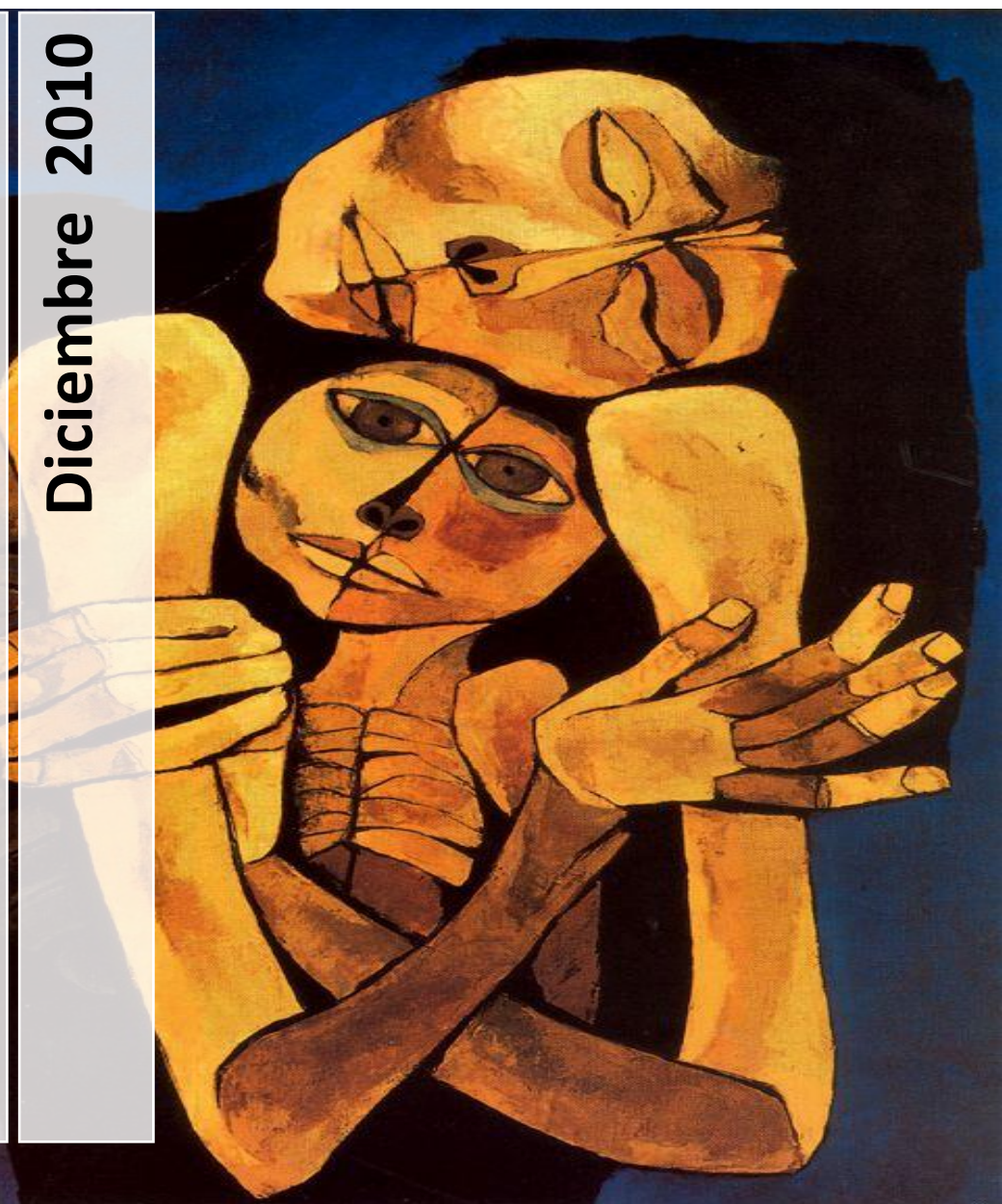


GRUPO DE TRABAJO – Diciembre

Diciembre 2010



Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias.

El presente documento es fruto de un proceso de trabajo de un Grupo multisectorial y multidisciplinario, que se creó con el objeto de aportar insumos técnicos para la elaboración de un protocolo de protección y atención de madres consumidoras de sustancias psicoactivas, sus hijos/as y sus familias desde el sector salud.

Julio – Diciembre 2010.

INDICE

1. Introducción.
2. Efectos del consumo sobre la madres, el recién nacido y la primera infancia.
3. De la percepción sectorial a la mirada conjunta.
4. Punto de partida: acuerdos conceptuales.
5. Los caminos para las rutas para la atención.
6. Rutas de atención en la etapa de pre concepción.
7. Rutas a seguir en la etapa de embarazo, parto y post parto.
8. Recomendaciones para la implementación y agenda pendiente.
9. Anexos:
10. Bibliografía consultada.

I. Introducción

El proceso de trabajo que el presente documento detalla, surge de la demanda de diversos actores, muy especialmente vinculados al sector de la salud, ante la percepción de un aumento de mujeres embarazadas y puérperas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Se menciona el término percepción, ya que los sistemas de información existente no permiten aportar información objetiva sobre la dimensión del problema.

Por otra parte, se constata que la mayoría de estas mujeres son detectadas en el momento del parto, desconociéndose las causas de porqué no hay una adecuada captación durante las etapas previas y en especial durante el embarazo.

Ante estas situaciones, se observan diversas opiniones en relación a las formas de atención y en especial en relación a los cuidados del niño/a recién nacido, no existiendo unificación de criterios en cuanto a la forma de atención.

Por otra parte, no se posee información sistematizada en relación a las consecuencias de estas conductas sobre los niños/as y se entiende que los dispositivos de atención existentes resultan incompletos y no existen canales adecuados de monitoreo y evaluación.

A pesar de estos puntos, se identifica como principal fortaleza, el hecho de que existen canales de articulación intersectorial e interdisciplinaria, e iniciativas de equipos que trabajan con esta población.

A partir de esta situación, el Área de Salud Mental de ASSE y el PNUD a través del Proyecto Desarrolla, acordaron implementar un proceso de trabajo con el objeto de apoyar la construcción de un protocolo de protección y atención a madres consumidoras de sustancias psicoactivas, sus hijos/as y sus familias.

El proceso de trabajo consistió en las siguientes etapas:

- a) Construcción de una revisión bibliográfica, elaborada el Dr. Antonio Pascale, médico toxicólogo que da cuenta de los principales avances en materia de conocimiento, a nivel nacional e internacional.
- b) Realización de entrevistas a informantes calificados y usuarias a cargo de la A.S. Mariela Solari.
- c) Conformación de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinario, que sesionó durante 5 instancias.
- d) Redacción del documento final que compila todo el proceso de trabajo.

El **grupo de trabajo** se conformó con el objetivo de generar un espacio colectivo para la construcción de insumos técnicos en la temática, a través de cinco instancias de trabajo e intercambio de documentos electrónicos.

Participaron de las diferentes sesiones e intercambio:

Nombre	Profesión y Cargo	Institución
1. Susana Grunbaum	Psiquiatra de niños y adolescentes	MSP/ASSE
2. Gabriel Corbo	Sociólogo - Coordinador	Proyecto Desarrolla - PNUD
3. Antonio Pascale	Toxicólogo – Consultor	Proyecto Desarrolla – PNUD
4. Mariela Solari	Asistente Social – Consultora	Proyecto Desarrolla – PNUD
5. Nora D’Oliveira	Psicóloga	Proyecto Desarrolla - PNUD
6. Adriana Boccardo	Neonatólogo	CHPR
7. Estrella Domínguez	Directora interina Tarará	MIDES
8. Alicia Hoppe	Psiquiatra Coordinadora Área Salud Mental – CHPR	ASSE
9. María del Carmen Canavessi	Asistente Social	Jefe depto. Trabajo social CHPR
10. Gustavo Giachetto	Pediatra - Profesor de Pediatría	MSP - Programa Niñez
11. Marie Boulay	Pediatra	Programa Niñez
12. Rafael Aguirre	Ginecólogo	Area Sexual y Reproductiva MSP
13. Stella de Ben	Medica Laboralista y Toxicóloga	BPS
14. María Nauar	Pediatra	RAP/ASSE
15. Eva Miguez	Psiquiatra	INAU – Portal Amarillo
16. Gabriel Rossi	Psiquiatra de niños y adolescentes	Secretaria Nacional de Drogas
17. Gabriela Olivera	Psicóloga -	Secretaria Nacional de Drogas
18. Amalia Laborde	Profesora de toxicología	Facultad de Medicina
19. Alba Negrín	Toxicóloga	Facultad de Medicina
20. Gabriela Bazán	Pediatra	CHPR
21. Mario Moraes	Neonatólogo	UDELAR-CHPR
22. Fernanda Methol	Asistente Social - Técnica	ASSE/INFAMILIA
23. Claudia Alonso	Ginecóloga	Hospital de Clínicas
24. Sandra Berta	Neuropediatra	SERENAR – ASSE
25. Ana Cerutti	Psicomotricista – Secretaria Ejecutiva	Plan Caif
26. Carlos Guida	Médica – Consultor	Proyecto Desarrolla – PNUD
27. José Vazquez	Medico	Subdirector Hospital de la Mujer
28. Lala Mangado	Psicóloga	IMM
29. Lucía Pierri	Psicóloga - Jefatura Técnica	INFAMILIA/MIDES
30. Daniel Borbonet	Profesor de Neonatología	Facultad de Medicina - UDELAR

31. Margarita Hermida	Directora Asesoría Penitenciaria	D.N. CP Y C.R
32. Marisa Linder	Asistente social	Directora Políticas de género Ministerio del Interior
33. Marynoel Ferreira	Depto. Social	CHPR
34. Mireya Gómez Haedo	Programa Infancia	IMM
35. Perla Vivas	Asesora División Salud	IMM
36. Grazzia Rey	Profesora Adjunta de Ginecología	Hospital de Clínicas.
37. Denise Defey	Psicóloga	Escuela de Parteras

II. Efectos del consumo sobre la madre, el recién nacido y la primera infancia

A continuación se desarrolla un resumen de la revisión bibliográfica realizada en relación al consumo de sustancias psicoactivas durante el período gestacional y los efectos ocasionados por la exposición fetal a drogas de abuso.

Reportes internacionales revelan, por lo todo lo anteriormente mencionado, que el consumo de drogas en la mujer se asocia con un mayor riesgo y mayor gravedad que en el hombre.

El consumo de drogas en mujeres posee características distintas al de los hombres. Esto se debe a distintos factores: mayor susceptibilidad biológica estudiada para algunas sustancias (tales como el alcohol), comorbilidad médico-psiquiátrica, así como aspectos sociofamiliares y culturales. Por otra parte, la experiencia indica que es frecuente la existencia de una pareja consumidora, como también historias de violencia doméstica o situaciones de maltrato o abuso en la niñez y adolescencia.

Si bien existe un mayor conocimiento sobre su forma de consumo, aún la percepción social de la "mujer adicta" trae consigo un estigma más marcado. Este hecho se relaciona con frecuencia a que la usuaria no consulte o bien lo haga tardíamente, lo que lleva a una repercusión mayor.

