad a mí me gusta, yo la uso más para relajarme, para... desestrezarme, como relajante muscular"(S2)

"Si pero no es algo que uno piense en el momento uno está en lo que esta y ya, si uno pensara en todo a lo que lo lleva el estar en el consumo, no uno lo hace"(S5).

En relación a los pensamientos de estas mujeres acerca del consumo y lo que podría pasarles bajo los efectos de estas sustancias, se evidencio que la mayoría de ellas (seis) no piensan que estas conductas pueda traerles consecuencias a corto o largo plazo, ellas refieren que el consumo lo hacen por diversión o como habito ya adquirido, sin embargo otras refieren que el consumo de sustancias psicoactivas es un camino para olvidar problemas que puede ser usado como tranquilizante. De igual modo se pone en evidencia el peligro que viene con el consumo de sustancias psicoactivas hay un completo desinterés y falta de información ya que la práctica se realiza por diversión y se evitan consecuencias o efectos de las mismas.

La mayoría de la mujeres refieren que en el momento de consumir psicoactivos no piensan que estas sustancias puedan traerles consecuencias, se evidencia que algunas de ellas lo hacen por diversión, habito o como tranquilizante.

"Lo que pasa es que yo consumo frecuentemente marihuana y durante el embarazo hacia lo mismo, eso no le trajo consecuencias a mi hija así que no creo que sea dañina como otras sustancias que son muy procesadas y que se inhalan". (S7)

También se les pregunto a las participantes, si en algún momento pensaron que podían quedar en embarazo bajo el efecto de las sustancias psicoactivas a lo que la mayoría refirió mantener relaciones sexuales bajo el efecto de estas sustancias (marihuana). A excepción de una mujer quien describió que no se podía tener relaciones sexuales bajo los efectos del bazuco ya que estas sustancias producen una sobre estimulación del sistema nervioso central que tiene como consecuencia secuelas psíquicas como ansiedad desbocaba, miedos irracionales, paranoia, y pérdida del deseo sexual, impotencia y frigidez, bloqueo emocional, y daños irreversibles en el sistema nervioso.

"Claro pero viviendo en ese infierno es triste y todo, pero no se mide consecuencias".
(S1)

"No porque cuando yo estaba bajo los efectos, que estaba drogada nunca tuve relaciones... no podía, porque eso es un estado que también da... mucho miedo usted siente que todo el mundo lo está mirando, que la policía lo va atrapar, eso es terrible. !Es una paranoia terrible!". (S5)

9.2.1.3 Haceres. "La curiosidad por otras cosas". Se hizo referencia a las acciones realizadas frente al cuidado de la salud y el consumo de sustancias psicoactivas antes del embarazo.

"A los 16 años, porque en ese entonces mi grupo de amigos consumía esas drogas así que termine hay metida." (S6)

Como se ha dicho anteriormente el inicio de consumo de sustancias psicoactivas en estas mujeres se presenta en una etapa de transición entre la niñez y la adultez donde experimentan diferentes cambios como fisiológicos, psicológicos y físicos. Por otra parte de acuerdo a su edad de convierten en una población vulnerable en busca de identidad,

llevándolos al aislamiento familiar; teniendo mayor afinidad en sus pares y por consecuencia refugio en sustancias psicoactivas.

Con respecto a los motivos más comunes por los cuales iniciaron el consumo fue por ofrecimiento, regalos de amigos o de personas cercanas; esto las indujo al consumo, algunas empezaron a conseguir las sustancias por cuenta propia, con el dinero que contaban o que recibían de sus padres, a otras mujeres el consumo activo de las sustancias las condujo a la dependencia y así mismo a robar para satisfacer la ansiedad que estas drogas les generaba.

"No, pues me las regalaban, la mayoría del tiempo me la regalaban ya después conseguí alguien que me la vendiera."(S2)

"Yo robaba, yo de primeras empecé a robar comida por el hambre, después empezamos a robar asaderos, lo cogíamos de "quieto", después robábamos gente en la calle y por ultimo yo ya empecé a robar carros, yo robaba carros. De ahí sacaba el dinero para consumir."(S5)

"En la calle con las chinas del barrio, ya después uno hasta roba para conseguir eso pero eso si no me gusta yo robe una vez a una señora y casi me cogen eso me dio miedo."(S8)

Se evidencia que la mayoría de las mujeres iniciaron consumiendo sustancias psicoactivas legales como el alcohol y el cigarrillo, llevándolas más adelante a probar otras sustancias ilegales que les proporcionara efectos más duraderos, o acción en un tiempo más corto, por las cuales algunas mujeres crearon dependencia a dichas sustancias, algunas no continuaron con el consumo y otras son consumidoras reguladas.

"Cerveza y trago, ya después es que entra la curiosidad por otras cosas."(S4)

"Lo primero que empecé a consumir fue pegante, después del pegante empecé a consumir marihuana, y después de la marihuana empecé a consumir bazuco."(S5)

“Alcohol es lo primero que le ofrecen a uno ya después viene la marihuana.”(S7)

Dichas observaciones se relacionan también con el artículo “Consumo de marihuana y su efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje” donde se muestra que:

La iniciación en el consumo de marihuana está precedida generalmente por el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e igualmente con el aumento en la frecuencia del consumo de marihuana también aumenta la probabilidad de consumo de otras drogas ilegales (cocaína-crack, metanfetaminas, entre otras). (Beverido, Julio - Diciembre 2010, p. 53)

9.3 Durante. "Una lucha constante"

9.3.1 Actuales. "Tal vez... Lo más difícil fue dejarlo". Se indago a las participantes sobre la reacción que tuvieron al enterarse del embarazo, para todas fue una sorpresa porque ninguna esperaba quedar en embarazo en ningún momento, cada una vivencio de manera diferente la noticia, en algunas se vivó tristeza, miedo y resignación por las condiciones en que se encontraban, para otras felicidad por el nuevo ser, finalmente todas aceptaron su embarazo y lo llevaron a término.

"Me asuste no era feliz porque no sabía ni porque consumía y con un bebé... me dio miedo." (S1)

"una depresión terrible, para mí fue muy difícil". (S6)

En relación a si estas mujeres recibieron apoyo por parte de sus familiares o personas cercanas para dejar el consumo en la etapa de embarazo, algunas de las mujeres mencionaron que contaron con el apoyo de sus familiares durante este periodo, las mujeres que refirieron no recibir ningún tipo de apoyo por parte de sus familiares fue porque estos no tenían

conocimiento de su consumo o simplemente tuvieron que vivir esta etapa solas, en la cual algunas continuaron el consumo y otras lo dejaron por voluntad propia a raíz del embarazo.

