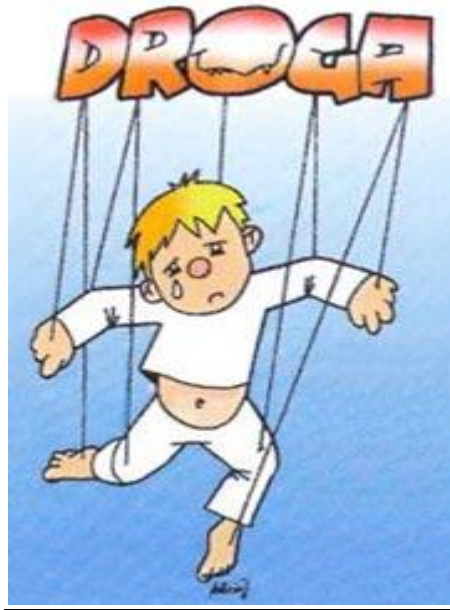


**IMPACTO EN NIÑOS**  
**HIJOS DE PADRES ADICTOS :**  
**ROL DE LA AUDITORIA MEDICA**



**INTEGRANTES:** Dra Cano, Guadalupe del Valle  
Dra Penayo, Adriana Alejandra  
Dr Terrasa, Miguel Eduardo

**TUTOR:** Dr Agustín Orlando

**Curso Anual de  
Auditoría Médica  
del Hospital  
Alemán  
Noviembre, 2012**



## **INDICE:**

<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>Desarrollo.....</b>	<b>8</b>
<b>Legislación en la Argentina.....</b>	<b>20</b>
<b>Prestaciones en la Argentina.....</b>	<b>21</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>28</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>30</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>32</b>

## **INTRODUCCIÓN :**

<http://www.ianacion.com/1490125>

Último momento: Violencia familiar

Viernes 13 de julio de 2012 | 08:55

Una madre intoxicó a su bebe con cocaína al darle el pecho

Ambos quedaron internados; la Justicia determinó que continúe con la tenencia, pero la obligará a realizar un tratamiento

Ver comentarios

Un bebe de tres meses quedó internado luego de que los médicos de una clínica en la Recoleta detectaran que fue intoxicado con cocaína tras ser amamantado por su madre, adicta a esa droga.

El hecho, según reveló el diario Crónica en su edición de hoy, ocurrió el sábado último, cuando una mujer de 30 años llevó de urgencia a su hijo de tres meses al Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, del barrio porteño de la Recoleta. La criatura presentaba espasmos en distintas partes del cuerpo.

De inmediato, el cuerpo médico del lugar le realizó una serie de estudios, de los cuales surgió el cuadro: intoxicación por cocaína. Horas más tarde, cuando los médicos lograron estabilizarlo, fue derivado junto con su madre al Hospital Rivadavia, donde ambos quedaron internados.

En principio, la Justicia determinó que la mujer continúe con la tenencia del pequeño, aunque deberá someterse a un tratamiento para recuperarse de su adicción.

Gustavo Saguer, médico especialista en lactancia, explicó a Crónica que "La teta funciona como un filtro y permite la disminución de la toxicidad de casi todas las sustancias". Se estima, por lo tanto, que la mujer habría consumido una elevada cantidad de cocaína poco tiempo antes de amamantar a su hijo..

**A raíz de un caso clínico en una guardia de Pediatría, con internación en Terapia Intensiva Pediátrica de un lactante de 4 meses de edad con Motivo de Consulta: Apneas Respiratorias, impresiona una internación de rutina en U.C.I.P pero la historia da un giro inesperado y se origina este trabajo con muchos**

**interrogantes e inquietudes tanto para los médicos Pediatras, Intensivistas Pediátricos y Auditores Médicos.**

**El Lactante tenía en su haber 3 internaciones previas por el mismo motivo, en diferentes lugares, una en Encarnación, Paraguay, se realizaron estudios en estas 3 instituciones con diagnóstico de A.L.T.E. (“Apparent Life Threatening Event”: Evento Aparente de Amenaza para la Vida), en la 1ª internación con resultados normales y en las dos siguientes no se completaron porque los padres deciden retirarse por su propia voluntad.**

**Consultan a la guardia en Julio 2012 porque el niño presentaba Apneas, a esto se suman los síntomas de irritabilidad y somnolencia alternadas, los padres presentaban excitación psicomotriz, relato incoherente, falta de concentración en el interrogatorio, sueño profundo y luego despertares en estado de confusión; se decide solicitar análisis de sangre de rutina y orina del niño con el fin de descartar intoxicación con psicofármacos, resultado: “COCAÍNA POSITIVO”. Se realizan los procedimientos de rutina en estos casos: exposición policial a la comisaría de la zona, concurriendo al Servicio: policías, asistente social del estado y de la Obra Social.**

**Es importante destacar que la madre tenía Obra Social, pero no lo habían inscripto al niño, quien ya había cumplido los 4 meses de edad, luego de la exposición policial el menor quedó sin cobertura social.**

**El Juez de la Causa dispone que el niño sea trasladado a un hospital público: “Hospital B. Rivadavia” de la ciudad de Buenos Aires. Con custodia policial y seguimiento del Servicio de Toxicología, Servicio Social y el estado.**

**A partir de este evento se origina una génesis de interrogantes político-sociales-médicos, sobre la jurisprudencia nacional, la cobertura social sobre las adicciones, las tonalidades grises con respecto a la situación social y sanitaria de estos niños, están realmente amparados por el estado, la obra social o la prepaga...??**

**Nuestro objetivo es entender y profundizar los conocimientos de este delicado tema, dejando al descubierto los aspectos positivos y negativos de la normativa vigente, así como los aciertos y fallas de las instituciones y organismos que participan y comparten la responsabilidad sobre estos casos.**



