

Maltrato infantil generado por drogas de abuso.

Child abuse generated by drugs of abuse.

Fecha de presentación: Agosto 2019
Fecha de aceptación: Enero 2020

Rodríguez Chavolla Tania Miroslava/ Esaú Velazco Guzmán
Colegio Libre de Estudios Universitarios Campus Ciudad de México 2

64

*“Es más fácil educar niños
fuertes que reparar hombres
rotos”
Frederick Douglas.*

Resumen

El maltrato infantil se define como el abuso y desatención de la que son objetos los menores de 18 años, lo que incluye el maltrato físico y psicológico, el abuso sexual, desatención, negligencia, explotación y exposición a la violencia de pareja. Como consecuencia se puede observar en la edad adulta alteración de la conducta como baja auto estima, problemas cognitivos conductas agresivas, relaciones interpersonales que se dan de forma inadecuada. También hay problemas físicos por el propio consumo de la droga (adicciones) y trastornos secundarios al consumo de las mismas, siendo esto último variable dependiendo del sexo.

Palabras Clave

Maltrato infantil, alteración de la conducta, uso de drogas.

Abstract

Child maltreatment is defined as the abuse and neglect of which those under the age of 18 are objects, which includes physical and psychological abuse, sexual abuse, neglect, neglect, exploitation and exposure to intimate partner violence. As a consequence, behavior alteration such as low self-esteem, cognitive problems, aggressive behaviors, interpersonal relationships that occur in an inappropriate way can be observed in adulthood. There are also physical problems due to the consumption of the drug itself (addictions) and disorders secondary to their use, the latter being variable depending on sex.

Keywords

Child abuse, behavior disturbance, drug use.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ en el año 2016, define al maltrato infantil como: *“Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”*, por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS),² propone que *“A toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, su integridad física, psicológica o libertad, el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia”*.

Una de las principales consecuencias de maltrato se genera a partir de alteraciones de conducta, es decir, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: diversos actos de violencia ya sea como víctimas o victimarios, depresión, alto consumo de tabaco, obesidad mórbida, comportamientos sexuales de alto riesgo, en el caso de la mujeres embarazos no deseados, consumo de alcohol y drogas de abuso,^{1,3} siendo el principal objetivo para el desarrollo de este artículo.

Problemas sociales y conductuales.

Los problemas psicológicos que presentan van desde baja autoestima hasta graves efectos cognitivos como son problemas de aprendizaje y atención, en algunos casos también se pueden manifestar conductas agresivas y problemas para relacionarse interpersonalmente. Por ello, es que las consecuencias del maltrato infantil no solo afectan en la infancia sino repercute hasta alcanzar la edad adulta.⁴

Desde el punto de vista de la psicología forense, se considera el maltratador que se muestra violento solo en la familia, manifestando su problema en las relaciones de proximidad e intimidad que no sabe manejar. Se trata de hombres bien adaptados a la sociedad, sin antecedentes psiquiátricos ni penales. Estos hombres cuando, entran en conflicto con los

hijos utilizan la violencia porque carece de un repertorio alternativo de conductas, ya que tienen la necesidad de ser reconocidos como “la autoridad” de su casa, además, pueden existir problemas intrapsíquicos, complejo de inferioridad, problemas para expresar sus sentimientos, entre otros.⁵

Trastornos del comportamiento y la conducta inducidos por sustancias

Los trastornos del comportamiento inducidos por sustancias se dividen, en dos grupos:

- 1) Trastornos por consumo de sustancias: Dependencia y abuso.
- 2) Trastornos inducidos por sustancias: Intoxicación, abstinencia, delirios, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño.

Dentro de las sustancias con sintomatología de interés forense se encuentran: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, fenclidina (PCP), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos principalmente. En la mayoría de los casos, el consumo no es exclusivo sino que se mezclan con otras sustancias generando una polidependencia.⁵

Un dato publicado por el Instituto Nacional de Drogas de Abuso (NIDA),⁶ en algunos estados de salud, el hombre puede tener más tolerancia de las drogas de abuso que la mujer, ya que la mujer suele presentar cuadros clínicos más severos desde el punto de vista social, psicológico, médico e inclusive tener comportamientos de discapacidad relacionados a la droga de abuso. La diferencia se da a partir de las sustancias psicotrópicas entre ambos sexos,

afectando las hormonas esteroideas, por la influencia neuroactiva que genera esta sustancia.

Una notable distinción entre ambos sexos es por los sustratos neurales potencializado la influencia sobre las hormonas femeninas como el estradiol y la progesterona, teniendo mayor atención al sistema por la dopamina, a su vez genera mayor agresión al incrementar los niveles.⁷

En la revisión de Cataldo y cols.² mencionan que la modulación y el desarrollo hormonal pueden actuar de forma parcialmente similares entre el hombre y la mujer por la adaptación y recompensa generada por los circuitos de estrés, durante los efectos de la droga.