El consumo de drogas durante el embarazo constituye siempre un uso problemático, ya sea bajo la forma de abuso o dependencia, relacionándose con consecuencias negativas para la salud, tanto de la mujer, como del feto. Se ha asociado con trastornos neurológicos y neurocomportamentales en el recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100 % prevenible. Ninguna dosis ha sido estimada como segura, por lo tanto la abstinencia al consumo de drogas durante el embarazo (y de planificarlo, antes de la concepción) parece ser la única conducta que asegura la ausencia de riesgo y daño para el feto y recién nacido.

La información sobre prevalencia de consumo de drogas en mujeres durante el embarazo es limitada, tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo estudios internacionales evidencian que las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco, mientras que con un porcentaje significativamente inferior, aparece la marihuana y la cocaína como las drogas ilícitas de mayor consumo.

La prevalencia de consumo es mayor cuando el estudio se realiza a través de la detección de biomarcadores en orina o meconio, comparado a aquel que se realiza únicamente empleando la encuesta materna.

El policonsumo es muy frecuente en usuarios de drogas y habitualmente genera dificultades para establecer una clara relación entre la exposición a una sustancia y una complicación existente, la cual podría ser debida a una o más sustancias. La existencia de otros factores de riesgo obstétrico (embarazo adolescente, gestante añosa, malnutrición materna, anemia, enfermedades infecciosas transmisibles, ausencia de controles obstétricos, exposición a contaminantes ambientales), algunos de éstos asociados desde el punto de vista epidemiológico con mayor frecuencia al consumo de drogas, dificultan aún más el diagnóstico etiológico e incrementan el riesgo de complicaciones.

El período de la gestación en el cual ocurre la exposición es determinante del efecto tóxico. El período embrionario durante el primer trimestre constituye una ventana crítica de vulnerabilidad para la aparición de malformaciones congénitas (efecto teratogénico). El concepto actual de agente teratogénico no se limita a la capacidad de inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también producir alteraciones bioquímicas o funcionales (concepto de teratogénesis funcional).

Las complicaciones maternas y feto-neonatales pueden sistematizarse en:

Complicaciones maternas:

- Sobredosis – intoxicación aguda.
- Obstétricas relacionadas con el consumo: aborto espontáneo, desprendimiento placentario, estado hipertensivo del embarazo.
- Cuadros psiquiátricos agudos.
- Síndrome de abstinencia.
- Por la vía utilizada (infección por VIH, hepatitis a virus B y C, enfermedades respiratorias).
- Repercusión por consumo crónico.

Complicaciones feto-neonatales:

- Vinculadas a la exposición embriofetal: malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal intrauterina, prematurez.
- Por la vía utilizada: enfermedades infecciosas de transmisión vertical.
- Síndrome de abstinencia neonatal.
- Sobredosis – intoxicación aguda (lactancia).
- Trastornos del crecimiento y desarrollo (neuroconductuales).

En la **tabla 1** se detallan las sustancias psicoactivas de mayor importancia toxicológica y relevancia epidemiológica en nuestro medio, con la repercusión orgánica derivada de su consumo en el embarazo.

Sustancia psicoactiva	Consumo durante el embarazo
Alcohol etílico	<p>Síndrome alcohólico fetal (Jones-Smith 1973). Trastornos del espectro alcohólico fetal (2004): Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y del crecimiento posnatal. Dismorfismo facial característico. Trastornos del neurodesarrollo.</p> <p>Mayor riesgo de aborto espontáneo y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).</p>
Tabaco	<p>Mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, RCIU, rotura prematura de membranas (RPM), parto de pretérmino, placenta previa, estados de hipercoagulabilidad, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).</p> <p>Bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, trastornos del comportamiento y del aprendizaje. Riesgo SMSL.</p>
Cocaína (pasta base, clorhidrato, crack)	<p>Mayor riesgo de aborto espontáneo, RCIU, RPM, parto de pretérmino, DPPNI, Síndrome preeclampsia-eclampsia.</p> <p>Bajo peso al nacer, RN pequeños para la edad gestacional (PEG).</p> <p>Sufrimiento fetal agudo, infartos cerebrales.</p> <p>Malformaciones congénitas (actualmente discutido en estudios prospectivos).</p> <p>RN: inestabilidad autonómica, temblores, convulsiones.</p> <p>Síndrome de abstinencia neonatal.</p> <p>Trastornos del neurodesarrollo.</p>
Marihuana	<p>Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer</p> <p>RN con temblores y alteraciones en reflejos oculares (transitorias).</p> <p>Trastornos neuroconductuales.</p>
Benzodiacepinas	<p>Dismorfismo facial.</p> <p>Síndrome del recién nacido flácido (letargia, hipotonía)</p> <p>Síndrome de abstinencia neonatal.</p>
Opiáceos	<p>Sobredosis, bajo peso al nacer, PEG. Síndrome de abstinencia neonatal</p>
Solventes	<p>Síndrome fetal por solventes (dismorfias faciales). Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer y trastornos del neurodesarrollo.</p>
Anfetaminas	<p>Aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, DPPNI.</p> <p>Anomalías cardiovasculares y músculo-esqueléticas (MDMA o éxtasis).</p>

Tabla 1: Consumo de drogas en el embarazo. Efectos tóxicos.

En la **tabla 2** se destacan los efectos relacionados al consumo de drogas materno durante la lactancia. La Academia Americana de Pediatría considera compatible con lactancia la ingesta de alcohol (destacando que la ingesta abusiva puede ocasionar efectos sobre el recién nacido), tabaco (enfaticando sobre los riesgos de exposición al humo de tabaco) y algunos opiáceos. El riesgo por exposición a benzodiazepinas no está claramente demostrado.

Sustancia psicoactiva	Consumo durante la lactancia
Alcohol etílico	Alteraciones del desarrollo motor, letargia, sudoración excesiva, trastornos del sueño, disminución de la ingesta de leche, episodios de hipoglicemia. Reducción de la excreción de leche y del período de lactancia.
Tabaco	Disminución de la secreción láctea.
Cocaína (pasta base, clorhidrato, crack)	Temblor, vómitos e hipertensión arterial en RN hijos de madres con consumo reciente (últimas 48 a 72 hs).
Marihuana	Reducción de la secreción láctea. Letargia y retardo del desarrollo psicomotor.
Benzodiazepinas	Sedación, letargia, hipotonía y dificultad para alimentarse, riesgo de trastornos neurocomportamentales a largo plazo. Síndrome de abstinencia en el lactante.
Opiáceos	Sedación, temblores, vómitos, dificultad en la alimentación (heroína).
Solventes	Trastornos neuroconductuales.
Anfetaminas	Riesgo de sobredosis en el lactante, disminución de la secreción láctea.

Tabla2: Consumo de drogas durante la lactancia.

El diagnóstico o confirmación de consumo y/o la exposición a sustancias psicoactivas se realiza bajo dos modalidades complementarias: la entrevista a la madre y la detección de metabolitos de drogas en fluidos biológicos. Un resultado negativo con alguna de las técnicas más frecuentemente utilizadas como *tests de screening* (técnicas rápidas de inmunoensayo en orina) en madre o recién nacido, evidencia un período de abstinencia determinado, variable según la sustancia, pero no descarta consumo previo a dicho período. Además de la detección en orina de la madre y recién nacido, se han desarrollado técnicas con el fin de evaluar exposición en un tiempo más alejado del nacimiento del niño, detectando biomarcadores de exposición fetal para diversas sustancias en meconio y pelo del recién nacido.

El diagnóstico de abuso o dependencia a una o más sustancias durante el embarazo (y no luego del nacimiento) y el inicio de tratamiento durante el mismo ha demostrado ser el más efectivo. La mayor efectividad (evaluada en base al tiempo de abstinencia y a la menor tasa de complicaciones) se ha visto en modalidades de tratamiento integral e interdisciplinario, prolongado, con programas específicos para la mujer abordando entre otros aspectos la eventual comorbilidad medico-psiquiátrica y problemática sociofamiliar mediante intervenciones en el hogar.

La prevención del consumo de drogas durante el embarazo se desarrolla en los tres niveles: primaria (previo al consumo), secundaria (cuando ya está instalado el consumo) y terciaria (cuando existe repercusión por el consumo). En cualquiera de los tres niveles el asesoramiento preconcepcional es la estrategia más efectiva para prevenir el consumo y el Uso Problemático de Drogas, disminuir riesgos y evitar daños.

En nuestro país la asistencia se enmarca dentro del Programa de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. La Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República es la responsable de fijar la política nacional en materia de drogas, El Ministerio de Salud Pública cuenta con Programas de Salud, algunos de los cuales están relacionados con consumo de sustancias psicoactivas y embarazo, dado que los beneficiarios son mujeres, niños y usuarios de drogas. El Programa Nacional de Salud de la Niñez estableció la Norma Nacional de Lactancia Materna (Ordenanza Ministerial 217/09), en la cual dentro de las sustancias contraindicadas para la lactancia se encuentran las sustancias psicoactivas, refiriéndose específicamente a "cannabis, cocaína, fenciclidina, heroína, LSD, alcohol en exceso". El Anexo 9 B hace mención a los hijos de consumidoras de cualquier forma de cocaína (como pasta base), en los cuales se proscribe la lactancia. En otro párrafo hace referencia a "consumo activo" materno para su contraindicación.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuenta con una Unidad Ejecutora, el Centro de Información y Referencia Nacional de la Red Drogas - Portal Amarillo en donde se asisten embarazadas consumidoras de drogas, constituyendo el nodo de la Red de Asistencia en Drogas, constituida por la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), centros especializados (Farmacodependencia de Hospital Maciel, Policlínica de Uso Indebido de Drogas del Hospital de Clínicas, Policlínica de Toxicología del Hospital Policial, entre otros), servicios de psiquiatría de Hospitales como el CHPR y de todos los Centros Hospitalarios Departamentales, en los cuales, ya sea por el control de su embarazo o una situación de urgencia, surge la captación de embarazadas o puérperas usuarias de drogas.

En nuestro país no existe hasta el momento un protocolo de atención específico para mujeres embarazadas consumidoras de drogas. El tratamiento y la prevención se incluyen dentro del Programa de Atención para usuarios de drogas.

Existen centros asistenciales que brindan atención a mujeres y niños, y que deben articular con la Red de Asistencia en Drogas:

- El CHPR (Hospital de la Mujer y Hospital Pediátrico) que cuenta con diversos servicios de ginecología y obstetricia, pediatría y neonatología, y el Hospital de Clínicas (ginecotocología y neonatología), son dos centros asistenciales de referencia para Montevideo y el interior del país.
- El Banco de Previsión Social cuenta con servicios de Atención Materno Infantil y la Unidad de Perinatología (Sanatorio Canzani).

El Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) cuenta con una División Salud, incluyendo en la misma a la División de Prevención de Adicciones. Existen Hogares para madres adolescentes dependientes de INAU (con sus hijos): las Unidades Materno Infantiles (UMI). El

INAU también posee Convenio con Comunidades Terapéuticas para tratamiento, y otras Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que brindan amparo a niños y adolescentes.