## **DESARROLLO:**

**Antes de llegar al tema que nos compete es importante citar las estadísticas nacionales y algunas extranjeras, haremos algunas comparaciones con países que tienen trabajos de investigación con resultados concretos.**

**Según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) en Argentina consumen Cocaína 440.000 personas en forma habitual. Estos datos que deberían ser alarmantes sumados a la declaración de los consumidores que refieren “es muy fácil conseguir drogas ilegales en nuestro país”.**

**SEDRONAR realizó un trabajo de campo en 2006 sobre 56.000 casos, el grupo estudiado estaba compuesto por individuos de entre 12 y 65 años, en ciudades de más 80.000 habitantes.**

**Dicho estudio sostiene que la droga ilegal más usada en la marihuana, el 6,9 % de los encuestados reconocieron haber consumido en el último año, el 0,5% refieren el uso de pasta base de cocaína (el popular “paco”) y del éxtasis.**

**En concreto habrían 2.754.000 de personas que consumieron marihuana: 15,8% y 1.376.000 personas ; es decir 7,9% que inhalan cocaína.**

**Un dato de suma importancia que fue evidenciado es en el grupo de niños de edad escolar, los cuales reconocen que consumen marihuana en el 6,9% y que aspiran cocaína 2,4% en nuestro país.**

**Las cifras mas altas de uso de drogas ilegales en el año pertenecen a la Capital Federal y Conurbano bonaerense: con el**

**7,5% de consumidores de marihuana y el 3% de cocaína. Pero con respecto al consumo “a lo largo de la vida”, la Patagonia supera ampliamente al resto del territorio argentino: un 17% de**

**los encuestados han fumado cigarrillos de marihuana; 8,8% han inhalado cocaína y el 1,4% admiten que han consumido paco.**

**El consumo de drogas ilegales en un país es un gran problema, pero éste se incrementa a niveles críticos cuando los niños y adolescentes están expuestos a la infinidad de oportunidades de acceso a las drogas, ya sea en los hogares o en las calles, cuando hay mujeres jóvenes, muchas de ellas adolescentes, que son utilizan drogas y alcohol durante el embarazo, este problema existe y no hay registros suficientes de datos o estadísticas de las verdaderas consecuencias en la sociedad.**

**Nuestro país no cuenta con estudios serios frente a esta problemática, pero en otros países latinoamericanos como Perú, establece en el Artículo 4 de la Constitución Política de 1993 que: “La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño y al adolescente”, también cuenta con un Código de los Niños y Adolescentes, donde plantean diferentes aspectos para la lograr una mejora de su situación e incluye un marco legal extenso.**

**El Ingeniero Alan Becerra Saldaña, de Desarrollo Social de Perú, ha hecho una investigación estadística sobre los indicadores de alto riesgo frente a la adicción en la niñez y la adolescencia. Dicho país vive situaciones similares frente a esta problemática en Argentina y por ello es preciso citarlas.**

**La Pobreza es la “Piedra Fundamental”, restringe severamente la igualdad de oportunidades presentes y futuras, alimenta un círculo vicioso que suma en la pobreza a los individuos de**

**generación en generación. Lo demuestran los índices de mortalidad, desnutrición, trabajo infantil, adicciones a drogas, el abuso infantil, y demás. El enfoque de los problemas de la niñez y la adolescencia debe abarcar todo un ciclo de vida:**

**desde embarazo de la madre, el nacimiento y y el desarrollo físico y psicológico hasta los 17 años de edad.**

**Este estudio reveló:**

- **Poco acceso a servicios básicos de educación y salud.**
- **Escasos espacios de participación y de articulación en su entorno.**
- **Inicio temprano de la sexualidad con escasa protección que derivan en embarazo precoz.**
- **Vulnerabilidad a conductas adictivas.**
- **Incremento de la participación de adolescentes en acciones violentas ( barras bravas y pandillas)**

**Causas:**

**Pobreza: 1/3 de los adolescentes vive en la pobreza extrema.**

**Violencia familiar y extrafamiliar.**

**Inadecuada comunicación en los hogares.**

**La falta de espacios que acojan adecuadamente a los adolescentes: escuela y medios de comunicación, estado por medio de Servicio Social.**

**La edad de inicio temprana (12 años) del consumo de drogas legales: tabaco y alcohol es la puerta de inicio para el consumo de las drogas ilegales.**

**Este estudio peruano informa que el consumo de drogas ilegales, principalmente marihuana, aumenta drásticamente a los 15 años.**

**Los factores de riesgo para el consumo de drogas de este grupo son:**



- **Personales:** escasas habilidades sociales, ausencia de planes de vida, baja tolerancia a la frustración, inseguridad y falta de oportunidades.
- **Familiares:** la mayoría provienen de familias disfuncionales, falta de comunicación entre los miembros familiares y violencia familiar.
- **Sociales:** presión social, cultura de consumo en el núcleo familiar, inadecuado manejo del tiempo libre ( hay alto ausentismo o abandono escolar) y falta de espacios de esparcimiento.

**Existen en Perú Comunidades Terapéuticas CT'S:** estos centros están organizados para que la atención de hombres, mujeres y niños se realicen en distintos locales. También distribuyen los locales para adolescentes de 12 a 17 años y otro para sólo para niños menores de 12 años.