"No, obviamente uno es consiente a mí me gusta mucho la marihuana pero pues igual... Yo era consiente que la tenía que dejar por el embarazo pues para que él bebe estuviera bien, lo hice por mi voluntad propia."(S2)

"No porque yo vivía en un hotel pero eso es prácticamente vivir en la calle, porque si uno no tiene el dinero para pagar eso todos los días pues lo sacan, pero no yo no tenía ayuda de nadie, sola completamente sola."(S5)

Como se ha dicho anteriormente, la mayoría de las mujeres continuaron el consumo en igual o en menor frecuencia durante el embarazo, ya que refirieron dificultad para dejar el consumo de estas sustancias psicoactivas, algunas describieron que dejar el consumo era muy difícil ya que habían creado una dependencia y tampoco tenían la intención de dejarlo. Por otro lado solo tres de ellas dejaron el consumo por el bienestar de sus hijos y por recomendaciones médicas, y de estas, dos retomaron el consumo al culminar el embarazo, ya que no se consideraban adictas ni que dichas sustancias tuvieran daños significativos para ellas ni durante su embarazo.

"No, cuando me entere que estaba embarazada yo no seguí porque yo soy consiente que cualquier cosa como el alcohol o las drogas son dañinas para el embarazo."(S3)

"Sí, me metía 100 papeletas diarias."(S5)

"Si en menor frecuencia. Pues yo no le veía nada malo a la marihuana pero me decían que eso le hacía daño al bebe, yo ya no lo hacía por el bien del bebe". (S7)

"Si, dejar el vicio es horrible porque por más que uno trate no puede, uno siente más y más ganas de seguir metiendo ese vicio" (S8)

Por otra parte al indagar acerca de los cuidados de salud que mantenían estas mujeres en la etapa del embarazo, los hábitos de salud más frecuentes en estas mujeres fueron de alimentación saludable, aumento en el consumo de frutas, verduras e ingesta de agua, aumento de la actividad física, reposos oportunos y disminución del consumo de las sustancias psicoactivas. Sin embargo dos de ellas refirieron no haber mantenido ningún hábito de salud porque en ese momento su embarazo no era importante e igualmente no estaban afiliadas a una entidad prestadora de salud, describen que por la situación precaria en la que vivían y las conductas que mantenían con el consumo de psicoactivos estos no les permitía adherirse a ningún hábito de salud.

Frutas, comí demasiadas frutas y verduras, le baje mucho a las harinas y a las grasas y más frutas."(S2)

Consumía mucha fruta, tomaba mucha agua, descansaba el tiempo que fuese necesario y ya mantenía lo más tranquila posible. (S3)

"Me alimentaba bien, pero igual a veces consumía marihuana. La alimentación porque en la casa siempre nos alimentábamos e igual consumía marihuana porque simplemente me gustaba ya era algo cotidiano."(S6)

Ahora veamos que en cuanto a los cuidados que mantuvieron en el embarazo durante cada trimestre, gran parte de estas mujeres no sabía de su embarazo durante el primer trimestre, por lo que no tuvieron los cuidados indicados para este periodo. Durante el segundo trimestre las mujeres refieren alimentarse "bien", aumentar la actividad física para el bienestar de su bebe, sin embargo algunas de ellas no tuvieron los cuidados necesarios que se requieren en esta etapa por diferentes motivos. Y en el último trimestre la mayoría decidió guardar reposo por el bienestar de su bebe.

"Ninguno, porque yo nunca iba al médico y en ese tiempo viviendo casi en la calle ni siquiera tenía servicio de salud ni nada, igual a mí tampoco me importaba ir al médico ni nada."(S5)

"Desde que me di cuenta que estaba embarazada pues hice lo mismo todo el tiempo hasta que tuve él bebe, es que yo no hacía casi nada hay en la casa y ya eso era aburrida de vez en cuando salía por ahí pero un rato." (S6)

"¿Trimestres? (risas) yo ni sabía eso de los trimestres, pues lo mismo comer bien y eso."(S8)

Ahora bien en lo relacionado a la asistencia a los controles prenatales y la información que allí recibían en su gran mayoría las mujeres asistieron a estos controles luego de enterarse que estaban en embarazo, describen que les daban recomendaciones acerca de la alimentación, consumo de micronutrientes, evolución del embarazo y cuidados de la salud; también asistieron a los cursos Sico profilácticos donde las orientaban acerca del trabajo de parto y los cuidados para él bebe. No obstante una pequeña parte de estas mujeres nunca asistieron a dichos controles porque su estado de embarazo no era prioridad en ese momento ni se encontraban afiliadas a ningún sistema de salud.

"Claro que si... Me decían como estaba mi bebe, como se veía, los signos de alarma, los exámenes que me debía hacer y pues i básicamente todo eso... Los cuidados". (S2)

"No, igual a mí nunca me importo el embarazo eso para mí no era casi importante."
(S5)

"Algunos, luego de que me entere si me enseñaron varias cosas del cuidado del bebe y para el parto". (S9)

Todas continuaron con la rutina normal, con sus actividades cotidianas ya que el embarazo no fue ningún impedimento para seguir haciendo sus vidas, trabajar y estudiar era algo de lo que hacían estas mujeres.

"En la calle, robaba para conseguir la droga y ya después de que conseguía eso soplar todo el día el vicio pues que más hace uno si no tiene nada que hacer."(S5)

"Pues de la psicóloga de EPS pero eso prácticamente a uno no le sirve, lo único que de verdad funciona si uno quiere dejar eso es la fuerza de voluntad porque eso es muy dependiente, yo acepto que es un vicio y yo vivo dependiente pero tampoco creo que afecte mi salud así grave."(S7)

9.3.2 Sentires. "Entre la negación y la aceptación". En alusión a los sentimientos que vivenciaron las participantes durante la etapa del embarazo y el consumo de psicoactivos, se puede establecer que las mayores situaciones de angustia que tuvieron se dieron a causa de la preocupación porque él bebe naciera en malas condiciones de salud a causa del consumo; otras de ellas describieron que su preocupación fue dar la noticia de su embarazo y la manera en que la asumieran cada una de sus familias y sus parejas. Así mismo la responsabilidad de una nueva vida.

"La niña que se me muriera o que naciera enferma por mi culpa."(S1)

"Pues primero como le iba a decir a mis papas que estaba embarazada y después esa responsabilidad de tener un bebe, ahora que soy mamá me doy cuenta que tener un hijo no es nada fácil. (S7)"

A su vez y dando continuidad a los sentires de manera más específica, se expresaron diferentes sentimientos tales como: nostalgia, rabia, incertidumbre, impotencia, miedo, soledad, angustia, en cuanto a la noticia inesperada del embarazo porque no lo tenían

planeado en ese momento; en contraste con sentimientos de alegría, porque finalmente aceptaron el embarazo.