El 14 de agosto de 2008 se firma el convenio interinstitucional entre el Poder Judicial, ASSE, INAU y la JND, con el objetivo de crear el Dispositivo de Asesoramiento y Diagnóstico (DAD). El objetivo del DAD es asesorar a la Justicia en cualquier etapa del proceso judicial, en los casos de consumo problemático de sustancias psicoactivas, en niños, niñas y adolescentes. Asimismo el Dispositivo ha orientado y asesorado a las familias involucradas y otros actores relacionados con la temática.

A través del Ministerio de Desarrollo Social se han creados diversos programas y dispositivos destinados a mejorar la calidad de vida de la mujer, niños y adolescentes, y que se ven involucrados en diversas acciones relacionadas con la prevención y asistencia del uso de drogas, entre los cuales destacamos:

- Programa Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia)
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres)
- Centro Tarará (en conjunto con ASSE)

En el ámbito privado, técnicos de mutualistas, clínicas privadas de desintoxicación y deshabitación, así como ONGs y Comunidades Terapéuticas dedicadas al tratamiento de adicciones a sustancias psicoactivas, pueden asistir a mujeres consumidoras de drogas en edad reproductiva.

III. De la percepción sectorial a la mirada conjunta

En el marco de la elaboración del protocolo se realizó un relevamiento de opiniones con referentes calificados en el tema y usuarias de uno de los servicios. Se realizaron un total de 15 entrevistas, algunas de ellas grupales con los equipos de trabajo, una entrevista a una usuaria del Portal Amarillo, se participó en el grupo de género de esta institución y se desarrolló una entrevista grupal en el mismo espacio.

Se entrevistaron profesionales del sector salud de: ASSE – Programa Infancia, CHPR – Salud Mental, Serenar - ASSE, RAP - ASSE, CHPR – Recién Nacidos, Neonatología – Facultad de Medicina, Portal Amarillo y otras instituciones que participan en la atención a estas situaciones: CAIF, Hogar Tarará – MIDES, Ministerio del Interior, Junta Nacional de Drogas.

Las entrevistas giraron en torno a los siguientes ítems:

- Perfil de usuarias.
- Método de detección.
- Forma en la que llega a la institución el pedido de ayuda/consulta primaria.
- Principales problemas identificados.
- Dispositivos de de intervención existentes

- Principales posibilidades y dificultades existentes para la intervención en estas situaciones.
- Opinión sobre los sistemas de información y registro de situaciones existentes.
- Aportes que podrían brindarse para la intervención en este tipo de situaciones.

Perfil de usuarias:

Se destaca que si bien es un problema que se ha identificado desde hace más de 10 años, en el último tiempo se entiende que ha aumentado, tanto en el número como en el grado de complejidad de las situaciones.

No hay datos uniformes que permitan dar cuenta de la dimensión del problema. Los entrevistados plantean que la mayor complejidad y gravedad está dada por el deterioro de los vínculos, en su grado de exclusión social y la falta de proyectos de vida.

Otra de las características en esta población es que en general son madres que no controlan su embarazo y por lo tanto no se puede detectar antes del parto. En referencia a las edades, se plantea que aquellas mujeres que consultan por iniciativa propia son más jóvenes que las derivadas por el CHPR. En general, no es su primer hijo, y sus otros hijos/as están con otro adulto.

En referencia a nivel socio económico, se afirma que las situaciones más complejas son aquellas en que las mujeres viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema. En otros casos, se destaca que no es un problema de pobreza sino de desafiliación institucional (educativa, laboral) "algunas que "cayeron", tienen buen nivel educativo y tenían un trabajo".

Método de detección:

La detección de este tipo de situaciones se da mayoritariamente en el momento del parto. En éste se detecta por: a) declaración espontánea, en las preguntas de rutina y/o por indicadores claros (CHPR: Salud Mental, Neuropediatría, Ginecología, Obstetricia), b) para los recién nacidos en los recorridos, cuando los niños quedan internados por estudios de orina, c) a través del personal de enfermería, que es un actor relevante en la identificación de situaciones y en generar la demanda.

Por otra parte, también es posible detectar estas situaciones en la comunidad y en el primer nivel de atención. Pero se coincide en que en este nivel, si bien es donde se darían las mayores oportunidades para una detección temprana, sucede en un muy bajo porcentaje.

Forma en la que llega a la institución el pedido de ayuda/consulta primaria.

A servicios de atención como el Portal Amarillo llegan: a) a partir de la identificación que hacen otros servicios como: CHPR, Saint Bois, otros Hospitales – INAU- OSC (Tarará), b) por iniciativa propia o c) porque ya estaban en la institución y quedan embarazadas.

Principales problemas identificados.

En cuanto a las principales problemáticas asociadas a las adicciones, se plantean:

- La doble discriminación de la que son objeto las mujeres que están embarazadas y consumen algún tipo de droga. Se la discrimina por ser adicta y ser "mala madre".
- Inexistencia de pautas de convivencia y proyecto de vida. "no tienen normas, no hay rutinas, ni horario. Hay un gran desapego". "No hay proyectos, no hay pautas de convivencia, sí para el consumo".
- Desempleo.
- Ausencia de referentes afectivos de contención y apoyo. Aislamiento social.
- Violencia de su pareja, historia de malos tratos y abuso. En la mayoría de las entrevistas se afirma que un alto porcentaje de estas mujeres han sufrido situaciones de violencia en su familia (malos tratos y abuso sexual). La mayoría de las parejas de estas mujeres son consumidores. "él me arrastra". "En la mayoría de las mujeres, ellas lo siguen a él en el consumo, eso no pasa con los varones"
- Situación de calle, prostitución.
- Trastornos psiquiátricos.
- Falta de documentación: CI, Carné de asistencia.

Dispositivos de de intervención existentes

Frente a las situaciones descritas, los/as entrevistados/as plantean que se desarrollan algunas *estrategias, dispositivos y herramientas* para abordarlas. Estas estrategias dependen de lo que cada equipo e institución van diseñando con la población usuaria que les toca asistir.

En este sentido se puede discriminar entre aquellas estrategias institucionales y dispositivos de atención en los servicios y aquellas estrategias que han implementado las propias usuarias para salir de estas situaciones.

En referencia a las estrategias institucionales y de los servicios se mencionan:

- Existencia de un Protocolo/normativa (I) que establece que si la madre consume se la separa del niño y éste ingresa a estudios.
- Protocolo/consenso (II) en la maternidad del CHPR.
- Acuerdo CAIF – ASSE, para captar embarazo, pero no se indaga el tema del consumo.
- Equipos para trabajar el tema en algunas de las especialidades del CHPR, ante el aumento de la demanda y la gravedad de las mismas. (Neuro – Salud mental)
- Cuando se van de alta: a) se refiere al Programa Aduana, b) "enganchadas en redes", CAIF, otros, y c) "se pierden".
- En caso que la madre está a cargo de sus hijos/as y sigue consumiendo y se evalúa que no puede cuidarlo/a, se articula con INAU.
- Creación de un dispositivo de trabajo Portal Amarillo (PA) – CHPR. Grupo de trabajo con mujeres. En un inicio funcionó con técnicos del PA que trabajaban con el grupo de mujeres

en el I CHPR y actualmente el grupo funciona en el PA y las mujeres son trasladadas desde el CHPR y acompañadas por personal de este centro.

- Existencia de referentes de drogas. "Existen los referentes en drogas, que son personal de salud que se ha capacitado a partir de una experiencia de la JND (2009), pero no está claro el rol y no se constituyeron en una red. Muchas veces estos referentes quedan sobre cargados o no saben qué hacer con las situaciones. En otros lugares se logra abordar en equipo". Capacitación virtual a nivel nacional.
- Creación de servicios en el interior del país: Casa Abierta. Artigas, Rivera, Maldonado (El Jagüel)
- El primer nivel tiene 12 equipos que trabajan desde el Programa de infancia y adolescencia de ASSE que podrían ser una oportunidad para la captación.
- Existencia de Red de asistencia usuarios de Drogas.
- Observatorio Nacional de Drogas (JND) – Propuesta registro nacional (a completar por la Red.
- Desde el sector salud se puede hacer una valoración sobre el riesgo vital y brindar asistencia, pero si hay que tomar medidas de protección transitoria es necesario que intervenga INAU. En muchas situaciones existe riesgo social previo al nacimiento y para eso es necesario que intervengan otros, el trabajo intersectorial.

Principales posibilidades y dificultades existentes para la intervención en estas situaciones.

En cuanto a los recursos de las usuarias para salir de estas situaciones, "rescatarse", se destacan:

- Aquellas que tienen una persona con la que mantienen un vínculo afectivo significativo y que las apoya en este proceso (suegra, hermana).
- "En las que piden ayuda, se trabaja en base al vínculo", "lograr adherencia es lo más importante".
- Luego del alta, "las perdemos", "la minoría de las madres se rescatan", "muchas dejan a sus hijos con un tercero, en general la abuela".
- En muchas de estas mujeres, se da un cambio a partir de que se enteran que están embarazadas o del nacimiento de su hijo/a. "Muchas madres logran un cambio a partir del nacimiento de su hijo, "por su hijo" logran un sostén, vuelven a sus vínculos y pueden sostener un cambio"

En el caso de los recién nacidos, luego que se van de alta pueden pasar al menos, tres situaciones:

- Dejar al niño/a a cuidado de un tercero familiar de hecho o por Derecho. En general son las abuelas quienes se hacen cargo.
- La adopción por un tercero, que en general son las abuelas.

- La minoría de las madres que se rescatan.

A partir de este relevamiento se identifican algunas de las dificultades o vacíos identificados para la atención de estas situaciones. Algunas de ellas, son atribuibles al diseño de las estrategias en los servicios, y a las políticas de atención definidas y otras a las características de la población que se atiende.

En lo que refiere a aquellas dificultades planteadas según las características del problema y las usuarias:

- Bajo capital social y cultural que permita adquirir normas, rutinas, y pautas de crianza., transmitidas en la forma "tradicional".
- No contar con sostén afectivo, "espacio de contención"
- No hay controles previos ni cultura de control y asistencia en el sector salud.
- No logran sostener los dispositivos de atención: por inestabilidades emocionales, por cambio de vivienda, por no tener con quien dejar a sus hijos/as, por dificultad en el acceso geográfico.
- Parejas que consumen. "no quiero seguirlo a él" (se refiere a su pareja que consume actualmente) (usuaria)
- Situaciones de violencia intrafamiliar.
- Problemáticas psiquiátricas asociadas
- Se detectan más fácilmente las mujeres de contexto vulnerable, las demás mujeres "se pierden".

En referencia a las dificultades identificadas tanto en políticas de atención al tema como en el diseño de los servicios para la atención del tema:

- No existe unificación de criterios institucionales e interinstitucionales para estas situaciones
- No hay una estrategia pareja y coordinada
- No hay acciones de detección intencionales.
- No hay registro sistemático que permita ver la magnitud del problema.
- El primer nivel no logra captar a estas madres. No hay prevención desde las consultas médicas. Luego del alta en el hospital "se pierden".
- Dificultad en el acceso a los servicios especializados. Dificultades en el acceso geográfico, no tienen con quien dejar a sus hijos/as.
- No hay información sobre los servicios. Falta de coordinación.
- Falta de capacitación de quienes trabajan con la población, para "ver" las situaciones y saber qué hacer.