**Con respecto al consumo de cocaína en embarazadas o madres en período de lactancia debemos decir que hay pocos estudios pero es de vital importancia que la embarazadas y madres lactantes no deben utilizar cocaína porque los Recién Nacidos son muy sensibles a sus efectos por falta de desarrollo de la Enzima que la inactiva.**

**La cocaína se concentra en el cerebro 20 veces más que en las concentraciones sanguíneas, se metaboliza rápidamente por las enzimas de la sangre en un adulto, al cabo de 1 hora se degrada**

**a la mitad de la dosis ingerida, una escasa cantidad se elimina por orina sin cambiar de forma, pero quedan algunos metabolitos circulando en sangre con efectos igualmente activos. Obviamente que esto varía según el organismo y las enzimas de cada individuo.**

**La Dosis Tóxica es difícil de definir pero se estima que es entre 0,2 - 2 g. La cocaína atraviesa la barrera Feto-placentaria y origina efectos en el embarazo: abortos espontáneos,**

**desprendimientos de placenta, el 1-2% de los recién nacidos nacerá prematuro, con Retardo del Crecimiento Intrauterino o con Malformaciones del cráneo, cerebrales o cardiovasculares.**

**Significativamente algunos niños, del 10-15% padecerán variados niveles de trastornos neurológicos.**

**Se estima un 5-10% de mujeres embarazadas consumidoras de cocaína en E.E.U.U, y algunas de estas madres desean amamantar a sus bebés.**

**El modo de consumo más común de esta droga es la aspiración intranasal pero también tiene buena absorción oralmente por encías, en otras oportunidades puede ser inhalada o inyectada en forma endovenosa. ( ésta última hace efecto mas rápidamente).**

**Hay pocos registros sobre las modificaciones de la cocaína en la leche materna, si se conoce la alteración química del pH; el cual se eleva a 8,6 aproximadamente, se sospecha que los niveles circulantes sistémicos de la droga deben ser muy altos para lograr una concentración en pecho materno.**

**Los efectos en el lactante son taquicardia, hipertensión, excitación psicomotriz, irritabilidad, alteraciones en mecánica respiratoria (Pausas o Apneas), temblores y hasta convulsiones,**

**también síntomas gastrointestinales como diarrea y vómitos.**

**La cocaína , "Benzoilecgonina Metil Éster Levógira", cuya fórmula química es :  $C_{17}H_{21}NO_4$ , es un alcaloide que se obtiene de las hojas secas de la planta de coca: "Erythroxylum coca", para su consumo se producen 2 formas químicas: las sales y los cristales de cocaína (ésta como base libre) y la forma de clorhidrato es el polvo.**

**La cocaína se metaboliza por hidrólisis enzimática en "Benzoilecgonina" que sirve de marcador para la ingestión de**

**cocaína (Vida Media Plasmática 6-8 hs), también otros metabolitos como “metil éster ecgonina” (Vida Media Plasmática 3-8 hs) y “norcocaína” . Cuando se ingiere cocaína + alcohol se halla el metabolito “etilbenzoilecgonina”, también marcador para exámenes de laboratorio.**

**Los niveles de cocaína y sus metabolitos son detectables en la leche materna, los datos recogidos son de selección aleatoria, considerando que se escogieron madres con antecedentes de abuso de la droga para realizar los análisis, por supuesto que no se puede realizar un estudio controlado sobre la administración de la droga. Se indicó suspender la lactancia en aquellos niños que presentaron el examen positivo en orina.**

**La selección de las muestras de leche materna se realizaron en mujeres puérperas que admitieron haber consumido cocaína Pre-parto, se han detectado en la leche materna cocaína y benzoilecgonina, no se halló metil éster ecgonina y sólo trazas de norcocaína, a menos que las concentraciones de cocaína fueran muy altas. Se halló etilbenzoilecgonina en las madres que reconocieron el consumo de alcohol + cocaína.**

**En una de las mujeres se hallaron estos valores:**

- **Cocaína: 12,1 ug/l**
- **Benzoilecgonina: 4,1ug/l**
- **Norcocaína: 119 ug/l**

**Se estudiaron también niveles en orina de aquellos niños amamantados, se escogió una madre que admitió haber consumido 500 mg de cocaína intranasal en un período de tiempo de 4 hs y el niño había tomado pecho materno en 5 oportunidades, la orina del lactante contenía una concentración de cocaína de 100 ug/l a las 4 hs y 12 hs después se redujo y niveles muy bajos a las 24 hs pero detectables hasta 60 hs posteriores de la última dosis de la madre.**

**Las concentraciones de Benzoilecgonina urinaria del bebé fueron:**

- **200ug/l 4 hs posteriores a la ingesta materna.**
- **900 ug/l 12 hs después**
- **200 ug/l es la concentración que se mantuvo hasta hacerse indetectable a las 60 hs.**

**La sintomatología de uno de los lactantes fueron:**

- **3 hs posteriores del consumo materno : irritabilidad,pupilas dilatadas, vómitos y diarrea.**
- **Mas de 4 hs: temblores, irritabilidad, taquicardia, hipertensión arterial, llanto muy agudo, reflejos hiperactivos y labilidad emocional.**
- **12 hs después irritabilidad con temblores que ceden parcialmente.**
- **72 hs hipertensión leve.**

**Es importante señalar que la familia puede ser considerada como el principal agente que guía el proceso de socialización, a través del cual las personas interiorizan las normas que le permiten establecer determinadas formas de interacción social: en el hogar se adquieren los valores, creencias, actitudes y hábitos que influirán en el pensamiento y comportamiento de las personas a lo largo de su vida.**

**Además el entorno familiares quien genera y consolida una identidad, otorgando una determinada imagen y concepto sobre quién se es y qué lugar se ocupa con respecto al mundo en el que se habita. En este sentido, la familia crea en el menor las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima.**

**Un entorno familiar equilibrado emocionalmente es fundamental para aprender y desarrollar las habilidades de vida necesarias que le permitirán a las personas responder de manera adecuada a las situaciones de riesgo en su vida , así como formarse expectativas positivas sobre ellos mismos y adquirir las herramientas necesarias para alcanzarlas. Pero este equilibrio, en condiciones desfavorables puede ser muy frágil y es común que llegue a romperse; esto es lo que ocurre cuando una de las figuras parentales del menor presenta una adicción o una relación problemática con las drogas, tanto legales (alcohol y tabaco) como ilegales (mariguana, cocaína, metanfetaminas, entre otras).**