"El embarazo... fueron muchas emociones porque pues ser mamá da miedo, es una nueva etapa de tu vida, son muchos cambios que se vienen, es complicado."(S2)

"En algunos momentos sentía alegría por la vida del bebe, también asustada, incertidumbre, impotencia." (S6)

A esto, se debe agregar los cambios de vida que les produjo a estas mujeres el saber que estaban en embarazo, donde se mostró que para la mayoría de ellas el embarazo fue un punto de partida para realizar cambios en su vida, ya que esto generó una transición importante en esta etapa y una responsabilidad adicional. En cambio para algunas de ellas no significó "nada" ya que no querían asumir ningún tipo de responsabilidad en ese momento de sus vidas y ni el tener a cargo la vida de otro ser.

"Mi vida cambio, deje todo y me convertí en otra persona estaba pensando como mamá (risas).programando a alguien que no era yo para defenderse y pues luchando conmigo misma por él."(S4)

"Nada porque yo seguía en lo mismo vivía en el hotel, robaba y me la pasaba soplando ese era mi día a día."(S5)

En lo relacionado con el consumo se les pregunto a las participantes si habían sentido deseos de consumir sustancias psicoactivas a raíz de embarazo a lo cual un pequeño grupo de estas participantes describió que abandonaron el consumo por voluntad propia al saber que se encontraban en estado de embarazo, a diferencia de la mayoría de mujeres en el cual este estado les generó ansiedad y aumento en el consumo de las sustancias psicoactivas.

"No al contrario, yo deje eso porque yo me puse contenta y yo quería tener un bebe."(S2)

"No, yo cuando me entere hay mismo deje de consumir eso y ni siquiera me dieron ganas ni nada lo deje por completo."(S3)

De igual manera se consideró importante que las participantes expresaran los sentimientos vivenciados en relación con su bebé donde se encontró que gran parte de estas mujeres vivenciaron alegría por él bebe, sin dejar de lado la preocupación que sentían porque algo les fuera a pasar o tuviera alguna consecuencia el consumo previo.

Unas pocas refirieron no importarle en ese momento el embarazo, ya que no tenían deseos de tomar una responsabilidad de tal dimensión, y solo hasta que dieron a luz concibieron sentimientos de preocupación y de amor por sus hijos.

"A mí no me importo mi hijo, hasta que nació yo me sentía aburrida."(S8)

"Me dio mucha alegría mi bebé, pero no dejaba de pensar en mi problema y en cómo hacer con lo que me pasaba."(S9)

9.3.3 Padeceres. "Irresponsabilidad sin consecuencias". En lo que toca a los padecimientos como un sufrimiento físico, psíquico o sentimental; se tuvieron en cuenta las molestias físicas y complicaciones que este grupo de mujeres tuvieron durante el embarazo. Se relataron algunas molestias físicas tales como nauseas, mareos, vomito, fatiga irritabilidad, sensibilidad a olores fuertes, sueño constante, entre otros. En contrariedad de otro grupo de mujeres que refirieron no haber sentido molestias ya que las sustancias psicoactivas les generaba un estado de tranquilidad en el que no percibían ninguna molestia, síntoma o necesidad.

"No ninguna yo ni sentía nada porque estaba drogada."(S5)

"Pues lo normal rebotes, nauseas, malestar en el estómago, me daba mucho asco los perfumes los desodorantes y cuando eso pasaba la marihuana me quitaba todo eso porque me gustaba."(S6)

"No eso es un milagro mi hija no fui a controles ni nada de eso hasta el final del embarazo que toco ir."(S1)

En general la mayoría del grupo de estas participantes no presentó ninguna complicación grave en el embarazo, a excepción de una minoría (dos) que presentaron complicaciones por el cuidado de su salud, como hipertensión gestacional, preclamsia y parto prematuro por lo consiguiente él bebe estuvo pequeño para la edad gestacional y nació de bajo peso.

"No solo que me dijeron que él bebe nació antes porque era muy pequeño a los siete meses."(S8)

"No eso es un milagro mi hija no fui a controles ni nada de eso hasta el final del embarazo que toco ir."(S1)

9.4 Después. "La familia como fuente de protección"

9.4.1 Aprenderes. "Del abandono a la toma de conciencia". *"¿El consumo? Ninguno mi hija es una niña normal sin ningún problema, por eso aun creo que la marihuana no debería ser ilegal."(S7)*

Al preguntar acerca del consumo en el embarazo o posibles consecuencias para los bebes, la mayoría de estos embarazos llegaron a término sin ninguna complicación, el consumo de sustancias psicoactivas no les causo complicaciones físicas, algunas solo fueron emocionales, y en el caso de una mujer se adelantó él bebe y tuvo que tener cuidados especiales por que él bebe nació bajo de peso y con retraso mental.

“Afortunadamente ninguna, porque yo empecé a ir a todos los controles prenatales me cuidaba mucho, hacia ejercicio, comía mucha fruta y tomaba mucha agua.”(S3)

“(…) como el papá también era ladrón, fue consumidor, entonces los genes también tienen mucho que ver. Y yo no quiero que mi hijo sea una mala persona porque esos son los grandes asesinos, los grandes delincuentes, son esas personas que no reciben ese amor de su mamá y se crean con ese odio con ese resentimiento (…)” (S5)

Teniendo en cuenta que todas las participantes consumían drogas antes de quedar en embarazo, se preguntó si al finalizar esta etapa se continuo con el uso de psicoactivos, gran parte de las mujeres refirieron haber recaído en el consumo de estas sustancias, porque describen que es muy difícil salir de este tipo de dependencias y aunque habían dejado este hábito por algunos años lo retoman, sin embargo algunas de las mujeres que cayeron nuevamente en el consumo, por voluntad propia deciden parar y ya no consumen sustancias psicoactivas. Por otra parte un pequeño grupo de mujeres dijeron desde el embarazo haber dejado estas sustancias y hasta el momento no recaer en esto.