- No existen equipos regionales formados para la atención de estas situaciones.
- Se pierden y luego no se va a la casa.

Opinión sobre los sistemas de información y registro de situaciones existentes.

En ese sentido, se plantean las siguientes situaciones:

- Existen registros en algunos de los servicios (en especial en el CHPR), diseñados por los propios equipos y servicios.
- Existen sistemas de información institucionales como el SIP y el SIPI y la sugerencia de un registro único de la JND.
- El Plan Aduana y los CAIF, puede ser un potencial lugar donde registrar información que permita detectar y dar seguimiento a estas situaciones, incluyendo un campo que registre esta información.
- En la mayoría de las entrevistas se considera que no hay registro unificado y que la información es escasa a la hora de la intervención por no contar con registros adecuados.
- No circula la información dentro del sector salud y "se pierde una vez que se da el alto luego del parto".
- En los registros existentes, difícilmente se identifican tratamientos anteriores.
- Existe una propuesta del Registro Único de JND.
- "Es difícil que las mujeres declaren que consumen porque tienen miedo de perder a sus hijos"
- "Esta información debe remitirse desde y en el sector salud y fluir para mejorar la coordinación entre los servicios. Tanto en lo público como en lo privado"

El relevamiento con los actores referentes en el tema y con las usuarias, si bien no es exhaustivo, permite dar cuenta de algunas de las características más destacables de la problemática y fundamentalmente de los avances y dificultades para el abordaje de las situaciones. Se plantean factores institucionales que hacen a la definición de una política y diseño de servicios de atención a las mujeres en edad reproductiva, consumidoras de drogas y sus hijos de 0 a 3 años, desde el sector salud en articulación con otros actores relevantes que permita dar respuesta a la complejidad del problema.

IV. Punto de partida: acuerdos conceptuales.

Para definir las rutas de atención a seguir el grupo de trabajo acordó un conjunto de ejes conceptuales que permiten enfocar en el problema objeto de intervención, así como el marco general de comprensión para su análisis y por ende definición de criterios.

En ese sentido el Grupo de Trabajo define que:

- a) Si bien el abordaje de la problemática que viven las mujeres en edad reproductiva que consumen drogas, requiere acciones de prevención en los diversos niveles, atención y capacitación para quienes lo desarrollan, el presente protocolo se centrará en las **acciones de atención**. No obstante, también prevé sugerencias para la prevención, capacitación e investigación.
- b) Se trata una problemática compleja, con varios problemas asociados que requieren de un abordaje integral, de una exigente coordinación interinstitucional y fundamentalmente de un marco institucional de referencia. Por las características del problema se acuerda que las indicaciones que se desarrollan, **se centran desde el sector salud como referencia** y se articulan con los otros actores públicos y privados (MIDES, OSCs, Educación, otros).
- c) Si bien la mayoría de los casos presentan una aparente correlación con estados o situaciones de pobreza, el Grupo de Trabajo estará orientado mediante un **enfoque universal**, que involucre tanto al sector público como privado.
- d) De mismo modo, si bien la mayoría de los casos detectados se encuentran en Montevideo, el principio orientador del protocolo debe ser de **carácter nacional**, considerando las particularidades de cada territorio.
- e) A partir de la definición anterior, es que se desarrollaran acciones que permitan un **abordaje integral de la problemática**, basada en un trabajo en red tanto hacia adentro del sector salud, articulando políticas, programas y servicios; como en forma intrasectorial.

Las acciones que se describen requieren del fortalecimiento de la articulación intersectorial y de hacer efectiva la "derivación responsable". Con ello se refiere a la necesidad de mejorar los mecanismos de referencia y contrareferencia, a partir de lo cual "derivar" incluye el "trabajo con el otro" desde roles y competencias diferentes. Por lo tanto, no es "pasar la situación" o sólo brindar información a la usuaria sobre donde recurrir, sino que implica trabajar con el técnico/a de la otra institución para acordar que acciones desarrollará cada uno, desde su competencia profesional y sectorial, para contribuir al cambio de la situación.

En este sentido se requiere definir claramente los **roles, competencias y recursos** con los que cuenta cada equipo, servicio e institución para hacer efectivas las acciones descritas.

En especial, se entiende que es necesario fortalecer la articulación con Educación, Empleo, MIDES, INAU – CAIF y otros servicios/programas de INAU, Poder Judicial, Ministerio del Interior (en particular el sector de cárceles).

- f) Problema objeto de intervención a lo que deben dar respuesta las rutas descriptas:
Es el Consumo de drogas por mujeres en edad reproductiva y los efectos de ello en su vida y en la de sus hijos/as.

Para ello su abordaje integral se hace necesario considerar especialmente los problemas asociados, entre ellos se debe considerar:

- Aislamiento y falta de vínculos afectivos de referencia.
- Violencia de género y violencia doméstica.
- Ausencia de proyecto de vida.
- Ausencia de empleo y/o formación para el empleo.

- g) Sujeto intervención: Los escenarios a partir de los cuales se desarrollan las acciones, toman a la **mujer en edad reproductiva** y las acciones a seguir son con ella y su hijo/a (con énfasis en la primera infancia).

Cuando se presenta esta problemática en la vida de las mujeres en edad reproductiva, y en especial cuando están embarazadas y/o tienen niños pequeños, se generan discusiones en los equipos que las atienden, colocando en el centro del debate el dilema entre los derechos de la mujer y su derecho a la maternidad y la capacidad y/o posibilidad que tiene en ese momento y el derecho del niño/a a contar con una familia, en este caso su madre, que pueda cuidarlo, protegerlo y brindarle la atención adecuada. En ese sentido, el protocolo describe acciones considerando el equilibrio entre el **interés superior del niño/a y los derechos de la mujer**.

- h) Para la valoración del riesgo, también se consideraran los **factores protectores**, tales como:

- Reconoce que tiene un problema y busca ayuda.
- Existencia de redes personales de apoyo. (identificables y accesibles) . Pueden ser familiares directos, indirectos, conocidos, vecinos, otros.
- Pareja que la apoya en el proceso de cambio.
- Buen vínculo con otros hijos/as.
- Contacto (esporádico, frecuente) en grupos o instituciones. / Es o fue beneficiaria de algún Plan, Programa público o privado.
- Formación (formal o no formal).
- Experiencia laboral. (redes laborales, referencias)
- Cuenta con lugar dónde vivir.
- Se ha controlado el embarazo (para escenarios 2 y 3),
- Vive en un barrio con opciones para realizar actividades de recreación, formación y otras.

V. **Los caminos para las rutas para la atención**

Para el diseño de las estrategias de intervención con madres, sus hijos/as y familias, de acuerdo a los conceptos resumidos anteriormente, y atendiendo a la experiencia relevada, las líneas de trabajo para la construcción de un protocolo de atención, deberían regirse por los siguientes criterios metodológicos:

- a) Un **abordaje integral** de las situaciones. Tomando como foco de la intervención el consumo, deberán atenderse los factores asociados a esta problemática tanto en la madre como en el niño/a. (acceso a servicios de salud, nivel socioeconómico y cultural, inclusión social, disponibilidad de redes de apoyo social, cuidados del niño, acceso a educación y ofertas de trabajo, ambientes saludables evitando contaminantes ambientales, entre otros). Se basa en el principio de que el consumo de sustancias es un factor de riesgo más dentro de la situación biopsicosocial de esa mujer y su entorno.

Para dar respuesta desde un abordaje integral es necesario que esté a cargo de **equipos interdisciplinarios**, preferentemente integrados por: médico, ginecobstetra, pediatra, neonatólogo, toxicólogo, psiquiatra, personal de enfermería, psicólogo, asistente social, educadores. La intervención de los distintos técnicos y profesionales será acorde a las características de la situación y al momento de la intervención. Los equipos podrán ser parte de una misma institución o equipos interinstitucionales, integrado por técnicos de diversas instituciones que tienen competencia en estas situaciones.

- b) Considerar un **diagnóstico situacional** que permitan mapear tanto los problemas como las potencialidades de la mujer y su entorno inmediato.
- c) Es necesario considerar especialmente los **vínculos de cuidado y sostén más próximo** y en especial, en el caso de la mujer, la situación con su familia y pareja, despidando situaciones de consumo, violencia doméstica y otras que estén afectando la vida de ella y su hijo/a. Es clave la existencia de personas de referencia que tengan un vínculo de protección y sostén que les permita mantener el tratamiento y fortalecer el vínculo madre – hijo/a.

- d) Las estrategias deben considerarse tanto para el **nivel comunitario como en los otros niveles de atención.**
- e) Considerando las características de la problemática el trabajo a realizarse con las mujeres que la viven, debe estar basado en un **vínculo** de apoyo, contención y cercanía que permita la adhesión al tratamiento y la posibilidad de desarrollar habilidades sociales que le permitan integrarse y sostener los procesos.
- f) **Duración del tratamiento:** bajo régimen ambulatorio o internación, es crítico para sostener el mismo. Estudios revelan que han encontrado estadías más prolongadas de embarazadas o puérperas en centros de internación como fuertes predictores de abstinencia luego del alta. La duración de la internación se asoció con abstinencia, obtención de trabajo, menos síntomas psiquiátricos y problemas legales, así como con un mayor número de actitudes positivas frente a la crianza de sus hijos.
- g) Es necesario, que a partir de la evaluación de riesgo se logre **diferenciar las estrategias de tratamiento**, considerando cuando es pertinente:
- En los casos de alto riesgo que requieran internación, en centros especializados, centro especializados de adicción,
 - Dispositivo residencial (Hogar de medio camino) de acuerdo a la evaluación realizada.
- h) Programas **focalizados en la mujer**: un estudio en puérperas evidenció mayor adherencia al tratamiento ambulatorio en aquellas pacientes incluidas en programas específicos para la mujer (en régimen hospital de día), que contemplan el cuidado de sus hijos y el transporte al centro asistencial, en comparación con programas intensivos tradicionales-
- i) Algunas experiencias han demostrado la utilidad de **intervenciones en el hogar**, con visitas programadas en forma semanal en los primeros 6 meses luego del parto y en forma bisemanal hasta el año. Otros trabajos demuestran una mayor tasa de abstinencia y de cuidados de la mujer (v.g. anticoncepción) en seguimientos domiciliarios de 18 meses a 3 años de duración. Las intervenciones en el hogar deben apuntar tanto al seguimiento del niño como de la mujer, brindando espacios de apoyo para esta.

- j) Estudios demuestran también que el ***aprendizaje de habilidades*** para las crianzas de los hijos, mediante programas específicos asociados al apoyo en el área socio-familiar, mejora la adherencia al tratamiento.

Sobre la detección:

De acuerdo a la información relevada en las entrevistas, se entiende que el punto inicial para la protección y atención, es la captación e identificación de las situaciones. La captación e identificación de estas situaciones es posible realizarse en las etapas de: pre concepción, embarazo, parto y post parto.