**Los factores de riesgo que suelen asociarse al inicio del consumo de sustancias, y que en condiciones más normalizadas y de equilibrio podrían afrontarse sin mayores dificultades, en las familias donde existe un padre o una madre con problemas de consumo de drogas suelen ocurrir mayores complicaciones para que los menores puedan afrontar situaciones problemáticas; más aun si a estos factores se suma actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la excesiva tolerancia y ambigüedad respecto en las normas familiares con relación al**

**consumo, dificultades de orden escolar como el bajo aprovechamiento o la deserción escolar, el rechazo o**

**estigmatización de su grupo de iguales, el establecimiento de estilos de interacción problemáticos o la inclusión con sujetos consumidores y/o que atribuyen un valor importante a las prácticas de consumo.**

**Existe una amplia evidencia que indica que el desarrollo de un adecuado funcionamiento familiar, además de su valor como forma de reducir el riesgo, también juega un papel especialmente relevante a la hora de proteger a los jóvenes contra la influencia de otros factores. La imagen que las familias crean de sus integrantes, es la imagen con la cuál éstos se proyectarán ante los demás. Por ello, una de las funciones más importantes que tienen las familias en las sociedades contemporáneas es transmitir y modelar tanto actitudes como repertorios conductuales que les permitan a sus miembros asumir posiciones responsables y saludables ante situaciones de riesgo a lo largo de su vida, como lo es el uso de sustancias tóxicas; lo anterior, es posible de lograrse si la familia brinda un apoyo emocional consistente, fomenta los vínculos positivos de sus miembros con otras instituciones, como la escuela, y promueve en ellos un sentido de servicio y atención a su comunidad.**

**En términos generales, algunas de las repercusiones a nivel psicológico y físico en los hijos que pueden estar asociadas con la socialización en un entorno familiar caracterizado por la adicción de los padres son:**

- La baja capacidad para socializar con su grupo de iguales, lo cual puede verse reflejada en la interacción que, por lo común, tienen con redes reducidas de amistades.**
- El rechazo a dedicar tiempo en otras actividades lo que puede influir en una disminución de la actividad física y como consecuencia una posible obesidad.**

- **La imitación de modelos de comportamientos externos, una baja seguridad hacia referentes personales y un déficit en los niveles de autoestima.**
- **Estados constantes de ansiedad que pueden convertirse en un importante factor de riesgo para el inicio del consumo de drogas o para el desarrollo de otro tipo de problemas de salud mental (trastornos alimenticios, ludopatía, etc.)**
- **La carente estimulación temprana y un estilo de crianza deficiente por problemas con consumo de drogas puede ser un importante factor para presentar Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad entre niños en edad escolar.**
- **Cuadros de depresión juvenil e infantil, caracterizados por cambios frecuentes en el estado de ánimo, sentimientos de minusvalía, comportamiento agresivo, alteraciones del sueño, ideas y pensamientos de muerte, entre otras .**
- **El constante sometimiento a situaciones familiares conflictivas y de alto estrés puede provocar contracturas musculares, cefaleas y dolores de cabeza.**

**El consumo de drogas contribuye a la generación de patrones de comportamiento que llevan a la repetición de conductas intergeneracionales; lógica donde se sitúa precisamente el complejo fenómeno de la violencia familiar, el cual se encuentra sumamente asociado con el abuso o dependencia al alcohol u a otras drogas.**

**La forma cíclica y recurrente de la violencia familiar puede ser explicada en parte por la adopción de modelos en el aprendizaje social de las personas.**

**De acuerdo a la investigación realizada por R. Santana-Tavira; R. Sánchez-Ahedo; y, E. Herrera-Basto (1998), en varios los estudios que se han realizado para determinar el perfil del**

**agresor y de la víctima, se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre.**

**Dentro de las características que definen al agresor, se encuentran el alcoholismo y la adicción a drogas, además de una autoestima baja, individuos con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez.**

**La UNICEF (2003) considera que la pobreza y la tensión emocional, acompañadas por el consumo de alcohol y drogas, son factores asociados al abuso y la negligencia en el cuidado de los niños.**

**En Estados Unidos, se calcula que no menos de ocho millones de niños viven con padres drogadictos y uno de cada 20 está expuesto a las drogas antes de nacer.**

**La ansiedad que produce un entorno familiar violento, donde las riñas, el abuso de sustancias, la desatención es algo frecuente, lleva a los menores a experimentar sus emociones y recuerdos desde un lugar distinto, desde un marco donde lo que impera es la hostilidad. Así, es muy probable que las relaciones afectivas posteriores pudieran vivenciarse de manera distante y crecer en un entorno que ofrece menores habilidades para establecer relaciones interpersonales duraderas.**

**Junto con el consumo de sustancias de la familia, las actitudes de los padres ante las drogas parece ser otra de las variables familiares específicas que pueden incrementar la vulnerabilidad hacia el consumo de drogas de los adolescentes. Pero se ha observado que el consumo por parte de los padres no sólo afecta el consumo de las mismas sustancias por parte de los hijos, sino que también incrementaba la probabilidad de consumir otras drogas.**

**En el caso del consumo de bebidas alcohólicas, la influencia familiar es más decisiva, dado el carácter institucionalizado de esta sustancia. Así pues, se observa que conforme aumenta la cantidad de alcohol consumida por el adolescente, se incrementa la consumida por sus familiares.**

**En una investigación realizada en Perú (Silva, M. I. y S. Pilloni 2004), permitió afirmar que los hijos de alcohólicos tienen**



**cuatro veces mayor probabilidad que otros niños en convertirse en alcohólicos.**

**Encontraron que un adolescente que cuenta con un miembro de la familia que consume alcohol tiene 1,81 veces más riesgo de aumentar el uso de alcohol que aquel que no lo tiene.**