“No dure 4 años limpia, pero recaí otra vez y dure mal un tiempo casi 2 años y ya otra vez salí de eso y ahí voy. Y la niña me la cuidaban las monjas o mis amigas.”(S1)

“Yo si lo hice por mi ese remordimiento y todo yo lo tengo, yo fumo y yo me fumo un cigarrillo, y yo siento que le estoy clavando un puñal en su corazón a mi hijo, yo me pongo muy mal yo me siento muy triste, eso sí me llena de tristeza.”(S5)

Al mismo tiempo todas las mujeres expresan que una de las principales enseñanzas que les dejó esta experiencia, es que las drogas no dejan nada buena solo se convierte en un hábito que solo las perjudica a ellas y a sus hijos y familia. Aunque unas pocas aceptan que es

algo muy normal, que no lo ven como algo malo y que por eso retomaron el consumo de estas sustancias al culminar el embarazo.

"No, pues es que para mí la marihuana no es mala, para mí no es algo malo, antes pues precisamente porque he viajado y he estado en otros países pues me he dado cuenta como la tratan en otros lados y pues aquí en Colombia es un tabú, pero para mí no es nada malo y pues, nada yo volví a ella porque me gusta, relaja y me parece bien."(S2)

"Pues que eso todo el vicio es malo eso a uno solo lo deja en la calle."(S8)

Luego de esta experiencia de consumir drogas, de quedar embarazada en circunstancias tan difíciles las mujeres refirieron tener mejores hábitos de salud en referencia al antes y durante el embarazo, señalan que ahora siguen mejorando sus hábitos de alimentación, hacen actividad física, asisten habitualmente a chequeos médicos e igualmente a los controles de sus hijos.

Por otra parte una de estas refirió no estar tan pendiente de su salud ya que referencia que asistir al médico es un poco complicado debido a la cantidad de trámites que debe hacer para recibir la atención de su EPS.

"No, pues comer bien ante todo comer bien de todo, y como uno es joven pues obviamente uno rumbea, toma licor, consume sustancias, más que todo la comida y mucha agua."(S2)

"La verdad casi nunca me gusta ir al médico, la citología si es lo único que hago. La verdad, la verdad es que hoy en día la salud es muy complicada y con toda esa mano de autorizaciones." (S5)

"Voy al médico regularmente, como bien y descanso lo que más pueda, intento estar activa."(S6)

Gran parte de las mujeres dijeron que si tuvieran la oportunidad de devolver el tiempo y tomar otra decisión, lo harían en cuanto al consumo de psicoactivos en el embarazo, ya que esto para algunas les generó un cargo de conciencia. Aunque una minoría refirió que las cosas ya están hechas y que no se puede volver atrás, que por algo suceden las cosas, y que si no, no estarían donde están y no cambiarían nada.

9.4.2 Aconsejares. "Entre el diálogo y la orientación". A causa de la experiencia que estas mujeres tuvieron en su primer embarazo, o en embarazos anteriores, la mitad de estas mujeres tomaron la decisión de utilizar algún método de planificación y las restantes dijeron no tener ningún método de planificación puesto que no tienen ninguna pareja actual, o no les interesa planificar.

"Ahorita no estoy planificando, porque no me gusta poner tantas hormonas en mi cuerpo."(S2)

"Planifico con inyección."(S6)

"Tengo los tubitos del brazo"(S7)

"Nada, yo no ando con nadie."(S8)

"En este momento no tengo ninguna pareja..."(S9)

Cabe señalar que la mayoría de estas mujeres aconsejarían que no es bueno meterse en las drogas, refieren que no es fácil superar esa dependencia, ellas saben que esto trae consecuencias para la familia y sus propios hijos, es un problema que afecta el círculo social de cada una.

Por otra parte otra mujer refiere que no existe ningún consejo útil porque las personas que están inmersas en esta problemática no toman en cuenta estas sugerencias debido a su dependencia.

“Pues que sí, pues que primero que piensen en su bebe, segundo que todo está en la mente y no tienen que tener adicciones y pues que, no... ante todo los bebes primero.”(S2)

“Que vean lo que hacen que piensen que siempre lo primero es el bebé por encima de todo que saquen fuerzas y le pongan frente a lo que se venga. Que piensen también en ellas que ejemplo le dan a sus hijos y que luchen contra esto todos los días uno con Dios algún día va a salir.” (S4)

“Eso es muy delicado, orar por ellas es lo único que se puede hacer. Porque usted cuando está en la droga a usted le pueden decir de todo y a usted le entra por acá, y le sale por acá, entonces es mentira que usted llega y mira que un consejo eso es mentira, de pronto uno si lo escucha y llega a tocar su corazón ¿Por qué? Porque somos humanos, y esa parte humana la tiene cualquier drogadicto...” (S5)

Considerando que el consumo de sustancias psicoactivas aumentado en los adolescentes y en edades tempranas, se indago en las participantes si consideran relevante hablar de este tema con sus hijos, a lo que todas las mujeres expresaron que sí es importante dentro de la educación de sus hijos hablar de las sustancias psicoactivas ya que por experiencias propias ellas cayeron en las adicciones por influencia de otras personas y por curiosidad; por lo cual es mejor que desde la casa y como padres se les hable a los hijos que son estas sustancias las consecuencias que esto puede traer y de los riesgos que tiene en la vida y a futuro.

“Sí, yo pienso que no es tanto prohibir, ni tenerlo como un tabú, si no que ellos conozcan y estén al tanto de lo que son y para lo que sirven las drogas y pues que estén bien informados para que tomen la mejor decisión.”(S2)

“Si eso es importante porque las amistades influyen mucho en el camino que uno escoja, también el ejemplo que uno les dé por eso deje de consumir drogas y alcohol porque mi hijo estaba creciendo y se daba cuenta de lo que yo estaba haciendo y no quería darle ese ejemplo.”(S5)

“Claro que si a mi hijo le enseñare y lo criare de la mejor manera para que el nunca caiga en ese tipo de drogas.”(S6)

9.4.3 Proyectares. "Estar siempre presente". A pesar de las consecuencias de las dificultades que cada una de estas mujeres vivió por el consumo de sustancias, la dificultad para tener cuidados de salud adecuados en su embarazo todas las mujeres se proyectan positivamente, con un título profesional, una familia estable, dentro de sus planes que sus hijos tengan un buen futuro donde puedan brindarles educación y sepan escoger su círculo social.

“Pues bien, con mi familia con más hijos porque quiero tener más hijos con mi hija con mis otros hijos, y pues feliz.”(S2)

“Como profesional y dándole un buen futuro a mis hijos.” (S6)

“Me gustaría terminar mis estudios universitarios, y un mejor trabajo, vivir con mi hija y ofrecerle mucho cariño estabilidad.”(S9)

Al mismo tiempo todas expresaron que esperaban ver a sus hijos estudiando, siendo personas de bien, con una educación universitaria en lo posible, disfrutando de la vida de forma adecuada, sanos sin ningún tipo de vicio o problema, ninguna quiere ver que sus hijos repitan la historia de ellas como madres, proyectan la vida de sus hijos totalmente diferente.