Estas situaciones no sólo serán detectadas desde las mujeres, y en especial aquellas que se encuentren en cualquiera de las etapas mencionadas, sino que además se deberá prestar especial atención a:

- ✓ varones y en especial aquellos que tengan pareja en cualquiera de las etapas mencionadas.
- ✓ niños/as de 0 a 3 años que sus padres presenten algunos de los factores de riesgo detallados en el literal b del presente capítulo.

Las instituciones, programas o servicios privilegiados en el rol de detección son:

- Sistema de Salud, (todo el personal de salud, médicas, parteras, psicólogos, asistentes sociales, otros)
- Plan CAIF y otros programas de INAU. (Programa Calle, Internados, Convenios, otros)
- Centros de escucha comunitarios.
- Intendencias en sus diversos Programas.
- Centros de educación formal
- Educación no formal (Centros Juveniles, Espacios Jóvenes, otros)
- Programas del MIDES (Inmujeres, Infamilia, Inju, Uruguay Integra, Casas Asistidas, refugios, otros)
- Poder Judicial
- Ministerio del Interior
- Sociedad Civil (iglesias, vecinos, centros deportivos, otros)

La detección de estas situaciones de parte de cualquiera de estas instituciones, supone contar con un instrumento común que permita discernir el grado de complejidad a la que se está enfrente y por ende tomar decisiones pertinentes sobre los siguientes pasos a seguir.

En esta etapa de detección es de suma importancia considerar que quien toma contacto con la situación (porque lo sospecha o porque la persona se lo revela) deberá mantener una actitud basada en:

- Escucha atenta y comprensiva. Dejar que la persona exprese sus sentimientos y relate lo que vive, sin interrumpir y sin juzgar.
- Brindar mensajes de comprensión, sin justificar su conducta, pero logrando comprender cómo se siente.
- Respeto por la situación que vive la mujer sin enjuiciar ni hacer comentarios basados en prejuicios.
- Mantener un vínculo de empatía.

Los principales mensajes a dar son:

- Alentarla a que se puede salir de la situación.
- Desculpabilizarla (que no es una mala madre).
- Brindar información sobre sus Derechos, posibilidades de salida, tratamiento y medidas a seguir.
- Brindar información sobre los efectos del consumo en la vida del niño/a y en la suya.
- Brindar información, según la etapa en la que se encuentre (pre concepción, embarazo, post parto) sobre las necesidades en el embarazo, los cuidados y derechos del niño/a y los efectos de ello en el desarrollo.

En aquellas situaciones que la persona a cargo de la entrevista se siente desbordada por la situación es importante solicitar apoyo a otro integrante del equipo.

Para la definición de las rutas de abordaje se hace necesaria la diferenciación de escenarios de riesgo que determinen acciones y actores que intervienen con responsabilidad y competencias diferentes. Se entiende necesario contar con un instrumento de diagnóstico, que permita despistar rápidamente, tanto por personal técnico de salud como por actores comunitarios, si se está frente a una situación de alto riesgo o de riesgo moderado.

A continuación se presenta una propuesta de instrumento para estos fines y se amplia en el **Anexo 1:**

Evaluación de riesgo en madres consumidoras de sustancias psicoactivas

Marihuana

Cocaína

Pasta Base

Alcohol

Otro

Escenario	Riesgo alto	Riesgo moderado
Trastorno por dependencia (adicción)	Consumiendo en los últimos 12 meses (embarazo y puerperio) Consumiendo en los últimos 6 meses de la etapa preconcepcional	Sin consumo en los últimos 12 meses (embarazo y puerperio) Sin consumo en los últimos 6 meses (preconcepcional)
Trastorno por abuso (por dosis o frecuencia, sobredosis, repercusión crónica, problemas legales)	En etapa de embarazo. En preconcepcional y puerperio: cuando es grave o en caso de ausencia de factores protectores	En etapa preconcepcional y puerperio, valorando la tenencia de factores protectores
Patología obstétrica	Antecedentes de repercusión obstétrica por consumo de drogas	
Estado emocional	Comorbilidad psiquiátrica como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad grave	

Factores protectores	No presencia	Presencia
Motivación para el cambio	No presenta motivación para el cambio	Clara motivación para el cambio
Redes de Apoyo	No cuenta con redes de apoyo	Cuenta con redes de Apoyo y habita en un barrio con ofertas recreativas, formativas u otras a las que puede integrarse.
Convivencia con personas que consumen	Convive con personas que consumen.	No convive con personas que consumen
Pareja que apoya proceso de cambio	Su pareja obstaculiza (consume, violencia, otros) el cambio.	Tiene pareja que apoya el proceso de cambio
Vínculo con otros hijos	No bueno	Bueno

La atención depende del momento

Definidos los niveles de riesgos y de acuerdo a los mismos, se identifican cuatro escenarios, ellos son:

- Pre – concepción
- Embarazo
- Parto
- Post Parto.

Para cada uno de ellos, se proponen rutas de atención de acuerdo a los niveles de riesgos identificados. A su vez, en cada escenario identificado, se detallan aquellos aspectos que necesitan de definiciones y decisiones a nivel de acciones sectoriales y por ende de tipo de recursos a destinar.

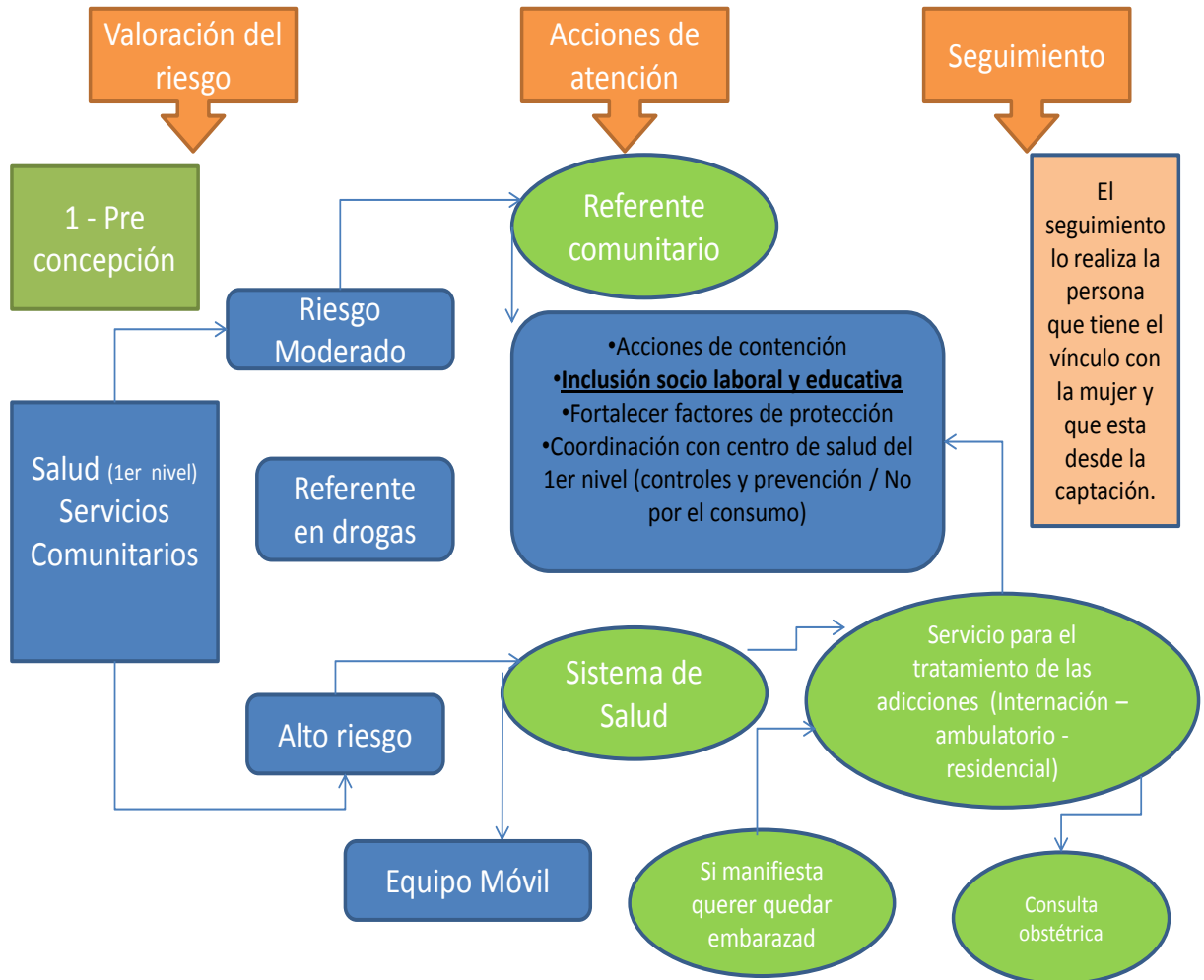
VI. Rutas de atención en la etapa de pre concepción:

La etapa de pre concepción es el momento que permite “llegar antes” a identificar las situaciones de riesgo y realizar acciones de promoción de salud.

Tanto en varones como en mujeres en edad reproductiva es necesario generar mecanismos para acceder a información que permita brindar atención adecuada a estas situaciones. En este sentido, el trabajo a nivel comunitario y en todos los servicios donde accede la población requiere vital importancia. Para ello, desde todos los sectores: educación, salud, centros de primera infancia, entre otros, se hace necesario que el personal esté capacitado para lograr promover la salud integral de las personas e identificar aquellas situaciones de riesgo tanto al consumo como al embarazo en estas situaciones.

La idea de generar un instrumento sencillo de evaluación del riesgo permitiría a todos los técnicos y profesionales contar con elementos para realizar un primer despistaje y considerar las estrategias pertinentes a desarrollar valorando el riesgo como alto o moderado. Esto si bien es aplicable desde cada sector, debe considerarse la competencia de cada uno ante cada escenario.

Flujograma de intervención para la captación en la preconcepción:



El presente flujograma parte de la convicción de la necesidad de existencia de determinados referentes y equipos con capacidad de operar a nivel territorial. Ellos son:

Referente comunitario: se refiere a aquellos/as técnicos y profesionales que se desempeñan desde instituciones públicas y/o privadas y que tienen un vínculo de cercanía con la mujer y/o el niño/a y su familia. Para aplicarse el presente protocolo se entiende necesario generar instancias de formación de dichos referentes.

Referente en drogas: se refiere a referentes que se desempeñan en los centros de salud.¹

Equipo Móvil: este equipo no existe en la actualidad. Se propone su creación con el cometido de dar apoyo a los referentes de drogas que están en cada institución. Sus cometidos son brindar asesoramiento y apoyo en la valoración del riesgo y los pasos a seguir tanto en las situaciones de riesgo moderado como en aquellas de alto riesgo. A su vez, en aquellas situaciones valoradas como de alto riesgo se podrá realizar un apoyo en la primera atención y organización de la intervención brindando elementos para mejorar la coordinación con los servicios para el tratamiento de adicciones.

Se propone que este equipo debe depender de los servicios de salud de segundo nivel.

El equipo móvil brindará apoyo a los equipos territoriales para que brinden asistencia terapéutica a las usuarias. En los casos que los equipos territoriales no estén en condiciones o no cuenten con recursos adecuados brindarán la asistencia necesaria.

