

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. A PROPOSITO DE TRABAJADORES INFANTILES EN LA INDUSTRIA AZUCARERA

* Dr. Santiago Castro Ventura
* Dr. José Rojas Rodríguez
** Dra. Carmen Fernández Gómez
** Dra. Virginia Núñez Almánzar
*** Lic. Dulce González Salcedo

INTRODUCCION

El síndrome del niño maltratado es una entidad clínico-social definida desde el 1962 por C.H. Kempe, en Denver, que estableció el síndrome del niño golpeado "battered child" como resultado de un recio maltrato físico.¹

Se describe un cuadro con polimorfa sintomatología presentando manifestaciones de abandono, como higiene precaria, hematomas, compromisos psíquicos, etc. Generalmente estos niños son vinculados a hogares anormales.²

En el estudio presente se discurre sobre la incorporación precoz de niños al trabajo productivo y la presentación de afecciones clínico-quirúrgicas como consecuencia de esta actividad.

Se trata de niños incorporados al trabajo por presiones de índole económica como medio de subsistencia familiar. El estudio se realizó en el área de Sabana Grande de Boyá, hospital Arzobispo Meriño, del IDSS, en el lapso de la zafra azucarera de diciembre 1987-junio 1988.

Se analizan las diversas lesiones ocupacionales producidas en los niños incorporados de modo inmaduro al proceso productivo. En el trabajo se persigue la ubicación de los diferentes factores biopsicosociales que convergen en los pacientes estudiados.

En la literatura se cita el caso de un grupo de niños obligados a trabajar con grilletos sujetos a los tobillos, todos desnutridos y golpeados.³ En nuestra casuística no se puede alegar que estos niños fueron incorporados de

Tabla 1
EDAD CRONOLOGICA DE LOS NIÑOS

EDADES	No. CASOS	PORCENTAJE
11	2	14.3
12	5	35.7
13	1	7.1
14	4	28.6
15	1	7.1
16	1	7.1
TOTAL	14	100.0

(*) Médicos pediatras.

(**) Médicos pasantes en el Hospital Meriño, de Sabana Grande de Boyá.

(***) Lic. en Enfermería.

modo conminatorio a este trabajo, pero se conoce la negativa generalidad de la mayoría de los adultos para desempeñar esta tarea, por las magras condiciones económico-sociales que refleja.

Sobre el síndrome no existe un criterio uniforme; algunos se refieren exclusivamente a los niños golpeados o apaleados; otros incluyen a la falta de cuidados, desnutridos, privados de tratamiento médico oportuno, a los que les administran drogas potencialmente nocivas a la salud y/o aquellos que reciben maltrato psíquico o abuso emocional.²

Evidentemente el síndrome comprende una amplia gama de fenómenos clínico-sociales cuyo denominador común es el abandono o descuido frente a la necesaria atención elemental del sano desarrollo de los infantes.

Un destacado especialista en salud pública ha definido las características epidemiológicas del síndrome:

- agentes potenciales del maltrato infantil
- peculiaridades del desarrollo del niño
- circunstancias propias de la crisis determinante.⁴

Entre los agentes potenciales se destaca el haber sido los padres víctimas a su vez de un hecho semejante durante su infancia. Dentro de las peculiaridades del desarrollo se

ubican ser hijo no deseado, haber nacido de bajo peso, presentar anomalías congénitas, presentar trastornos funcionales como cólicos, llanto frecuente, irritabilidad e hiperactividad, etc. Las circunstancias propias de la crisis se derivan de una precaria situación económica familiar, o incompatibilidades en el hogar.⁴

Nuestro estudio está enmarcado dentro de las circunstancias propias de la crisis determinante.