**De acuerdo al programa Alfil, los hijos con padres alcohólicos a pesar de ser considerados personas de alta vulnerabilidad, están lejos de ser un grupo homogéneo.**

**“Las consecuencias negativas del alcoholismo paterno sobre el desarrollo de los hijos varían dependiendo de múltiples factores, estos son:**

- 1. Uno o ambos padres alcohólicos.**
- 2. Edad del niño cuando el consumo empieza a ser problemático.**
- 3. Estabilidad económica de la familia.**
- 4. Duración y severidad del alcoholismo.**
- 5. Disponibilidad y uso de sistemas de apoyo externos a la familia.**
- 6. Número de generaciones de alcoholismo en la familia.**
- 7. Éxito del tratamiento del progenitor alcohólico.**
- 8. Coexistencia de otros trastornos psiquiátricos importantes en la familia.**
- 9. Presencia de abusos psíquicos, físicos, sexuales.**
- 10. Recursos, estrategias de afrontamiento y capacidad de apoyo emocional del progenitor no-alcohólico.**
- 11. Recursos de afrontamiento del niño.**

**Por su parte, en una investigación realizada en México para evaluar el riesgo para el uso excesivo de etanol en personas con historia familiar positiva de consumo de alcohol (HF+). Se encontró que los hombres con HF+ tienen dos veces más probabilidad de desarrollar el síndrome de dependencia que aquellos con HF-. La razón de momios en el grupo de mujeres fue de 1.27. El estudio permitió concluir que existen patrones diferenciales por sexo en la transmisión de problemas de consumo.**

**El consumo de los padres representa un factor de riesgo importante para el desarrollo del síndrome de dependencia de los hijos.**

**Por ello, los investigadores recomiendan abordar el problema del alcoholismo, al igual que otras conductas adictivas, *por medio de estrategias de investigación e intervención que cubran el espectro de las diferencias de género.***

***Es necesario considerar los roles parentales particulares de las culturas y la forma en la que éstos contribuyen a la inducción o control de la conducta alcohólica.***

**Las familias que pasan por una experiencia de adicción en alguno o algunos de las personas que la conforman, por lo general, va gestándose de manera paulatina un ambiente de hermetismo y complicidad por parte de otros adultos. La adicción no solo daña a quien la padece sino también a quienes lo rodean, particularmente cuando se trata de niños, niñas u adolescentes. El daño que provoca en ellos no solamente se ve reflejado en situaciones inmediatas como los maltratos físicos y psicológicos, sino también se proyecta de manera no muy optimista en situaciones futuras.**

**En este sentido, es importante abordar en una modalidad de atención curativa a aquellas personas que sufren una adicción, como a sus familiares quienes también han experimentando el sufrimiento y el proceso de esta enfermedad.**

**Por todo lo anterior la atención a la familia como institución central de nuestra sociedad es un elemento prioritario para lograr prevenir, tratar y rehabilitar con éxito el problema del consumo de drogas en nuestro país**

## **Repercusiones de las Drogas en el embarazo:**

- A) Control de la gestación es nula o deficiente por lo tanto hay altas complicaciones obstétricas.**
- B) Abortos y muertes fetales presentes en las consumidoras de tabaco, alcohol, heroína y cocaína es debida al abrupto placentario.**
- C) Patología placentaria: desprendimiento de placenta.**
- D) Sufrimiento fetal.**
- E) Partos patológicos: mayor incidencia de cesáreas, partos domiciliarios, ruptura de membranas, liquido amniótico meconial. Parto prematuro debido a la falta de control.**

## **Repercusiones de la droga materna en Recien Nacidos, Lactantes y años posteriores**

- A) Repercusiones somatometricas: bajo peso, retraso en el crecimiento, disminucion del perímetro craneal.**
- B) Malformaciones congénitas: Sd. Alchólico fetal.**
- C) Patología cerebral y cardiovascular.**
- D) Síndrome de Abstinencia.**
- E) Alteraciones Neuroconductuales.**
- F) Alteraciones inmunitarias.**
- G) Infecciones**
- H) Sd. De muerte súbita del lactante.**
- I) Problemas médicos y sociales: abuso y negligencia hacia los menores.**

**De todo lo expuesto debe resaltarse las consecuencias graves y frecuentes de la drogadicción materna durante el embarazo y parto y sobre el recién nacido y sobre la evolución del menor en edades posteriores, incluso aunque no hayan estado expuestos a drogas durante la gestación.**

**De ahí la necesidad de que los pediatras tengan siempre presente la exposición a drogas ante cualquiera de las situaciones antes nombradas.**

## **Legislación en Argentina**

**Respecto al Programa de Salud en la Argentina, contamos con el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) que establece las prestaciones obligatorias que deben ofrecer los Agentes de Seguros de Salud a sus beneficiarios, establece en el Anexo I, artículo 4 la cobertura básica que brindarán en carácter obligatorio :**

### **4 Salud mental:**

**4.1. Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular.**

**4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil .**

**Los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria.**

**4.3. Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.**

**4.4. Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día. Hasta 30 días por año calendario.**

## **Prestaciones en Argentina**

**La legislación en Salud de la Nación a través de la Resolución 24750/2011 de la Administración de Programas Especiales, (A.P.E. disuelto en 2012) mejoró el programa de Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales; en el “PUNTO 16 del Anexo VI de la Resolución 500/2004 y 9800/2005” se establece: “cobertura al tratamiento para Drogadependientes, tanto en ambulatorio como en internación según el Programa del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Secretaría de Programas para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, regulando los requisitos y condiciones que deben cumplir los Agentes de Seguro de Salud para solicitarlo. Asimismo fija los montos reconocidos para cada prestación.”**