Para su aplicación se valora como insumo imprescindible para su operatividad, el contar con elementos de comunicación y traslado.

Servicios para el tratamiento de las adicciones (internación, ambulatorio, residencial, hogares de medio camino): Se trata de servicios especializados ubicados en las policlínicas de atención al uso problemático de sustancias y en los equipos de salud mental, los cuales deberán ser debidamente capacitados.

Estos, deberán estar integrados por equipos interdisciplinarios, conformando una red asistencial, en la cual, (como ocurre en la actualidad con ASSE a través del Portal Amarillo), exista un nodo o centro de referencia. Deberán estar en permanente comunicación con los equipos móviles y referentes de droga de los servicios.

La calificación de tipo de riesgo determinará si la mujer será asistida bajo régimen ambulatorio, centro diurno o residencial. En la actualidad estos dos últimos servicios están disponibles en un número limitado de Instituciones. Existe además la probable indicación de internación hospitalaria, en cuyo caso la desintoxicación se realiza en un centro de segundo o tercer nivel.

Las características del tratamiento las definirá cada equipo de atención según el diagnóstico de situación realizado.

Para la etapa de tratamiento, también se propone la creación de un centro residencial, hogar de medio camino donde las mujeres puedan estar internadas junto con sus hijos/as pequeños y donde se realice un tratamiento terapéutico junto con un plan de trabajo de integración socio educativo. Este tipo de dispositivo requiere de una programación interinstitucional por las

¹ Debe tomarse en cuenta que hay un número importante de referentes de drogas en el sector salud, que han sido capacitados por la Junta Nacional de Drogas. En caso de aplicarse este protocolo, se entiende pertinente fortalecerlos e incluirlos en los dispositivos de atención a las situaciones.

características de la propuesta, en la que al menos participen MSP (ASSE), MIDES, Educación, empleo, deportes, otros

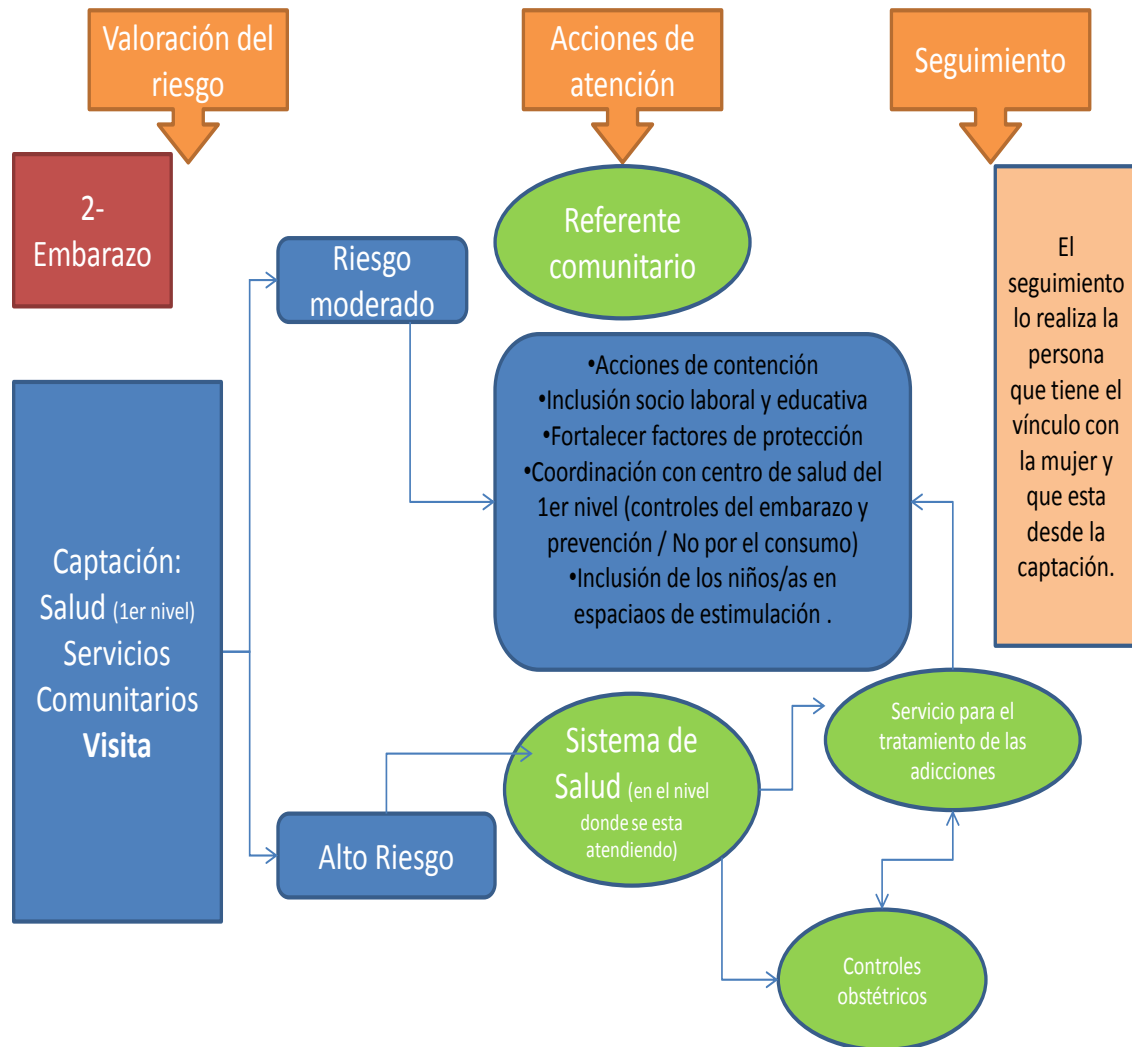
Seguimiento: esta etapa del proceso quedará a cargo de quienes tienen un vínculo más cercano con el niño/a, la madre y su familia. Podrá ser el mismo equipo que detectó la situación junto a otros referentes comunitarios que han participado. De todas formas el seguimiento siempre será en acuerdo entre los diversos técnicos que intervienen y según las características del caso, para lo cual será siempre necesario contar con la información de lo actuado con anterioridad. Es importante que el seguimiento sea tanto para el niño/a como para la madre, considerando el abordaje integral antes mencionado.

La identificación de estas situaciones podrá realizarla todo técnico/profesional que se desempeñe en servicios comunitarios.

Una vez que se identifica una mujer que consume y que manifiesta su voluntad de quedar embarazada se deberá:

- 1) Realizar una evaluación del riesgo siguiendo las pautas del instrumento propuesto.
- 2) Si se trata de una situación de riesgo moderado, podrá realizarse acciones a cargo de un referente comunitario que tenga vínculo con la usuaria y que pueda trabajar con ella los aspectos desarrollados en el flujograma.
- 3) Si se trata de una situación de alto riesgo, se deberá:
 - a. Brindar asistencia en un servicio de salud. Dependerá en qué tipo de servicio el grado de riesgo que presente la usuaria.
 - b. Brindar asistencia en un servicio de tratamiento de las adicciones. Dependerá de la evaluación de la situación si requiere de un dispositivo de internación, un tratamiento ambulatorio o residencial.
 - c. Realizar consulta obstétrica
- 4) Seguimiento a cargo de las personas que tienen mejor vínculo con la mujer, en la comunidad.

Rutas a seguir en la etapa de embarazo

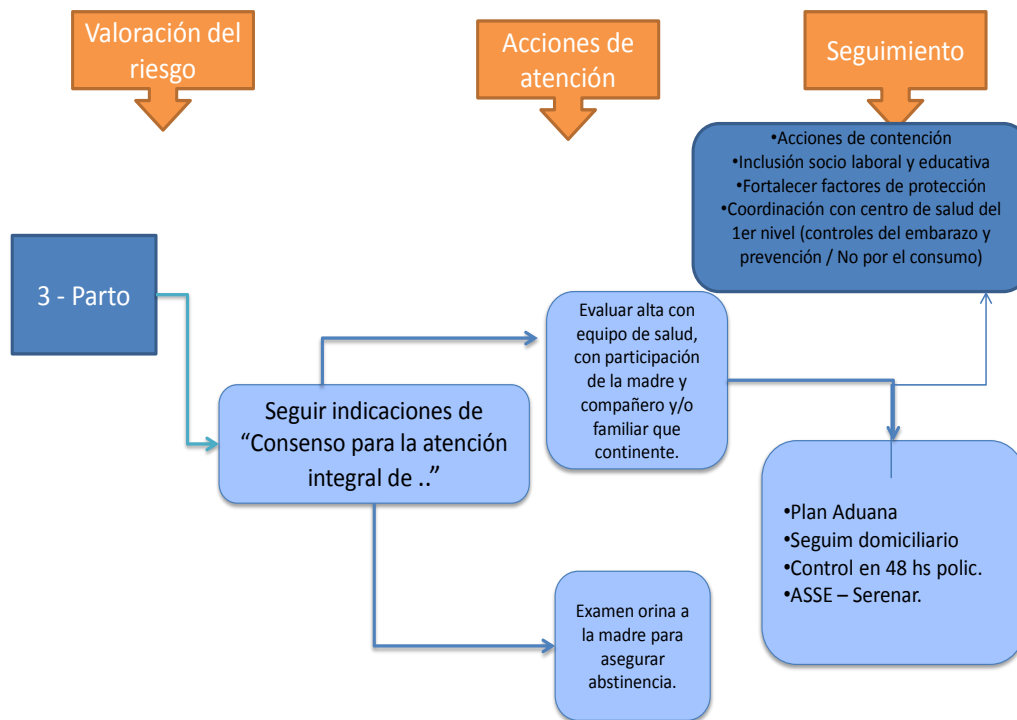


Una vez que se identifica una mujer que consume y que está cursando un embarazo se deberá:

- 1) Realizar una evaluación del riesgo siguiendo el instrumento propuesto.
- 2) Si se trata de una situación de riesgo moderado, podrá realizarse acciones a cargo de un referente comunitario que tenga vínculo con la usuaria y que pueda trabajar con ella los aspectos desarrollados en el flujograma.
- 3) Si se trata de una situación de alto riesgo, se deberá:
 - a. Brindar asistencia en un servicio de salud. Dependerá en qué tipo de servicio el grado de riesgo que presente la usuaria.

- b. Brindar asistencia en un servicio de tratamiento de las adicciones. Dependerá de la evaluación de la situación si requiere de un dispositivo de internación, un tratamiento ambulatorio o residencial. Recomendamos la desintoxicación bajo régimen residencial para numerosas situaciones en el embarazo, tales como dependencia a pasta base en primer trimestre, trastorno por dependencia a alcohol, entre otras.
 - c. Realizar controles obstétricos
- 4) Seguimiento a cargo de las personas que tienen mejor vínculo con la mujer, en la comunidad.