DISCUSIÓN

El uso de sustancias está conectado estrictamente con las leyes y normas, especialmente si se considera el consumo de drogas ilícitas, como cocaína, alucinógenos, heroína y metanfetamina. Este factor es relacionado con el derecho ya que pone de relieve una cuestión fundamental de la investigación en el uso ilícito de drogas de abuso y maltrato, revelando una brecha importante.³

Los datos son principalmente recogidos mediante cuestionarios de auto informe que se proporcionan por servicios de instituciones mentales y agencias ministeriales. Este método de recolección de datos a menudo obtiene una estimación irrealista del problema,

“El 62% de los niños y niñas han sufrido maltrato en México”

ya que muchos de estos casos no son reportados, de acuerdo a lo reportado en la literatura existen datos actuales de Estados Unidos, América del sur, África y Europa, dejando el tema poco explorado en los países de Asia y el Pacífico.³ Aunque algunos informes no muestran algunas tasas de prevalencia, sino estimaciones.²

El uso de drogas ilícitas actúa sobre algunas estructuras específicas del cerebro, donde cada sustancia ejerce efectos distintos, alterando las percepciones en formas que pudieran comprometer las prácticas de crianza materna. Sólo unos pocos estudios han comparado las diferencias en las interacciones madre e hijo entre las diversas opciones de drogas de abuso, estas tienden a mostrar variaciones en la capacidad de respuesta durante las interacciones hormonales y farmacocinéticas.^{3,8}

En el estudio de Minnes y cols.⁹ reportan que del tamaño de su muestra 341 infantes el 35% de los niños son drogados con

en drogas ocultas en el 7.9% de la población de 252 niños con intermedia o alta preocupación por el maltrato físico. La mayoría de las exposiciones fueron a la cocaína, aunque también, detectaron exposiciones farmacéuticas sin receta, a lo cual concluyeron, que el 7.9% de los niños sospechosos de haber sufrido abuso físico también tenían una exposición de la droga oculta. Teniendo en cuenta las consecuencias perjudiciales para la salud asociadas con la exposición de la droga en peligro de extinción, detección de exposición droga oculta debe considerarse en la evaluación de niños con intermedia o alta, preocupación por el maltrato físico.

De acuerdo al estudio de Bertol y cols.¹¹ realizaron un análisis durante 8 años, iniciándolo en el año 2010 al 2018, refiriendo una muestra de 256 pacientes del



un derivado del opio y paracetamol para generar actos de maltrato, y en algunos casos por la sobre dosificación incurrir en la muerte del menor. De acuerdo a lo reportado en la literatura, en muchos estudios que evalúan la interacción materno – infantil, entre la cocaína o drogas de abuso, se reporta que las madres tienden a usar a sus bebés, ya que por sus limitaciones no se pueden defender y comprometen la salud interna del niño.

En la investigación de Petska y cols.¹⁰ realizan un estudio transversal que comprende del año 2013 al 2017, con niños de 2 semanas a 59 meses de nacidos, diagnosticados con alta, intermedia o baja preocupación por maltrato físico y prueba de exposición de la droga oculta. De acuerdo a sus resultados obtenidos reportan haber encontrado que de las exposiciones de drogas ocultas fueron encontradas en el 5.1% de 453 niños probados: 6.0% de 232 niños con alta preocupación por el maltrato físico, 5.0% de 179 niños con preocupación intermedia y 0% de 42 niños con baja preocupación. Durante la segunda mitad del estudio, también realizaron la tasa de detección de riesgos

género femenino, las cuales recibieron consulta en el Centro de Agresión Sexual, de las pacientes incluidas en el estudio observaron que el 37.1% fue positivo por lo menos para una sustancia, siendo el alcohol, la sustancia más detectada en 57 casos, seguida del Cannabis en 19 casos, cocaína (15 casos) y metadona/opiáceos (heroína: 5, morfina 1 y metadona 6 casos), las benzodiazepinas y anfetaminas fueron encontradas en 13 y en 2 casos, respectivamente. Sólo si se trata de la gamma-hidroxibutirato (GHB) fue observada mientras que no se detectaron nuevas sustancias psicoactivas. Entre los pacientes ante la sospecha de abuso sexual, se encontraron hallazgos de drogas sedantes, no explicadas por la ingesta voluntaria.

En el estudio de Ramakrishnan y cols.¹² refiere que los niños que presentan mayor grado de maltrato, son los de 7 años de edad.