La predominante realidad de padres-hijos-realidad económico-social ha evidenciado que se considere el síndrome como una enfermedad de adultos con expresión en el niño. Se apunta la conjugación de factores como la pobreza, el hacinamiento, el desempleo del agresor y las características del niño agredido, como básicos en la presencia de la patología.⁵

Se han descrito otros estudios clínicos semejantes al síndrome de referencia, como el síndrome de Munchausen por poderes, situación en la que una persona crea una enfermedad ficticia en nombre de otra, y generalmente es la madre que inventa la enfermedad en su hijo, procurando exploraciones y tratamientos innecesarios.⁶

El síndrome del niño maltratado no obstante su escasa difusión, tiene una amplia vertiente de acción patógena; por eso hemos incursionado en el estudio de las lesiones de salud ocupacional que laceran a los niños que trabajan en los bateyes azucareros, como heridas producidas con machetes al cortar la caña, dermatosis producidas por las hojas de la caña, etc., además las diferentes variables sociales que inciden en la problemática.

Tabla 2
LUGARES DE TRABAJO DE LOS NIÑOS

BATEYES	No. CASOS	PORCENTAJE
Enriquillo	7	50.0
Juan Sánchez	4	28.6
Tarana	2	14.3
Aserradero	1	7.1
TOTAL	14	100.0

METODOLOGIA

La muestra utilizada en este estudio está conformada por todos los niños que asistieron a la emergencia del hospital Arzobispo Meriño en Sabana Grande de Boyá, víctimas de lesiones ocupacionales por su integración al trabajo asalariado en los bateyes del CEA en la zafra correspondiente a diciembre de 1987-junio de 1988. Se presentaron 14 casos.

Tabla 3
PESO Y TALLA DE LOS NIÑOS

PERCENTILES	PESO-No. CASOS	PORCENTAJE	TALLA-No. CASOS	PORCENTAJE
97 - 90	---	-	---	--
90 - 75	2	14.3	4	28.6
75 - 50	---	-	---	--
50 - 25	8	57.1	5	35.7
25 - 3	4	28.6	5	35.7
TOTAL	14	100.0	14	100.0

Se diseñó un protocolo con amplias interrogantes clínico-sociales, para ser llenadas en la medida que se presentaran casos compatibles. A todos se les llenó el protocolo (de modo alterno por los diferentes miembros del equipo de trabajo); se les tomaron medidas antropométricas, utilizando un centímetro convencional, que luego fueron verificadas en la tabla de peso y talla elaborada por Mendoza y Quezada.

A un 10% de los niños (seleccionados al azar) se les hizo pruebas de laboratorio (hemograma completo). A 4 pacientes de baja talla se les hizo radiografía de ambas manos.

Finalmente se procedió a la tabulación de los resultados, su observación documental, análisis y las proyecciones teóricas que definen el valor práctico de la investigación.

RESULTADOS

La edad más frecuente de los niños afectados fue 12 años; se presentaron 5 niños, para un porcentaje de 37.5%. De 12 a 16 años se reportó un porcentaje de 73.2% (ver tabla No. 1).

El mayor porcentaje de niños maltratados laboraba en el batey Enriquillo, 7 casos, para un 50%. En segundo orden los del batey Juan Sánchez, 4 casos, para un 28.6% (ver tabla No. 2).

En la tabla de talla entre el 50 y 25 percentil se presentaron 5 casos para un 35.7% y entre el 25 y 3 percentil 5 casos para un porcentaje de 35.7%. Debajo del 50 percentil 10 casos (71.4%) (ver tabla No. 3).

A siete pacientes se les realizó pruebas hemáticas (hemoglobina y hematocrito), reportándose en valores normales. A 4 pacientes se les hizo radiografía de manos, reportándose una edad ósea normal.

Presentaron caries dentales 12 de los niños, para un porcentaje de 85.7% (ver tabla No. 4).

Se determinó que 5 niños están acostumbrados a masturbarse, para un 37.5% y 6 niños dominan los hábitos amorosos de adultos para un 42.8% (ver tabla No. 4).

Sólo 8 pacientes recibieron algún tipo de vacunación para un 57.1% (tabla No. 4).

Entre los antecedentes patológicos personales de los niños de la encuesta, 4 contaban con fiebres indeterminadas para un 28.6%, y con parotiditis y parasitosis 3 per cápita para un promedio de 21.4 (tabla No. 5).