**La Gerencia General de A.P.E. resuelve en el Artículo 1 los siguientes 6 Módulos :**

- **1- Consulta y Orientación: que incluye la consulta, evaluación diagnóstica y probable requerimiento de derivación. Integrado por 4 a 6 consultas como máximo, las cuales son: Psiquiátrica, Psicológica , Psicosocial y Clínica. También establece el valor de recuperación.**
- **2- Hospital de Medio Día: 4 horas, comprende actividades de tipo ambulatorio y un máximo de 180 días. También el valor de referencia del módulo. En estos pacientes está contemplada la red de contención familiar o tienen actividades laborales o escolares**
- **3- Hospital de Día: 8 horas, también es ambulatorio, máximo de 180 días, incluye al grupo con escasa contención familiar y sin actividades laborales o escolares.**

- **4- Internación Psiquiátrica para Desintoxicación: se admiten a los individuos que sufren intoxicación severa, descompensación clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas. Máximo de 30 días.**
- **5- Internación en Comunidad Terapéutica Residencial: criterios de inclusión: intoxicación crónica severa, falta de contención familiar, sin actividades laborales ni educativas. Máximo 12 meses con evaluaciones cada 60 días por la Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud. Las evaluaciones forman parte de los expedientes de solicitud de cobertura por el agente antes mencionado ante la Administración.**
- **6- Modalidad Tratamiento Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas: paciente que hayan finalizado cualquiera de los anteriores módulos. Máximo 180 días.**
- **7- Hospital de Noche: dirigido a los pacientes que hayan cumplimentado cualquier módulo y como Final de Tratamiento debe presentar certificado de trabajo estable, cumpliendo horario mínimo de 4 a 8 horas laborales, luego de su jornada laboral regresa a la Comunidad terapéutica, participa de un grupo de cierre y duerme allí. Máximo 180 días de cobertura.**

**Para realizar cualquiera de los 7 Módulos se deberá presentar la Prescripción Médica ( emitida por un profesional que no pertenezca a la institución que brinda la prestación), detallando el módulo solicitado, el Diagnóstico Presuntivo según DSM IV, además debe contar con la Autorización de Auditoría médica de la Obra Social del beneficiario.**

**El A.P.E financiaba el tiempo máximo de cobertura en concepto de tratamiento de drogadependencia hasta 24 meses**

**La Secretaría de Programación para la Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) es el organismo a cargo de los temas de Adicciones, tiene 2 funciones esenciales:**

- **Prevención de la enfermedad, con enfoque médico, preventivo y asistencial.**
- **Acción contra el Narcotráfico: de enfoque policial.**

**Nos interesa la función asistencial, la cual no es directa, sino financiando tratamientos en instituciones asistenciales contratados, bajo supervisión de SEDRONAR. Cuenta además con un sistema organizado de llamadas telefónicas orientadas a la terapéutica.**

**Realiza una vigilancia de la enfermedad a través del Observatorio de Drogas, donde la investigación epidemiológica ofrece información del estado actual de la enfermedad y su evolución.**

**Los tratamientos están financiados por la SEDRONAR o los Agentes de Seguridad de Salud, Obras Sociales o Pre-pagas de acuerdo al P.M.O, como ya hemos citado anteriormente.**

**La regulación de los tratamientos son dos organismos nacionales: la Dirección de Salud Mental y Adicciones, del Ministerio de Salud y la SEDRONAR.**

## **SECTOR PÚBLICO**

**Las instituciones nacionales, provinciales o de Municipios tiene actividades de prevención y asistenciales.**

**La Nación: cuenta con una institución propia en la ciudad de Buenos Aires, el Centro Nacional de Reeducción Social, el**

**CENARESO.**

**[http://www.msal.gov.ar/html/site/org\\_des\\_CENARESO.asp](http://www.msal.gov.ar/html/site/org_des_CENARESO.asp)**



**La Provincia de Buenos Aires: cuenta con una Subsecretaría de Adicciones la cual dispone de una red asistencial en toda la provincia mediante los Centros Preventivos Asistenciales (C.P.A.), los cuales tienen actividades más asistenciales que preventivas.**

**Estos están organizados de tal manera que tienen fácil accesabilidad, personal idóneo y realizan tratamientos ambulatorios, cuentan con pocos cupos de internación contratando instituciones y cubren casi la totalidad de sus camas disponibles. Tienen asistencia interdisciplinaria y abordan integralmente la problemática, con asesoramiento y acompañamiento de las familias.**

**<http://www.sada.gba.gov.ar/index-php>**

**Los C.P.A asisten la interesante cifra de 12.000 consultas por mes, a esto se suma que en 2012 el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As resolvió a partir de la Resolución 663 la atención de pacientes adictos con obras sociales y se recupera el costo de la Prestación por cuenta del Sistema de Atención Médica Organizada.**

**La Subsecretaría de Adicciones reveló datos en base a 6.600 pacientes asistidos en la red provincial de atención, que la edad promedio de inicio de consumo es entre los 16 y 17 años, y que el inicio de tratamientos de drogadependencia se sitúa a los 28 años de edad aproximadamente.**

**Los motivos de consulta son utilización de cocaína en el 30% de los casos asistidos y 25,7% por alcohol, la mayoría de los pacientes consultan por “policonsumo”, o sea abuso de varias sustancias psicoactivas y alcohol**

**El 44,8% de los pacientes encuestados iniciaron su consumo con marihuana.**

**Anatomía de la red Provincial ( Bs As ) :**

- **189 Servicios Públicos y gratuitos de Atención a la Adicción. C.P.A.**
- **178 Centros Provinciales de Atención a los Adictos.**
- **9 Comunidades Terapéuticas: cuentan con 159 camas.**
- **2 Unidades de Desintoxicación: 16 camas.**
- **23 Comunidades Conveniadas.**
- **361 Camas para pacientes.**
- **1 Centro de Promoción Familiar y Atención a las Adicciones en Tigre.**