“Aaa de mi hija, no, pues uno quiere lo mejor para sus hijos y pues quiero que sea muy grande y tenga su carrera universitaria y tenga un futuro muy prospero.” (S2)

"Que sea grande saludable juicioso. Que estudie que se prepare que aproveche las oportunidades. Que no tenga ningún vicio que sea una persona de bien."(S4)

"Un chico sano, inteligente, profesional."(S7)

9. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio de la investigación acerca del cuidado de la salud durante el embarazo en mujeres jóvenes consumidoras de psicoactivos, las conclusiones se plantearon según los momentos investigados, es decir, el antes, el durante, y el después del embarazo.

El concepto que tienen estas mujeres frente a la salud y la enfermedad, está enlazado a poder realizar las actividades de la vida laboral, o cualquier acción del diario vivir; la enfermedad la relacionan a un estado que les imposibilita realizar alguna actividad de la vida diaria.

Los cuidados de salud que mantenían estas mujeres antes de quedar en embarazo eran básicos, como mantener una buena alimentación, beber agua, comer verduras, realizar actividades físicas o simplemente no estaban interesadas en mantener hábitos de autocuidado, ya que sus intereses eran otros en ese momento.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas y de lo que sabían de estas, la mayoría inició el consumo de sustancias legales, pasando a las ilegales por curiosidad o inducidas por personas cercanas todas tenían claro de los efectos que estas causan, pero no dimensionaban las grandes consecuencias que esto trae y de la dificultad para salir de estas, sin embargo todas ven el consumo como algo normal y algo que no requiere de mucho cuidado, pues al contrario en el caso de la marihuana la consideran que sirve para relajarse y evitar el estrés.

Cabe resaltar que todas las mujeres afirmaron que no tenían en sus planes quedar en embarazo sin embargo ninguna se encontraba planificando; pero conocían del riesgo que tenían de quedar en embarazo bajo el efecto de alguna sustancia ya que estas sustancias alteraban su estado de conciencia.

El momento el durante se definió como “una lucha constante” por las diferentes situaciones emocionales y actitudinales que vivenciaron las mujeres.

En primer lugar se demostró que ninguna de las mujeres tuvo un cuidado objetivo en cuanto a su salud sexual y reproductiva ya que todas quedaron en embarazo sin este ser previamente planificado; este tipo de conductas no les permite dimensionar los riesgos y complicaciones que conlleva el consumo de psicoactivos en estado el proceso de embarazo.

Seguido a esto el enterarse de su estado de embarazo les trajo consigo una serie de sentimientos lo cuales les produjo cambios en sus conductas. Se mostró en su mayoría las mujeres continúan con el consumo en igual o menor frecuencia, estos cambios se relacionan directamente con las consecuencias que este tipo de conductas podrían traerle tanto a la gestante como al bebe.

Por lo que se refiere al apoyo familiar para el manejo de consumo de sustancias psicoactivas, se reveló que una parte significativa de esta mujeres deciden dejar el consumo por voluntad propia a causa del desconocimiento por parte de sus familiares acerca de estas conductas, es allí donde se ve el reflejo del poco acompañamiento que tiene hoy en día la familia en este tipo de situaciones y la gran oferta a la que las jóvenes están expuestas en un ámbito externo a su núcleo familiar.

De igual manera las mujeres exponen que abandonar el consumo de sustancias psicoactivas es un proceso largo y tedioso que requiere fuerza de voluntad y acompañamiento.

Se encontró que luego de estar inmersas en las drogas el intentar desvincularse del consumo de estas sustancias es difícil porque varias de ellas experimentan síndrome de abstinencia. De esta manera se ve reflejado la necesidad de implementar ayuda interdisciplinaria para el manejo de pacientes con esta problemática.

La población de mujeres con problemas de drogodependencia y adicción, se ven más afectadas que aquellas que hacen un uso regular o controlado de estas sustancias; después de tocar fondo estas consumidoras se dedican a conseguir estas sustancias en medios a los cuales tiene más fácil acceso como lo es la delincuencia común dejando a un lado la toma de conciencia acerca de las malas conductas que ellas mantienen, seguido de los cuidados necesarios que requiere durante su embarazo.

Gran parte de las mujeres asisten a controles prenatales para saber el estado de salud de su bebe y/o buscar ayuda en lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas. En general los cuidados de la salud más frecuentes en estas mujeres son el aumento en la ingestas de frutas, verduras y agua.; seguido de consumo de los micronutrientes e indicaciones sugeridas en los cursos de preparación para la maternidad y paternidad.

En lo que se refiere con los sentimientos vivenciados durante este periodo las mujeres reflejaron angustias, miedos entre otras emociones relacionadas con la preocupación por su estado de embarazo junto con el consumo de sustancias psicoactivas.

Las mujeres sienten un vínculo madre e hijo durante el embarazo que lleva a que este mismo sea más tarde aceptado a pesar de todos aquellos sentimientos de angustia que en un principio acongojaron este proceso.

En lo que toca a los padecimientos vivenciados por estas mujeres son referidos a las molestias más comunes en el embarazo como los son náuseas, mareos, irritabilidad,

sensibilidad, sueño constante entre otros; y también a complicaciones como pre eclampsia y parto prematuro los cuales pueden ser prevenibles por medio de asistencia a los controles prenatales.

En el momento del después definido como "la familia como fuente de protección "Se puede concluir que si bien había un preconceito frente a las consecuencias que traía consigo el consumo de sustancias psicoactivas durante el periodo de gestación. El su gran mayoría el término de estos bebés no tuvo ninguna repercusión física en el momento del nacimiento ni posterior a este en las mujeres encuestadas sin embargo a nivel emocional se logró evidenciar que si quedaron secuelas del proceso.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas posterior al estado de gestación se encontró que una gran mayoría de las participantes mostraron una recaída y por tal motivo continuaron su consumo se logró ver que se disminuyó y que en algunas mujeres por voluntad propia se dejó por algunos años y se continuo con una sustancia con menos efectos colaterales para mantener los estados de ansiedad. Se evidenció que el proceso de laguna manera permitió el cambio positivo y objetivo de sus vidas con relación al consumo.

También se expresó por parte de la gran mayoría de las mujeres que la experiencia les enseñó que las drogas solo eran un mal hábito, sin embargo algunas lo veían como algo normal y por eso continuaron su consumo posterior a su etapa de gestación

Cabe anotar también que las mujeres refirieron mejorar sus hábitos de salud posterior a la experiencia con relación antes y durante el periodo de gestación ya que se tomó conciencia de su importancia y de enseñarlo a sus hijos.