La sintomatología presentada por los niños afectados, fueron 5 casos heridos con machetes y clavos. Heridos en el siguiente orden: herida dedo pulgar mano derecha; hipertrofia capa córnea en ambas manos —cayosidad—; herida palma de la mano izquierda; herida dorso mano izquierda con fractura cabeza metacarpiano; herida pie derecho con un clavo. Estos casos representaron el 35.7%. 6 casos con dermatosis para un 42.9% (tabla No. 6).

Escolaridad: 10 pacientes saben leer para un 71.4%;

4 son analfabetos para un 28.6%. De los que saben leer, 8 cursan la educación primaria, para un total de 80% entre los que estudian (tabla No. 7).

De los niños, 9 reciben alimentación 3 veces al día para un 64.3% y 5 sólo reciben alimentos 2 veces al día, el 35.7%.

Tiempo de trabajo en períodos de caña, 6 niños (42.9%) tienen 3 años; 5 (35.7%) 2 años y los restantes 1 año (7.1%).

El destino del salario se manifiesta de la siguiente manera para la comida en el hogar, 7 casos (50%). 4 para uso personal (28.6%) y 3 para ahorrar (21.4%).

La remuneración "variante" osciló en un grupo de 5 (35.7%) que devengan salarios de más de 6 pesos diarios, 4 casos para un 28.6% reportaron salarios de \$5.50 diarios para un 28.6% y 3 (21.4%) 3 pesos diarios.

Los tutores en 9 casos son el padre para un 64.3%; en 3 casos la madre que representa un 21.4% y 2 casos la abuela el 14.3%.

Estado civil de los padres: unión libre 7 casos (50%); casados 4 para un 28.6% y separados 3 casos, para un 21.4%.

Escolaridad de las madres: analfabetas 9 para el 64.3%;

Tabla 4
CARIES-VACUNACIONES-HABITOS
SEXUALES

ENTIDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
Caries	12	85.7
Vacunación	8	57.1
Masturbación	5	35.7
Erotismo	6	42.8

Tabla 5
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

ENFERMEDADES	No. CASOS	PORCENTAJE
Amigdalitis	1	7.1
Parotiditis	3	21.4
Parasitosis	3	21.4
Mareos frecuentes	2	14.3
Sarampión	1	7.1
Fiebres	4	28.6

educación primaria 4, el 28.6%. Los padres, analfabetos 8 (57.1%); primaria 5 para un 35.7% (tabla No. 7).

Ocupación de los padres 7 empleados de los bateyes en áreas administrativas, para un 50%; 6 braceros para un 42.9%. 3 de los padres son alcohólicos, para un 21.4% del total de padres.

DISCUSION

El síndrome del niño maltratado, pese a su definición hace más de dos décadas, ha sido escasamente abordado por los organismos estatales de salubridad de países como España, México y Argentina.^{2,5,7} Países que cuentan con mejores servicios sanitarios que el nuestro; ya se puede colegir cuál será la magnitud del problema en el país, si se suma a la exigua cobertura sanitaria el elevado porcentaje de niños potencialmente maltratados no diagnosticados.

El reporte de un 73% de niños trabajadores lesionados en edades comprendidas de 12 a 14 años, no sólo contradice las leyes laborales que limitan estas jornadas en los menores de edad, sino que incide negativamente en el desarrollo biopsicosocial de estos menores, como se refleja con su baja escolaridad y las afecciones ocupacionales vinculadas a la integración precoz a uno de los trabajos más extenuantes en nuestras relaciones productivas.

Son múltiples las patologías a que se encuentran expuestos estos infantes. Los niños trabajadores no son sometidos a ninguna evaluación clínica que pueda valorar su capacidad física de trabajo.

Se considera que la actividad de trabajo en niños de 9 a

11 años debe ser bien dosificada en relación a la aceleración de las funciones cardiorrespiratorias.⁸ Los niños estudiados aunque no presentaron sintomatología cardiorrespiratoria, no cuentan con una evaluación dosificada de sus aptitudes de trabajo y por tanto están expuestos a estos factores patógenos.