**Las otras Provincias ofrecen oficinas gubernamentales las cuales cuentan con acceso por las páginas de los gobiernos correspondientes.**

**Los Municipios: tienen poca actividad asistencial, mas bien es de carácter preventivo, con excepción de las grandes ciudades que gozan de mayor organización acorde a las altas demandas en esta problemática. La Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires dependen del Ministerio de Desarrollo Social.**

**El Centro de Consultas y Orientación en Adicciones (CEDECOR) que se halla en la sede de SEDRONAR , sito en C.A.B.A.**

**Atiende exclusivamente a las personas que necesitan asesoramiento sobre las adicciones: los adictos, sus familiares, amigos o allegados pueden concurrir, la atención es personalizada, con los profesionales y ellos evalúan la situación y recomiendan el tratamiento más adecuado para cada caso.**

**Se puede concurrir sin previo turno, pero sugieren acordar previamente por teléfono al : (011) 4320-1200 interno 1540, de Lunes Domingo en el horario de 08-20 hs, Sarmiento 546, C.A.B.A.**

**También incluyen en sus programas individuos derivados por el Sistema Judicial a nivel Nacional, del Sistema de Salud: hospitales, centros de atención mental, instituciones asistenciales del interior del país y de la Red Pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.); de Organismos específicos de Adicciones : CENARESO; Subsecretaría de Atención a las Adicciones, otro del interior del país; Iglesias, Cáritas, ONG en general.**

**Ofrecen un Subsidio Asistencial, para ser beneficiario y tener acceso a la rehabilitación debe contar con los siguientes requisitos:**

- **Mayor de 21 años**
- **Carecer de cobertura social.**
- **O no contar con los medios económicos para afrontar los gastos del tratamiento**

**La primera consulta se realiza con un Psicólogo de SEDRONAR: allí se define el estado del paciente, diagnóstico y el tratamiento a seguir o su eventual derivación a organismos correspondientes.**

**Los Módulos Terapéuticos son:**

- 1) Atención en Internación: Comunidades Terapéuticas o Centros Asistenciales especializados en el tema de drogadependencia.**
- 2) Atención Ambulatoria: en Centros de Hospitales de Día, que pueden ser de jornada completa 8 horas diarias o media jornada 4 horas diarias de Lunes a Viernes.**

**Dicho Subsidio tiene una duración máxima de 12 Meses.**

## **SECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**Sabemos que la Seguridad Social: Obras Sociales basan su actividad prácticamente en tratamientos asistenciales. También deben ofrecer programas preventivos a sus afiliados y sus familias.**

**Cumplen el P.M.O brindando cobertura por 1 año de tratamiento prorrogable, hasta 24 meses total de tratamiento; de esta manera contratan prestadores privados, la mayoría Organizaciones como Fundaciones o Asociaciones y en pocas oportunidades personas jurídicas comerciales.**

## **SECTOR PRIVADO**

**Es el mayor prestador de servicios de internaciones con las Comunidades Terapéuticas, promedio de 30 plazas cada una y están ubicadas en parques o espacios abiertos. Estas comunidades están agrupadas en la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de Argentina (F.O.N.GA.)**

**Este sector es prestador de los seguros prepagos de salud, cumpliendo en concepto obligatorio el P.M.O.**

## **CONCLUSIÓN**

**Con respecto al grupo de “alto riesgo”, menores de 21 años, de bajo nivel sociocultural en nuestro país, en comparación con otros países del mundo y de Latinoamérica, se encuentra un paso atrás en la prevención, tratamiento y contención de niños y adolescentes hijos de padres adictos; muchos de los cuales sufren la misma adicción que sus progenitores.**

**Investigando sobre el tema detectamos que prácticamente no existe protección médica para este grupo asistencial, esto se traduce en falta de contención, tratamientos para adicciones, instituciones u organismos de rehabilitación.**

**Pensamos que deberían existir normas legales y protocolos de seguimiento, enfocados en el acompañamiento estricto del menor de 21 años con problemas de adicción propios y/o de sus padres.**

**Es importante que dicho seguimiento incluya:**

**A- Evolucion del seguimiento del tratamiento de adicción de uno o ambos padres : control tanto del servicio social como de Auditoria medica.**

**B- Evolucion y controles psicológicos y pediátricos de los niños: control con pediatría: datos antropométricos, talla, peso, percentilos, una vez al mes.**

**Es de vital importancia “Reconocer” el problema, la “ADICCIÓN INFANTIL” existe, existen niños expuestos a la intoxicaciones desde lactantes, otro grupo se inicia en la infancia y la mayoría en su adolescencia, si reconocemos la problemática en conjunto nos dará estímulos para buscar soluciones, para cubrir este vacío por llenar, donde los niños son los más perjudicados.**

**Nos compete la difícil tarea que tenemos como ciudadanos, médicos, personal de la salud en general y como auditores, para mejorar la asistencia a los que sufren esta problemática.**

**Nos preocupa ese grupo de niños y adolescentes de “ Alto Riesgo”, sin Cobertura Social, que se encuentran desamparados tanto por la ley y por servicios sociales del estado.**

**Cerramos esta conclusión con una frase:**

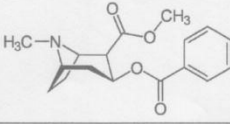
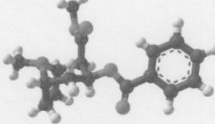
**“Los niños son el recurso más importante del mundo y la mejor esperanza para el futuro.”**