En la casuística de Stauffer y cols.¹³ estudiaron 616

muestras de pelo y orina de niños y adolescentes, oscilando entre los 0 - 17.5 años de edad, fueron escogidos por su historia de lesión, medicación anterior y tráfico ilícito de drogas por parte del cuidador, además de lista de medicamentos y resultado de cualquier maltrato infantil. Se evaluó con pruebas toxicológicas las muestras de cabello arrojando un resultado positivo para al menos un compuesto en 106 casos (17.2%), de estos, hubo 48 casos en el que obtuvieron múltiples compuestos. De acuerdo, a los compuestos más frecuentemente identificados en la población de estudio fueron la cocaína, benzoilecgonina, tetrahidrocannabinol nativo y metanfetamina.

Hubo 68 casos en los que un fármaco principal fue identificado en el pelo sin que ninguno de sus posibles metabolitos, lo que sugiere exposición ambiental. Entre los 82 casos en que el pelo, de acuerdo a las pruebas de Toxicología era positivo para drogas inexplicables, se observó un cambio en el resultado clínico en 71 casos lo cual corresponde al 86.5%. En su conclusión mencionan que las pruebas de Toxicología de pelo demostraron ser clínicamente útiles en la evaluación de un niño cuando se sospecha de abuso; por el contrario, la prueba de drogas de orina mostro un bajo rendimiento clínico.

Conclusiones

De acuerdo a los estudios revisados podemos observar que en su mayor parte las drogas de abuso más utilizadas para violentar a los menores son

los depresores del sistema nervioso central, siendo esto en una población de menores con una tasa intermedia a alta de maltrato físico.

En el sexo femenino se observó que las drogas más utilizadas fueron alcohol seguida de cannabis y cocaína, benzodiazepinas y anfetaminas así como gamma-hidroxibutirato fueron de los menos encontrados. De esto se desprende que lo más utilizado fueron sustancias con efecto depresor de sistema nerviosos central.

Dado la información anterior de muestra que se administran drogas a menores de edad para violentarlos ya sea de forma física o sexual, además de esto la salud de los menores se ve aún más agredida no solo por los efectos farmacológicos sino por el mayor riesgo de adicciones que esto acarrea.

De acuerdo a lo anterior podemos considerar nuevas políticas de detección de drogas en menores

en las escuelas y de poder detectar menores bajo maltrato infantil y poder llevar a cabo acciones para su atención y prevención ya que esta forma de maltrato es la entrada a otras formas de maltrato y la utilización de estas drogas puede permanecer oculto hasta que haya adicción o daño importante a la salud del menor.

Referencias Bibliográficas.

- 1) Maltrato Infantil. Available online at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- 2) Report of the consultation child abuse prevention. 29-31 March 1999. WHO. Geneva. Ginebra. Organization Mundial de la Salud, 1999 (Document WHO/PVI, 999.1)
- 3) Cataldo, I. Azhari, A. Coppola A. Bornstein, M. Esposito, G. (2019) The Influences of drug abuse on Mother – Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness: A Review. *Front Public Health*. 12;7:45.
- 4) Chester, D. Jose, R. Aldlyami, E. et. al. Non – accidental burns in children – are we neglecting neglect? *Burns*. 2006;32(2):222 – 228.
- 5) Mezquita, B. Manual de Psicología Forense. Capítulo 3. Temas específicos en psicología forense. España: Síntesis. 2007. pp.96 – 116.
- 6) United Nation Office on Drugs and Crime World Drug Report. (2016). Available online at: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
- 7) Sinha R. (2001) How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*. 158:343–59.
- 8) Carnovale, C. Mahzar, F. Scibelli, S. Gentili, M Arzenton, E. Moretti, U. et al. (2019) Central nervous system – active drug abused and overdose in children: a worldwide exploratory study using the WHO pharmacovigilance database. *Eur J Pediatric*. 178(2): 161 – 172.
- 9) Minnes, S. Singer, L. Arendt, R. Satayathum, S. (2005) Effects of prenatal cocaine/polydrug use on maternal – infant feeding interactions during the first year of life. *J Dey Behav Pediatr*. 26(3):194 – 200.
- 10) Petska, H. Porada, K. Nugent, M. Simpson, P. Sheets, L. (2019) Occult drug exposure in young children evaluated for physical abuse: An opportunity for intervention. *Child Abuse Negl*. 88:412 – 419.
- 11) Bertol, E. Milia, M. Fioravanti, A. Mari, F. et al. (2018) Proactive drugs in DFSA cases: Toxicological findings in an eight – years study. *Forensic Sci Int*. 291:207 – 215.
- 12) Ruth, G. Smith, S. Bronson, M. et. al. (2003) Outcomes relatd to burn – related child abuse: a case series. *J Burn Care Rehabil*. 24(5):318 – 321.
- 13) Stauffer, S. Wood, S. Krasowski, M. (2015) Diagnostic yield of hair and urine toxicology testing in potential child abuse cases. *J Forensic Leg Med*. 33:61 – 67.