También, las mujeres expresaron la importancia de tomar un método a fin de evitar otro embarazo en estas circunstancias. Sin embargo no todas lo tomaron debido a que no contaban con una pareja actual.

Frente al consumo de sustancias y la importancia de hablar del tema con sus hijos la mayoría de las mujeres expresan que se debe incluir en la educación ya que con esto se lograría concientizar a tiempo a los jóvenes y evitar que caigan en adicciones.

En relación a la proyección que tienen las mujeres se encontró que quieren continuar progresando guiando a sus hijos por un buen camino acompañarles y brindarles la posibilidad de una buena educación.

En este caso específico la investigación aporta de manera importante elementos a las instituciones de salud frente al cuidado y identificación oportuna de este tipo de gestantes ya que si bien son mujeres con condiciones de vulnerabilidad, tienden a crear una protección frente a entes de salud por miedo o vergüenza de su situación es acá donde es considerable su oportuno apoyo. por medio de este proceso se logró identificar no solo las gestantes con consumo de sustancias psicoactivas si no también factores importantes con relación al proceso de embarazo se pudo identificar las falencias en el cuidado que muchas de ellas tuvieron durante el periodo de la gestación por desconocimiento de su estado o por si bien cambiaron algunos de los hábitos del cuidado de su salud frente al consumo de alcohol, cigarrillo y trataron su mayoría de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas no se logró como tal durante este periodo un control general de la gestación en controles prenatales y en el manejo como tal del consumo a pesar de que las participantes indican conocer riesgos sobre el feto y lo que este cambio podría generar aspectos positivos en muchas situaciones futuras del desarrollo no solo del embarazo si no de el bebé. por tanto es importante destacar

factores culturales y sociales que puedan desencadenar el consumo y con ello se hace referencia a deficiencias presentadas en general en los sistemas de salud en aspectos como estos, dificultad en la atención y control específico de riesgo en estos casos dificulta de manera importante el tratamiento a estas madres, al igual que su ubicación y manejo no solo en el periodo de gestación si no posterior a este, por tal motivo se hace importante enriquecer de este tipo a fin de identificar específicamente que factores sociales abordar la problemática tomarlos y generar políticas publicas que permitan generar cambios significativos en materia de salud a gestantes en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

Referencias

- Bermúdez, M. (1999). *Factores sociodemográficos, educativos y de salud que influyen en la atención de la mujer en el embarazo y post parto en el área de salud de Guápiles de marzo a junio, 1999 (Trabajo de grado, Licenciatura en Enfermería)*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
Recuperado el 18 de abril de 2015, de
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v23n2/art4.htm>
- Beverido, P. (Julio - Diciembre 2010). Consumo de marihuana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje. *Rev Med UV*, 49-53. Recuperado el 19 de junio de 2015, de
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Cannabis/Articulos/Consumo%20de%20Marihuana.pdf
- DeConceptos.com. (19 de marzo de 2014). *Concepto de vivencia*. Obtenido de Definiciones:
<http://deconceptos.com/ciencias-naturales/vivencia>
- Definicion abc. (s.f.). Recuperado el 26 de Octubre de 2013, de Definicion de Vivienda:
<http://www.definicionabc.com/social/vivencia.php>
- Definicion.de. (s.f.). Recuperado el 26 de Octubre de 2013, de Definicion de Juventud:
<http://definicion.de/juventud/>
- Definición.de. (2013). *Definición de pensamiento*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de Categorías: <http://definicion.de/pensamiento/>
- Definiciónabc. (2014). *Definición de saber*. Recuperado el 15 de mayo de 2015, de Definiciones General: <http://www.definicionabc.com/general/saber.php>
- DNE - MinInterior. MinJusticia. (2009). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá, D. C.: Ministerio de la protección social. Ministerio de Interior y Justicia y Dirección Nacional de Estuperficientes.
- El Espectador. (31 de octubre de 2013). El embarazo adolescente es problema de toda la sociedad. *Elespectador.com*, pág. versión digital. Recuperado el 28 de abril de 2015, de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/el-embarazo-adolescente-problema-de-toda-sociedad-articulo-455643>

- Encuesta Nacional de Salud Pública*. (2010). Capítulo V- Fecundidad .
- Eslava, D. (2013). Profesor Asociado Facultad de Enfermería. Bogotá, D.C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Fedotov, Y. (2012). *Informe mundial de drogas 2012. Principales dimensiones del problema contemporáneo de la droga*. Nueva York, EUA: Oficina de las Naciones Unidas Oficina contra la droga y el delito. Recuperado el 11 de marzo de 2015, de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Funiblogs. (10 de marzo de 2010). *La importancia de los micronutrientes durante el embarazo*. Recuperado el 15 de abril de 2015, de Salud y Nutrición: <http://blogs.funiber.org/salud-y-nutricion/2010/03/03/la-importancia-de-los-micronutrientes-durante-el-embarazo>
- Gallego, G. (2013). *Análisis de la línea base del observatorio de embarazo adolescente en Colombia*. Bogotá, D. C.,: Ministerio de salud y protección social. Recuperado el 12 de abril de 2015, de http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA_003_Informe_Linea%20Base%20ONIEA_02_08_2013.pdf
- García, J. (2003). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, XIII(1)*, 143-163. Recuperado el 19 de junio de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/654/65413105.pdf>
- Heller, A. (1994). *El saber cotidiano*. Barcelona, España: Península. Obtenido de Universidad de Antioquia. Facultad de medicina. Área salud y sociales.
- Hospital General de México. (29 de octubre de 2012). *Guías diagnósticas de consulta externa*. Recuperado el 29 de abril de 2015, de Área médica: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf
- Las-Drogas.com*. (s.f.). Recuperado el 28 de Mayo de 2013, de Blog. Alcohol: <http://www.las-drogas.com/alcohol>
- Las-drogas.com. (agosto de 2013). *Definición de Drogas*. Recuperado el 28 de Mayo de 2015, de Inicio: <http://www.las-drogas.com>

Lomelli, Z. (2005). Entendiendo Las Vivencias De Infecciones De Transmisión Sexual.