Los niños de la muestra (fiel reflejo de los demás niños trabajadores en el área) no cuentan con programas de prevención sanitarias; por eso, sólo un 57.1% de los pacientes recibió algún tipo de vacunación, generalmente incompleta; de ahí que un 83.3% presentara caries dentales en sus dientes permanentes y el 71.4% presentara entre sus antecedentes patológicos personales historia de fiebres mal definidas y enfermedades infecciosas y parasitarias.

En las tablas de peso y talla se evidenció que los niños de la muestra tenían un apreciable porcentaje de retraso en ambas medidas antropométricas para su edad cronológica, aunque en su mayoría no presentaban evidentes signos de desnutrición y presentaron una edad ósea normal. Este aspecto es compatible con el fenómeno de homeorrexis: peso/edad talla/edad, no compatibles con la edad cronológica, pero con aceptable estado nutricional. Esta situación conlleva a una vida adaptada a un aporte limitado de nutrientes, que está por encima de las necesidades del metabolismo basal.⁹

Los déficits en la talla de estos niños inducen a pensar (agregando su realidad socio-económica) que su historia nutricional ha sido muy deficiente, partiendo de la afectación más lenta de la talla como medida antropométrica en la valoración nutricional.¹⁰

El 73.2% de los niños de la muestra tienen edades de 12 a 14 años, compatibles con el período de estirón del adolescente que se inicia a partir de los 12 años.¹¹ Situación potencialmente peligrosa para estos niños con una actividad física acelerada y no regulada en concordancia con su desarrollo corporal.

Los niños estudiados presentaban signos evidentes de la pubertad como vello púbico, aumento del volumen testicular, enrojecimiento del escroto, valederos con los criterios que sugieren la aparición de esos signos en varones a las edades de 9 a 17 años.¹² De ellos el 35.7% y el 42.8% declararon su vocación por hábitos sexuales de adultos, todos de preferencia heterosexual.

Tabla 6
AFECCIONES OCUPACIONALES

ENFERMEDADES	No. CASOS	PORCENTAJE
Heridas con machete	5	35.7
Dermatosis	6	42.9
Lumbago	1	7.1
Gastralgia	2	14.3

Tabla 7
NIVEL EDUCATIVO FAMILIAR

FAMILIA	ANALFABETO	%	PRIMARIA	%	SECUNDARIA	%
Niños	4	28.6	10	71.4	—	—
Padres	8	57.1	5	35.7	1	7.1
Madres	9	64.3	4	28.6	1	7.1

Se considera que en niños de similares grupos de edad se encuentra una diversidad de criterios sobre el fenómeno sexual: niños con desarrollo físico y sexual infantil, otros con desarrollo de adultos y los de carácter intermedio entre ambos grupos o maduradores tardíos.¹³ Dado los promedios obtenidos se puede considerar que la muestra se aproxima a tales criterios, aunque con relativa predominancia del grupo con desarrollo sexual semejante al adulto, dado la práctica de hábitos y costumbres de adultos que asumen estos menores integrados a tiempo completo de modo inmaduro a faenas de adultos.

Estos niños generalmente reciben salarios muy bajos que básicamente pasan a reforzar los fondos familiares. La mayoría tiene como tutor al padre o la madre, pero generalmente éstos tienen salarios y ocupaciones escasamente remuneradas, familias con muy bajo nivel de escolaridad, que no les permite priorizar las necesidades biosociales de sus hijos; claro, no cuentan con ningún programa oficial que coadyuve a la necesaria comprensión de la conducta a seguir en el desarrollo del niño.

Estos factores son de cardinal importancia; es un elevado deber del Estado inculcar su importancia en los padres, pues de modo consciente la mayoría de ellos no desea obstáculos en la futura conducta de sus hijos, y del maltrato infantil; su ambiente hostil se manifiesta con frecuencia más tarde, por retraso mental.¹⁴

Obviamente en el fondo subyace la ausencia de una política global para enfrentar la realidad del niño dominicano, pues el problema de la infancia es uno de los más agudos dentro de nuestro intrincado proceso de salud-enfermedad.

Las leyes laborales dominicanas de modo muy exiguo discurren sobre la protección real al menor que vende su fuerza de trabajo.