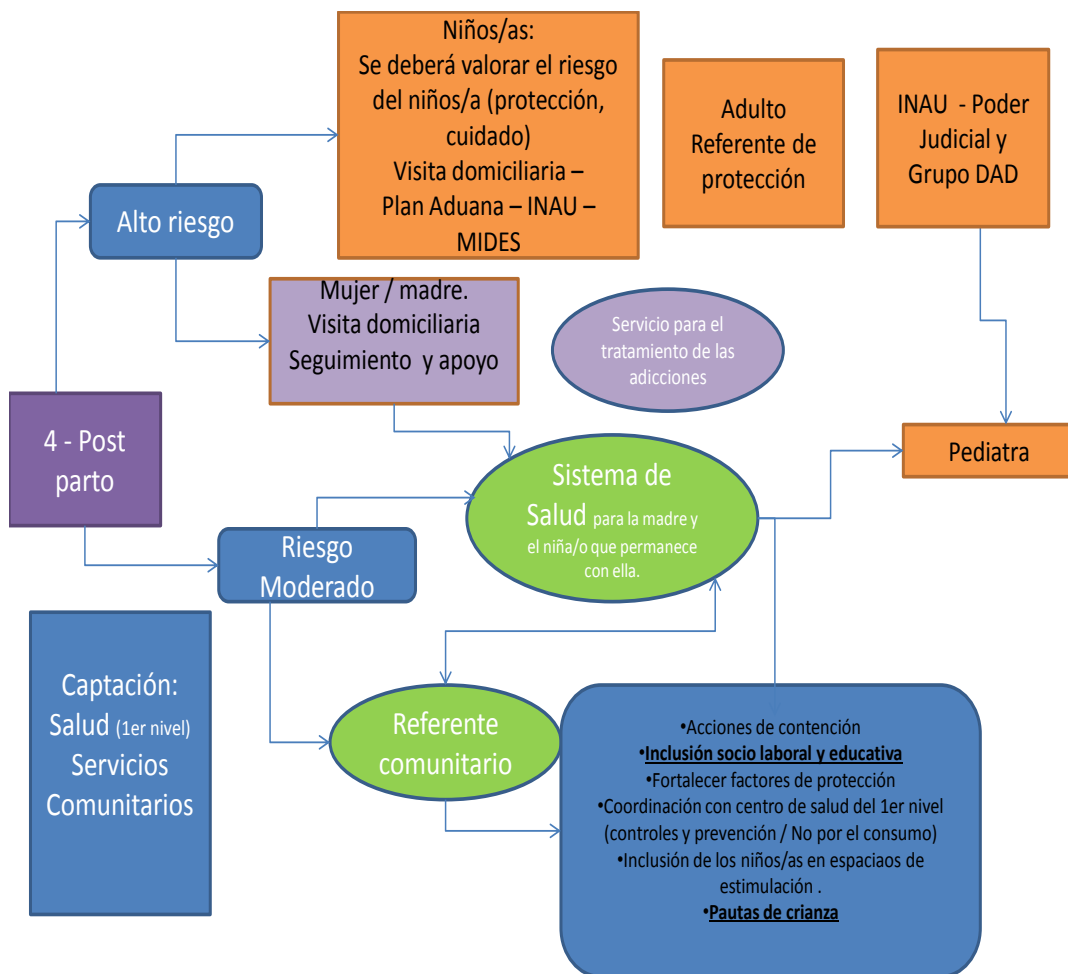
Rutas a seguir en la etapa del **parto**:



En este caso se seguirá el procedimiento establecido en el Consenso para la atención integral de madres y recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. CHPR.

ANEXO 2

Rutas a seguir en la etapa de **post parto**:



Una vez que se identifica una mujer que consume y que está en la etapa de post parto:

- 1) En estas situaciones además de la valoración del riesgo de la madre es necesario contar con una valoración del riesgo de la situación del niño/a.
- 2) Apoyarse en equipos de salud, INAU y MIDES que trabajan en el seguimiento de los recién nacidos. En especial el Plan Aduana. La realización de las visitas domiciliarias es una de las estrategias fundamentales para identificar estas situaciones y realizar un diagnóstico situacional de las mismas, considerando que el apoyo y seguimiento es tanto para la situación del niño/a como de la mujer.
- 3) Realizar una evaluación del riesgo de la mujer siguiendo el instrumento propuesto.
- 4) Se valora el riesgo del niño/a considerando los aspectos que hacen a su desarrollo y en especial vínculo con su madre, la capacidad de cuidado y protección.

- 5) Si se trata de una situación de riesgo moderado tanto para el niño/a como para la madre, podrá realizarse acciones a cargo de un referente comunitario que tenga vínculo con la usuaria y que pueda trabajar con ella los aspectos desarrollados en el flujograma.
- 6) Si se trata de una situación de alto riesgo para la mujer, se deberá:
 - a. Brindar asistencia en un servicio de salud. Dependerá en qué tipo de servicio el grado de riesgo que presente la usuaria.
 - b. Brindar asistencia en un servicio de tratamiento de las adicciones. Dependerá de la evaluación de la situación si requiere de un dispositivo de internación, un tratamiento ambulatorio o residencial. Podrá permanecer para desintoxicación e inicio de deshabitación en el Centro donde se asistió su parto.
- 7) Si se trata de una situación de alto riesgo para los niños/as, se deberá:
 - a. Identificar los vínculos familiares y cercanos de la mujer y el niño/a.
 - b. Generar estrategias de apoyo al rol de cuidado de protección hacia los niños/as.
 - c. Si el literal a y b no son posibles, se deberá recurrir a solicitar medidas de amparo y protección al INAU y/o al Poder judicial.
- 8) Seguimiento a cargo de las personas que tienen mejor vínculo con la mujer, en la comunidad.

El DAD, conformado por un equipo interdisciplinario, podrá ser el nexo entre el equipo técnico tratante y el INAU y Poder Judicial (si la situación así lo requiere), ejerciendo la función de diagnóstico y asesoramiento para aquellos casos en los que el equipo tratante y de seguimiento considere que existe un alto riesgo para la madre adolescente, o bien para hijos/as de madres consumidoras que necesiten amparo y protección.

8. Recomendaciones para la implementación y agenda pendiente.

En este punto se plantean las recomendaciones y temas de agenda pendiente que surgen del grupo de trabajo.

La implementación de un protocolo como el que se presenta en este documento requiere de enmarcarse en las oportunidades y avances que se vienen desarrollando en este tema en la institucionalidad existente en el país. En ese sentido, se entiende que considerando que este es un asunto que atañe directamente al sector salud podría considerarse su encuadre en las metas que se establecen en el Sistema Nacional integrado de salud. Por otra parte, la Junta Nacional de Drogas es parte de este encuadre institucional en el cual se inscribe el desarrollo del protocolo y parte de las acciones a implementar. Así mismo, los avances realizados en los distintos servicios como el CHPR, Portal Amarillo y otros requieren de acordar las acciones que se establezcan.

Por lo tanto, el fortalecimiento de la alianza Junta Nacional de Drogas y MSP en el diseño, implementación y evaluación de las lineamientos planteados en el protocolo, es esencial.

El grupo de trabajo enfatizó en la necesidad de fortalecer los mecanismos específicos para la asistencia y tratamiento de las situaciones, en especial de aquellas más complejas donde hay un alto riesgo para la mujer y para el niño/a.

En ese sentido, se plantean al menos 3 dispositivos a crear o fortalecer:

- a. equipos móviles
- b. centros de tratamiento de adicciones: internación, residencial.
- c. hogares para madres consumidoras de drogas en tratamiento/seguimiento con sus hijos/as (hogar de medio camino). Para este último, en especial, se requiere de la programación, diseño e implementación de carácter interinstitucional, entendiendo que apuesta a un servicio de atención integral que pretende no sólo brindar la atención terapéutica si no que también fortalecer la inclusión socio educativa de las mujeres y el abordaje en el vínculo madre – hijo/a.

Para la efectiva implementación del protocolo y las propuestas planteadas, es necesaria la asignación de recursos para fortalecer, en especial el primer nivel de atención. Los recursos referidos la gestión de la articulación y la atención, tales como medios de comunicación adecuados, posibilidad de transporte, lugar físico adecuado para la atención. También se plantea que en algunos casos es necesario mapear los recursos humanos existentes y la capacitación que tienen al respecto.

Por otra parte, se plantea la necesidad de identificar y fortalecer los referentes en drogas del sector salud, ya capacitados y que aún están cumpliendo esta función. El fortalecimiento de éstos recursos refiere a la orientación y apoyo ante las situaciones que les toca abordar. El grupo de trabajo plantea que de crearse un equipo móvil, podría cumplir estas funciones con los referentes de drogas.

Se propone la necesidad de generar y fortalecer un programa de capacitación en todos los sectores para la identificación y primera valoración del riesgo (actores del primer nivel y de los distintos sectores). Los niveles de formación podrá referir a: equipos móviles (especializados), referentes de salud y referentes comunitarios (detección, primera evaluación de riesgo, pautas para trabajar situaciones de riesgo moderado y cómo hacer el seguimiento)

Se hace necesario mejorar los sistemas de información que permitan captar, cuantificar, caracterizar y dar seguimiento a las situaciones así como dimensionar el problema y dar pistas sobre las posibles vías de intervención. En ese sentido también se requiere de rigurosos

sistemas de evaluación que permitan dar cuenta de los avances y debilidades de las propuestas.

El presente documento se logró realizar gracias a los valiosos aportes y experiencia de los integrantes del grupo de trabajo inter institucional e interdisciplinario, el cuál sería importante mantener como equipo de referencia que de seguimiento al diseño de las acciones propuesta, su implementación y evaluación. Esto fortalecería la articulación interinstitucional en el tema y además aportaría al diseño de las políticas publicas en el tema y al diseño de los servicios.

Por último, es relevante promover la realizar de estudios e investigaciones que den cuenta de la magnitud y características del problema en el país, así como una rigurosa evaluación de las respuestas institucionales existentes y los impactos en la vida de las mujeres y de los niños, (vincular con Serenar).

Anexo 1:

De acuerdo a la existencia y combinación de estos factores, se definieron dos escenarios: a) riesgo alto y b) riesgo moderado.

a) Alto riesgo:

- Mujeres con diagnóstico de trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas (v.g. pasta base, clorhidrato de cocaína, alcohol):

1. con consumo en los últimos 12 meses para el caso de embarazadas y puérperas.
2. con consumo en los últimos 6 meses para mujeres previo a la concepción.

Incluye también aquellas mujeres con consumo habitual (diario o casi diario) que son captadas en la comunidad y referidas por no poder parar de consumir (en cuyo caso es altamente probable el diagnóstico de dependencia), independientemente del momento de la captación.

- Mujeres cursando embarazo con diagnóstico de trastorno por abuso a sustancias psicoactivas (por dosis o frecuencia, antecedentes de sobredosis, repercusión obstétrica, problemas legales).

- Mujeres previo a la concepción o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso grave a sustancias psicoactivas (gravedad determinada por dosis y frecuencia de consumo,

antecedentes de sobredosis y/o cuadros psiquiátricos agudos por consumo de sustancias, repercusión materna o de su hijo/a, problemas legales, entre otros). Independiente de la existencia de factores protectores.