Revista comportamiento, 7(2), 5-16. Recuperado el 18 de abril de 2015, de

http://www.comportamiento.dsm.usb.ve/revista/vol_7_2/perez2005.pdf

Maloka. (28 de Diciembre de 2009). *Las sustancias psicoactivas y sus efectos*. Recuperado el

23 de Octubre de 2013, de

http://maloka.org/reddeprofes/index.php?option=com_content&view=article&id=191

[%3Alas-sustancias-psicoactivas-y-sus-efectos-&catid=36%3Anoticias-](http://maloka.org/reddeprofes/index.php?option=com_content&view=article&id=191)

[maloka&lang=es](http://maloka.org/reddeprofes/index.php?option=com_content&view=article&id=191)

Ministerio de Educación Nacional. (19 de agosto de 2011). *Encuesta Nacional de Deserción*

Escolar - ENDE. Recuperado el 22 de abril de 2015, de MEN:

http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-293672_archivo_pdf_presentacion.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias*

psicoactivas en Colombia - 2013. Bogotá, D.C.: MinJusticia. Recuperado el 12 de

mayo de 2015, de

https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNO

[DC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNO)

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política nacional para la reducción del consumo*

de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá, D. C.: Ministerio de la Protección

Social. Recuperado el 19 de abril de 2015, de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias*

psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia - 2009. Bogotá, D.

C.: ICBF. Recuperado el 15 de mayo de 2015, de

https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Ado

[lescentes_en_Conflicto_2009.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Ado)

Ministerio de salud. (4 de octubre de 1993). *Resolución 8430. Por la cual se establecen las*

normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá,

D. C.: Diario oficial 46.506. Recuperado el 28 de mayo de 2015, de

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993>

[.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993)

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Briefing para la realización de la creatividad y producción de la campaña de publicidad institucional del Ministerio de Sanidad y Política Social, referente a la prevención y educación para la salud sobre los riesgos del consumo de alcohol en embarazadas*. Recuperado el 22 de mayo de 2015, de Presidencia Española:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria4/licitaciones/doc/BriefingAlcohol-embarazadas.pdf>
- Ministerio del Interior y de Justicia. (2009). *Estudio nacional del consumo de drogas en Colombia*. Bogotá, D. C.: Dirección Nacional de Estupefacientes. Recuperado el 11 de mayo de 2015, de
http://www1.urosario.edu.co/correo/administracion/boletines/ODA/documentos/estudio_nacional_sobre_drogas_colombia.pdf
- Ministerio del Interior y de Justicia. (s.f.). *La Situación de Drogas en Colombia en el Contexto Sudamericano*. Ministerio De La Protección Social Y Dirección Nacional De Estupefacientes. p. 8-9.
- MinJusticia., M. S. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia*. p. 25.
- MinSalud. (18 de septiembre de 2014). *Prevención del embarazo adolescente*. Recuperado el 22 de abril de 2015, de Salud pública:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>
- Montoya, M. (2010). *Aprender y pensar. Una lectura de las lecciones de Heidegger de 1951. «¿Qué significa pensar?» (Trabajo de Grado. Magíster en Filosofía)*. Bogotá, D. C.: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Filosofía. Recuperado el 18 de junio de 2015, de
<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/1280/1/MontoyaCastilloMario2010.pdf>
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Justicia y del Derecho. Recuperado el 13 de abril de 2015, de
https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNO_DC.pdf

- OMS. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D. C.: OMS.
- OMS. (s.f.). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2013, de Temas de salud. Salud de los Adolescentes:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Ortega y Gasset, J. (1957). *Obras Completas*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Pascale, A. (2012). *Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia*. Ginebra, Suiza: ONU.
- Pelaez, A., Rodriguez, J., Ramirez, S., Pérez, L., Vásquez, A., & González, L. (2013). *Entrevista*. Recuperado el 2 de abril de 2015, de Página de docencia. Universidad Autónoma de Madrid:
http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista_trabajo.pdf
- RAE. (2015). *Definición drogodependencia*. Recuperado el 15 de mayo de 2015, de DRAE:
<http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=9PQmwDbH9DXX2Lkk5g27>
- República de Colombia. (1993). *Ministerio de la Salud*. Recuperado el 25 de Octubre de 2013, de Resolución 8430 de 1993:
http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
- Respuestas al Diván. (2009). *Principales problemas que afrontan los Adolescentes*. Recuperado el 19 de mayo de 2015, de Bligoo:
<http://respuestasaldivan.bligoo.es/principales-problemas-que-afrontan-los-adolescentes#.VbpafPm5JqM>
- Ruoti, M., Ontano, M., Calabrese, E., Airaldi, L., Gruhn, E., Galeano, J., . . . Gallo, M. (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 7(2), 32-44. Recuperado el 22 de mayo de 2015, de
<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf>
- Sánchez Pardo, L. (s.f.). *Genero y Drogas*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2013, de Drogas y Perspectiva de Género. Documento Macro. Plan de Atencion Integral de la

Salud de la Mujer de Galicia:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf

Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias*. Bogotá,

D. C.: Guadalupe S. A. Recuperado el 18 de mayo de 2015, de

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>

UNESCO. (28 de junio de 2014). *La UNESCO: trabajando con y para los jóvenes*.

Recuperado el 19 de mayo de 2015, de CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS:

<http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/>

UNICEF. (junio de 2006). *Salud y participación adolescentes. Palabras y juegos*. Recuperado

el 11 de junio de 2015, de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia:

http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Herramientas_GUIA_3.pdf

UNODC. (2013). *¿Quiénes somos?* Recuperado el 18 de mayo de 2015, de Observatorio de

Jurisprudencia de Colombia: <http://observatoriojurisprudencia.unodc.org.co/unodc/>

UNODC. (2013). *Mandato UNODC Colombia*. Recuperado el 29 de abril de 2015, de United

nations Office on drugs and crime: <http://www.unodc.org/colombia/es/mandato.html>

UNODC. (2014). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen ejecutivo*. Recuperado el 22 de

mayo de 2015, de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito:

https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf

Verde, M., Varela, L., Episcopo, C., García, R., Briozzo, L., Impallomeni, I., & Alonso, J.

(2012). Embarazo sin control. Análisis epidemiológico. *Rev Med Urug.*, 28(2), 100-

107. Recuperado el 28 de abril de 2015, de

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v28n2/v28n2a03.pdf>

Anexos

Anexo 1. Encuesta

Preguntas Demográficas

- Nombre: _____
- Edad: _____
- En qué lugar vive: _____
- ¿En la actualidad con quien vive? _____
- ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
- ¿A qué edad quedo embarazada? ¿Qué edad tienen su(s) hijo(s)?
- ¿Ha tenido la oportunidad de acceder a la educación? _____ ¿hasta qué grado curso? _____
- ¿Actualmente a que se dedica? _____

Preguntas Orientadoras

- ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de consumir drogas?
- ¿Cómo cuidaba usted de su salud, cuando estaba en embarazo?
- ¿Cuénteme cómo fue esa experiencia del embarazo?
- Durante toda la experiencia del embarazo que fue lo más difícil para usted.