El Código de Trabajo Dominicano, en su artículo 226, establece que todo menor de 16 años para trabajar debe contar con un certificado médico que acredite sus aptitudes laborales; el Art. 223 prohíbe el trabajo de menores de 14 años, aunque pueden ser autorizados para ejecutar algunas labores. El Art. 229 prohíbe el trabajo de menores en trabajos peligrosos o insalubres, pero no los especifica.¹⁵

Evidentemente, aun frente al hecho cumplido de la integración precoz de los niños al trabajo remunerado, el código no establece pautas que regulen la capacidad física de trabajo del niño y su orientación conductual básicamente en lo relativo a la obligatoriedad de la escolaridad básica, mucho menos discurre sobre los derechos laborales de estos nóveles trabajadores.

CONCLUSIONES

El Estado dominicano debe definir una política global de protección real a la niñez dominicana que le garantice

un adecuado desarrollo biopsicosocial.

En lo inmediato deben procurarse los mecanismos de protección socioeconómicos a los niños trabajadores en la industria azucarera.

Otra tarea inmediata es garantizar una óptima capacidad física de trabajo para estos niños (ante el hecho cumplido del presente) que sin ninguna protección realizan faenas de adultos.

BIBLIOGRAFIA

1. Kempe, Ch.; Silverman, F.; Steele B., Droegemeuller W.; Silver H.: The Battered Child Syndrome. J.A.M.A. 1962, 181:17.
2. Vidal, M.; Glas, C.; Ceballos, E.; Mazzuocolo, L.; Chiarantano, R.: Síndrome del niño abandonado y maltratado. Archivo Argentino de Pediatría, 1982, 80 (6): 89-90.
3. Baeza, C.; Hoque, S.; James, S.; Franco, R.: Síndrome del niño maltratado. Espectro de un problema. Boletín Médico Hospital Infantil de México, 1986, 43 (1): 72.
4. Rossetot, J.: El niño maltratado. Consideraciones epidemiológicas, clínicas y jurídico-sociales. Revista Chilena de Pediatría, 1981, 59 (4): 333-341.
5. Loredó, A.; Reynés, M.; Carbajal, R.; Vidales, B.; Bolaños, R.: El niño maltratado: una realidad actual en México, 1984, 5 (1): 35-37.
6. Meadow, R.; Lennert, T.: Munchausen por poderes o síndrome de Polle. ¿Cuál es el término correcto? Pediatrics, 1984, 18(4): 284-286.
7. Casado, F.: Síndrome del niño maltratado. Anales Españoles de Pediatría, 1987, 27:37.
8. Siret, J.; Ramírez, O.; Pancorbo, A.; Acebo, M.: Estudio comparativo de la capacidad física de trabajo: PWC₁₇₀ en dos muestras de la población escolar comprendida entre 9 y 11 años de edad. Revista Cubana de Pediatría, 1985, 57 (5): 529-538.
9. Amador, M.; Hermelo, M.: Cambios fisiopatogénicos durante la evolución de la desnutrición proteico-energética. Homeorresis. Revista Cubana de Pediatría, 1985, 57 (5): 629-640.
10. González, J.: La antropometría en la evaluación del estado nutricional. Boletín Médico Hospital Infantil de México, 1985, 42(3): 207-211.
11. Behrman, R.; Vaughan, V.; Nelson, W.: Nelson Tratado de Pediatría. 12 ed. México, Interamericana, 1985, V.II, p. 22.
12. Kogut, M.: Crecimiento y desarrollo en la adolescencia. Ed. en Clínicas Pedlátricas de Norteamérica, Medicina del Adolescente, México, Interamericana, 1973; p. 789-791.
13. Jiménez, J.; Romero, J.; Quezada, M.; Barrera, R.; Berdasco, A.; Jordán, J.: Estudio de la maduración ósea por sexo y raza. Revista Cubana de Pediatría, 1986. 58 (5): 533-547.
14. Gregg, G.; Elmer, E.: Lesiones en los niños: ¿accidentes o malos tratos? Pediatría, 1969, 44: 434-439.
15. Código de Trabajo de la República Dominicana. Editora Educativa Dominicana, 1974. p. 40-41.