- Mujeres previo a la concepción o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso sustancias psicoactivas (gravedad determinada por dosis y frecuencia de consumo, antecedentes de sobredosis y/o cuadros psiquiátricos agudos por consumo de sustancia, repercusión materna o de su hijo/a, problemas legales, entre otros). Independiente de la existencia de factores protectores.
- Mujeres previo a la concepción (en edad reproductiva) o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas sin evidencia de factores reconocidos como protectores.
- Mujeres usuarias de drogas previo a la concepción o durante embarazo con antecedentes de embarazo mal tolerado por patología obstétrica relacionada con el consumo materno.
- Mujeres usuarias de drogas con embarazo sin control o mal controlado (definir según etapa de la gestación) al momento de la captación. De acuerdo a la etapa de la gestación, valoración obstétrica y tipo de consumo, podrá re-estratificarse su riesgo.
- Mujeres con comorbilidad psiquiátrica conocida (v.g. depresión, esquizofrenia, trastorno de la personalidad grave, I AE)
- Dificultades para la crianza. Trastornos en el vínculo, los cuidados, la crianza. Hay algunos indicadores de riesgos niños/as en: trastornos del sueño, alimentación, llanto excesivo, cuando más pequeño más se expresa todo en el cuerpo, en su crecimiento y desarrollo.
- Mujeres usuarias de drogas con indicadores tales como ausencia de motivación para el cambio, falta de redes personales de apoyo, convivir con referente familiar y/o pareja consumidora de drogas.
- Mujeres adolescentes con UPD y en situación de calle, por la alta posibilidad de ITS, embarazos, violencias.

b) Riesgo moderado:

- Mujeres con diagnóstico de trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas (v.g. pasta base, clorhidrato de cocaína, alcohol):
 1. sin consumo en los últimos 12 meses para el caso de embarazadas y púerperas.
 2. sin consumo en los últimos 6 meses para mujeres previo a la concepción.

- Mujeres previo a la concepción o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso a sustancias psicoactivas con evidencia de factores reconocidos como protectores.

- Uso de drogas no problemático previo a la concepción.

Ejemplos:

- a) consumo ocasional de alcohol sin episodios de intoxicación etílica aguda y sin conductas de riesgo asociadas, tales como accidentes, RRSS sin métodos de barrera.
- b) consumo ocasional de marihuana sin evidencia de repercusión aguda (accidentes, cuadros psiquiátricos agudos) o crónica por consumo (síndrome amotivacional, mal rendimiento académico-laboral).
- c) consumo experimental de alucinógenos (LSD) u otras sustancias en ausencia de sobredosis o conducta de riesgo asociada.

Esta categorización si bien contribuye a organizar la intervención, no debe considerarse definitiva, sino dinámica y que requiere de un permanente monitoreo del equipo actuante. Algunas situaciones consideradas de alto riesgo pueden luego re-estratificarse a riesgo moderado de comprobarse para cada caso la existencia de factores reconocidos como protectores. Esto debe evaluarse en cada caso en particular.

La evaluación del riesgo es una forma de calificar la situación que nos permite determinar las acciones a seguir. Si bien se toman en cuenta los factores de riesgo también se incluyen otros aspectos que dan cuenta del grado de exposición al riesgo vital que tienen tanto la madre como el niño/a.

Bibliografía

1. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior; Gobierno de Chile. Proyecto de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. 2006. I.S.B.N. 956-7808-57.
2. Pasta Base de Cocaína- Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes jóvenes. Información Cualitativa. 38-83, 2006. <http://www.infodrogas.gub.uy/>. Consulta 13 de agosto 2010.
3. NSW Department of health (Australia). National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn (2006). www.health.nsw.gov.au/pubs/2006/ncg_druguse.html. Consulta 13 de agosto 2010.
4. Poland ML, Dombrowski MP, Ager JW, Sokol RJ. Punishing pregnant drug users: enhancing the flight from care. *Drug and Alcohol Dependence*. 1993;31:199-203
5. Annas GJ. Testing poor pregnant patients for cocaine--physicians as police investigators. *N Engl J Med*. 2001;344:1729-32.
6. Cocaine. In: Briggs G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk*. 8th Edition (2008) Ed Lippincott Williams & Wilkins. Pag 404-417.
7. Cocaine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed) U.S. National Library of Medicine* <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgibin/sis/html>. Consulta 10 de agosto 2010.
8. Hoffman R. Cocaine. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 8th Ed Mc Graw Hill 2006: 1133-1147.
9. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones* (2002); 14 (1): 57-64.
10. Mc Guigan M. Cannabinoids. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 8th Ed Mc Graw Hill 2006: 1213-1221
11. Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA. Cocaine use in pregnancy. *N Engl J Med*. 1985;313:666-9.
12. Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H, et al. Acute Neonatal Effects of Cocaine Exposure During Pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:824-834.
13. Fulroth R, Phillips B, Durand DJ. Perinatal outcome of infants exposed to cocaine and/or heroin in utero. *Am J Dis Child*. 1989;143:905-910
14. Bada H; Das A; Bauer C; Shankaran S; Lester B; LaGasse L; Hammond, J; Wright, L; Higgins, R. [Impact of Prenatal Cocaine Exposure on Child Behavior Problems Through School Age. *Pediatrics* 2007;119;348-359](#)
15. Burgos A, Burke B. Neonatal abstinence Syndrome. *NeoReviews* 2009; 10; e222-e229.
16. Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis*. 1975; 2:141-158.
17. Thompson BL, Levitt P, Stanwood GD. Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nat Rev Neurosci*. 2009 April; 10(4): 303-312.
18. Stone KC, LaGasse LL, Lester BM, Shankaran S, Bada HS, Bauer CR, Hammond JA. Sleep problems in children with prenatal substance exposure: the Maternal Lifestyle study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 May;164(5):452-6.
19. Ackerman JP, Riggins T, Black MM. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. *Pediatrics*. 2010 Mar; 125(3):554-65.

20. [Bandstra ES](#), [Morrow CE](#), [Mansoor E](#), [Accornero VH](#). Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *J Addict Dis*. 2010 Apr; 29(2):245-58.
21. Stone KC, High PC, Miller-Loncar CL, LaGasse LL, Lester BM. Longitudinal Study of Maternal Report of Sleep Problems in Children with Prenatal Exposure to Cocaine and Other Drugs. *Behav Sleep Med*. 2009; 7(4): 196–207.
22. [Keegan J](#), [Parva M](#), [Finnegan M](#), [Gerson A](#), [Belden M](#). Addiction in pregnancy. *J Addict Dis*. 2010 Apr;29(2):175-91.
23. Bauchner H, Zuckerman B. Cocaine, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *J Pediatr*. 1990;117:904-906.
24. Bingol N, Fuchs M, Diaz V, Stone RK, Gromisch DS. Teratogenicity of cocaine in humans. *J Pediatr*. 1987;110:93-96.
25. Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA. Cocaine use in pregnancy. *New England Journal of Medicine*. 1985;313:666–9.
26. Chasnoff IJ, Bussey ME, Savich R, Stack CM. Perinatal cerebral infarction and maternal cocaine use. *J Pediatr*. 1986;108:456-459.
27. Chasnoff IJ, Chisum GM, Kaplan WE. Maternal cocaine use and genitourinary tract malformations. *Teratology*. 1988;37:201-204.
28. Chavez GF, Mulinare J, Cordero JG. Maternal cocaine use during early pregnancy as a risk factor for congenital urogenital anomalies. *JAMA*. 1989;262: 795-798.
29. Chen C, Duara S, Silva Neto G, et al. Respiratory instability in neonates with in utero exposure to cocaine. *J Pediatr*. 1991;119:111-113.
30. Chiriboga CA, Bateman DA, Brust JC, Hauser WA. Neurologic findings in neonates with intrauterine cocaine exposure. *Pediatr Neurol*. 1993;9:115-119.
31. Chiriboga CA, Vibbert M, Malouf R, et al. Neurological correlates of fetal cocaine exposure: transient hypertonia of infancy and early childhood. *Pediatrics*. 1995; 96:1070-1077.
32. Coles CD, Platzman KA, Smith I, James MA, Falek A. Effects of cocaine and alcohol use in pregnancy on neonatal growth and neurobehavioral status. *Neurotoxicol Teratol*. 1992;14:23-33.
33. Finnell RH, Toloyan S, van Waes M. Preliminary evidence for a cocaine-induced embryopathy in mice. *Toxicol Appl Pharmacol*. 1990;103:228-237.
34. Frank DA, Bauchner H, Parker S, et al. Neonatal body proportionality and body composition after in utero exposure to cocaine and marijuana. *J Pediatr*. 1990; 117:622-626.
35. Hand IL, Noble I, McVeigh JJ, Kim M, Yoon JJ. The effects of intrauterine cocaine exposure on the respiratory status of the very low birth weight infant. *J Perinatol*. 2001;21:372-375.
36. Hoyme HE, Jones KL, Dixon SD, et al. Prenatal cocaine exposure and fetal vascular disruption. *Pediatrics*. 1990;85:743-747.
37. King TA, Perlman JM, Lupton AR, Rollins J, Jackson G, Little B. Neurologic manifestations of in utero cocaine exposure in near term and term infants. *Pediatrics*. 1995;96:259-264.
38. Kramer LD, Locke GE, Ogunyemi A. Neonatal cocaine-related seizures. *J Child Neurol*. 1990;5:60-64.
39. Little BB, Smith LM. Brain growth among fetuses exposed to cocaine in utero: asymmetrical growth retardation. *Obstet Gynecol*. 1991;77:361-364.
40. McLenan DA, Ayayi OA, Rydman RJ, Pildes RS. Evaluation of the relationship between cocaine and intraventricular hemorrhage. *J Natl Med Assoc*. 1994; 86:281-287.

41. Porat R, Brodsky N. Cocaine: a risk factor for necrotizing enterocolitis. *J Perinatol.*1991;11:30-32.
42. Rosenstein BJ, Wheeler JS, Heid PL. Congenital renal abnormalities in infants with in-utero cocaine exposure. *J Urol.* 1990;144:110-112
43. Sallee FR, Katikaneni LP, McArthur PD, Ibrahim HM, Nesbitt L, Sethuraman G. Head growth in cocaine-exposed infants: relationship to neonate hair level. *J Dev Behav Pediatr.* 1995;16:77-81.
44. Silvestri JM, Long JM, Weese Mayer DE, Barkov GA. Effect of prenatal cocaine on respiration, heart rate, and sudden infant death syndrome. *Pediatr Pulmonol.* 1991;11:328-334.
45. Singer LT, Yamashita TS, Hawkins S, Cairns D, Baley J, Kliegman R. Increased incidence of intraventricular hemorrhage and developmental delay in cocaineexposed, very low birth weight infants. *J Pediatr.* 1994;124:765-771.
46. Telsey AM, Merrit TA, Dixon SD. Cocaine exposure in a term neonate: necrotizing enterocolitis as a complication. *Clin Pediatr (Phila).* 1988;27:547-550.
47. Weathers WT, Crane MM, Sauvain KJ, Blackhurst DW. Cocaine use in women from a defined population: prevalence at delivery and effects on growth in infants. *Pediatrics.* 1993;91:350-354
48. Koren G, Graham K, Shear H, Einarson T. Bias against the null hypothesis: the reproductive hazards of cocaine. *Lancet.* 1989;2: 1440-1442.
49. Drogas, Embarazo y Lactancia. Cecilia Dell'Acqua. En "Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas" MSP - 2007