Antes

Saberes conocimientos	1. ¿Para usted que es el cuidado de la salud? 2. ¿Sabía usted que es que es una sustancia psicoactiva, descríbala? 3. ¿Las personas cercanas a usted tenían conocimiento de su consumo? <i>¿Quiénes familia, amigos, pareja? ¿Por qué sabían ellos de su consumo?</i>
Pensares Ideas	4. ¿Cuándo usted consumía que pensaba, que podía pasarle bajo los efectos de esta sustancia? 5. ¿Pensó que podía quedar en embarazo bajo el efecto de dichas sustancias?
Haceres Actividades	6. ¿A qué edad inició el consumo de la sustancias psicoactivas? <i>¿porque inicio el consumo? ¿Qué la indujo?</i> 7. ¿Cómo hacía para obtener las sustancias que consumía? 8. ¿Cuál de las sustancias consumió por primera vez?

Intermedias

¿Cómo era un día normal del embarazo?

Durante

<p>Actuares Hábitos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál fue su reacción al saber que estaba embarazada? 2. ¿Recibió apoyo de sus familiares durante este periodo? 3. ¿Durante la gestación continuo con el consumo de sustancias psicoactivas, con qué frecuencia lo hacía? 4. ¿Qué hábitos de salud mantuvo durante el embarazo? <i>¿Por qué mantenía dichos hábitos?</i> 5. ¿Qué cuidados de la salud mantuvo durante cada trimestre? 6. ¿Asistía a los controles prenatales? <i>¿Qué información recibía?</i> 7. ¿Durante su gestación recibió ayuda para tratar de dejar el consumo de sustancias psicoactivas? <i>¿De quién? ¿De qué manera recibió ayuda para dejar el consumo?</i> 8. ¿Qué actividades cotidianas realizaba durante el embarazo?
<p>Sentires Sentimientos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. ¿Cuál fue su mayor preocupación durante este periodo de embarazo? 10. ¿Qué sentimientos vivencio durante su embarazo? 11. ¿Qué cambio en su vida al saber que estaba embarazada? 12. ¿Sintió deseos de consumir a raíz de su estado de embarazo? 13. En relación con él bebe usted que sintió.
<p>Padeceres Dolor constante</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. ¿Qué molestias físicas tuvo durante el embarazo? 15. ¿Tuvo alguna complicación durante su estado de embarazo? <i>¿Cuáles?</i>

Después

<p>Aprehenderes</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué consecuencias le trajo esto a su hijo? 2. Después de terminar con su embarazo, ¿Continúo consumiendo? <i>¿Qué la motiva?</i> <i>¿Con que frecuencia lo hace?</i> <i>¿Por qué lo hace?</i> 3. ¿Qué enseñanzas le dejo esta experiencia? 4. ¿Cuáles son ahora sus hábitos de autocuidado? 5. ¿Qué cuidados tiene ahora para no quedar en embarazo?
<p>Aconsejares</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Qué consejo le daría usted a otras mujeres, que ahora están pasando por eso? 7. ¿Si tuviera la oportunidad de devolver el tiempo, y decidir en consumir o no hacerlo, que haría usted? 8. ¿Piensa que es importante dentro la educación de su hijo introducir la prevención de consumo de sustancias psicoactivas?
<p>Proyectares</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. En relación al consumo ¿cree que puede dejar este hábito algún día?* 10. ¿Cómo se proyecta usted a cinco años?

	11. ¿Cómo proyecta la vida de su hijo?
--	--

Anexo 2. Consentimiento Informado

**Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería /Hospital Centro Oriente II
Nivel de Empresa Social del Estado Oficina De Planeación
Información para el paciente y formulario de Autorización para participar en la
investigación y consentimiento informado**

Fecha ___/___/_____

**Título del estudio: VIVENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD DURANTE LA
GESTACIÓN EN MUJERES CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en este estudio de investigación realizado por la facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana el cual pretende conocer las vivencias que usted ha tenido durante su proceso de gestación.

Con este estudio queremos hacerla participe en este proceso en donde se le solicitara su asistencia a un charla abierta mediante un grupo focal dirigida por preguntas abiertas relacionadas con su vivencia durante el embarazo. Por medio de la colaboración del Hospital Centro Oriente se ha contactado a fin de su participación para motivos académicos en el proceso de la investigación.

Con relación al estudio los beneficios que se tendrán serán de tipo académico a fin de proporcionar a futuro a los profesionales de salud herramientas necesarias para contribuir a programas que contribuyan el desarrollo de la salud. Estos resultados generaran un aporte significativo para muchas personas.

Aclaraciones:

- Su participación será libre y voluntaria.
 - No recibirá ningún beneficio económico o de otra índole por su participación.
 - Su nombre o identidad no serán utilizados para otros fines diferentes al aquí mencionado.
 - La información que usted proporcione se mantendrá bajo estricta confidencialidad.
 - Sus declaraciones se grabaran para realizar el posterior análisis de la información y solo el investigador tendrá acceso a las mismas.
-
- De Acuerdo a la ley estatutaria 1581 del 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, la información suministrada en esta entrevista se mantendrá bajo estricta confidencialidad.

Nombre del investigador 1:
Andrea Estefanía Arce Celi
Teléfonos: 3007287520
Correo electrónico: andreaarce30@hotmail.com

Nombre del investigador 2:
Andrea Johana Forero Valero
Teléfonos: 3182192566
Correo electrónico: andreaforerov@hotmail.com

Nombre del Co-investigador 3:
Diana Patricia Chaparro Escupiñan.
Teléfonos: 3222254657
Correo electrónico:
Diana.chaparroemg@gmail.com

Asesor y tutor de la Investigación
DANIEL GONZALO ESLAVA ALBARRACÍN
Postdoctorado Universidad De Toronto
Investigador Pontificia Universidad Javeriana.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ identificada con Documento de Identidad (___)
_____ de _____. He entendido la información que se
expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas. Soy
consciente que mi participación no implica gastos ni compromisos económicos.
Con relación a la grabación acepto: SI ___ NO ___

Autorización

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.
Para constancia, firmo a los ___ días del mes de _____ del año _____.

Firma Documento de Identidad

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación,
y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios
implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma
adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento
informado. Hago constar con mi firma.

Nombre de los investigadores. _____
Documento de Identidad No. _____
Firma _____
Fecha (dd/mm/aaaa) _____