**John Fitzgerald Kennedy (1917-1963)**

**Político estadounidense.**

## ANEXO:

### Cocaína

Cocaína	
	
	
<b>Nombre (IUPAC) sistemático</b>	
<i>(1R,2R,3S,5S)-3-(benzoiloxi)-8-metil-8-azabicyclo[3.2.1]octano-2-carboxilato de metilo</i>	
<b>Identificadores</b>	
Número CAS	50-36-2 <sup>[1]</sup>
Código ATC	N01 BC01 <sup>[2]</sup> R02 AD03 <sup>[3]</sup> , S01 HA01 <sup>[4]</sup> , S02 DA02 <sup>[5]</sup>
PubChem	5760 <sup>[6]</sup>
DrugBank	APRD00080 <sup>[7]</sup>
ChemSpider	10194104 <sup>[8]</sup>
UNII	15Y540LHVR <sup>[9]</sup>
KEGG	D00110 <sup>[10]</sup>
ChEBI	27958 <sup>[11]</sup>
<b>Datos químicos</b>	
Fórmula	$C_{17}H_{21}NO_4$
Peso mol.	303,35 g/mol
<b>Datos físicos</b>	
P. fusión	98 °C (208 °F)
Punto de ebullición	187 °C (369 °F)
Solubilidad en agua	HCl: 1800-2500 mg/mL (20 °C)
<b>Farmacocinética</b>	
Biodisponibilidad	Oral: 33% <sup>[12]</sup> Nasal: 60% <sup>[13]</sup> –80% <sup>[14]</sup> Spray Nasal: 25% <sup>[15]</sup> –43% <sup>[12]</sup>
Metabolismo	Hepático: CYP3A4

## **GLOSARIO**

- 1) **A.P.E. : Administración de Prestaciones Especiales**
- 2) **P.M.O : Programa Médico Obligatorio**
- 3) **D.S.M : Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (American Psychiatric Association)**
- 4) **CEDECOR: Centro de Consultas y Orientación en Adicciones.**
- 5) **SEDRONAR: Secretaría de Programación para la Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico**
- 6) **ONG: Organismos No Gubernamentales**
- 7) **FONGA: Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina.**
- 8) **O.S: Obras Sociales**
- 9) **CPA: Centros Provinciales de Atención.**
- 10) **SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada.**
- 11) **CT'S: Comunidades Terapéuticas.**
- 12) **CENARESO: Centro Nacional de Reeducción Social**



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) [www.legisalud.gov.ar](http://www.legisalud.gov.ar)
- 2) **Monografías.com**
- 3) **Drogas: Protección a la Niñez, Ing. Alan Becerra Saldaña, Arequipa; Perú.**
- 4) <http://www.drugs.com/breastfeeding/cocaine.html>  
**Abuse cocaine during Breastfeed.**
- 5) **Motherisk Update: Maternal cocaine use breastfeeding; Alex M. Cressman; Gideon Koren; Anna Pupco; Eunji Kim; Shinya Ito; Pina Bozzo. Canadian Family Physician, vol 58, November 2012.**
- 6) **Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud, Resolución 24750/2011 Administración de Programas Especiales.**
- 7) [www.sedronar.gov.ar](http://www.sedronar.gov.ar) **Secretaría de Programación para la Prevención de las adicciones y Lucha contra el Narcotráfico.**
- 8) [http://www.msal.gov.ar/htm/site/org\\_des\\_CENARESO.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/org_des_CENARESO.asp)  
**Centro Nacional de Reeducción Social.**
- 9) <http://www.sada.gba.gov.ar/index.php> **Subsecretaría de Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.**
- 10) **Cano, L. y Berjano, E. (1988). El uso de drogas entre la población escolar. El: Uso de drogas en población escolar. Valencia: Conselleria de Treball i Seguretat Social (citada en Pons D.J. y E. Borjano P., 1997)**
- 11) **Centros de Integración Juvenil (2007). Violencia familiar y adicciones, México: CIJ-Dirección General de Operación y Patronatos**
- 12) **Centros de Integración Juvenil (2006). Habilidades para la vida.**
- 13) **Guía para educar con valores, México: CIJ Dirección General de Operación y Patronatos**

- 14) Centros de Integración Juvenil (2005). Niños, adolescentes y adicciones, México: CIJ-Dirección General de Operación y Patronatos Diezma, J. C. (1998).**
- 15) El papel de la familia en el consumo recreativo de drogas, Madrid: CEAPA**
- 16) Elzo, J., Amatria, M., González de Audicana, M., Echeburua, E. y Ayestarán, S. (1987). Drogas y escuela III.**
- 17) San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social (citada en Pons D.J. y E. Borjano P., 1997).**
- 18) Lila, M.S. y Marchetti, B. (1995). Socialización familiar. Valores y autoconcepto. *Informació Psicológica*, 59, 11-17 (citada en Pons D.J. y E. Borjano P., 1997)**
- 19) Pons, D. J. (1998). “El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes”.**
- 20) En *Revista Española de Salud Pública*, Madrid: vol.72, n.3, May/June.**
- 21) Pons D. J. y E. Berjano P. (1997). “Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes”. En *Psicothema*, Vol. 9, nº 3, pp. 609-617**
- 22) Programa alfil, (2004). Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol, Barcelona: Socidrogalcohol**
- 23) Natera, G., et al (2001). “La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres”**
- 24) En *Salud Pública de México* / vol.43, no.1, enero-febrero, P. 17 – 26**
- 25) Santana, T.; Sánchez, A. y Herrera, B, (1998). “El maltrato infantil: un problema mundial”. En *Salud Pública*, México: 1998; Vol. 40(1):58-65**
- 26) Secades, V. y Fernández, H. (2003). “Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español”.**

- 27) En Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias, Madrid: PNsd – Colegio Oficial de Psicólogos, p. 57 – 112**
- 28) Silva, M. I. y S. Pilloni (2004). “Actores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú”.**
- 29) En Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.12, no.spe, Ribeirão Preto, Mar./Apr.**

