

Algunos aspectos de la patología social en la infancia

J. CASADO FLORES*

La patología social forma hoy uno de los capítulos más importantes y extensos de la pediatría en los países occidentales, una vez superada la epidemia de enfermedades infecciosas y carencias.

En el mundo occidental nunca los niños habían tenido la oportunidad de gozar de tanta salud como ahora y, sin embargo, un grupo de ellos, niños pobres, hijos de toxicómanos, niños abusados sexualmente, abandonados o físicamente maltratados, hijos de madres adolescentes o niños de ciertas etnias, sectas y grupos marginales carentes de recursos, viven pegando a la abundancia pero soportando carencias afectivas, nutritivas, sanitarias cuando no la explotación.

Vamos a desarrollar aquí tres aspectos del gran capítulo de la pediatría social: la repercusión de la pobreza sobre el desarrollo de los niños, el síndrome del niño maltratado y abusado sexualmente y, por último, los problemas de los hijos de padres adictos a la heroína, aspectos todos ellos que, en ocasiones, sufren las mismas familias y los mismos niños.

EL EFECTO DE LA POBREZA SOBRE LA SALUD INFANTIL

La pobreza constituye por sí sola un riesgo para la salud. Los hijos de ambientes sin recursos económicos, los hijos de padres pobres, o de sociedades

pobres, tienen más problemas de salud, mayor morbilidad y mayor mortalidad que los niños que viven en ambientes no pobres. En los países más ricos existen familias muy pobres. En Estados Unidos 1 de cada 5 niños vive en la pobreza y, en España, un número indeterminado de hijos de familias inmigrantes, ciertas etnias, hijos de heroinómanos, alcohólicos y niños pertenecientes a familias constituidas por un sólo miembro y/o cónyuge, viven en ocasiones sin tener cubiertas sus necesidades alimenticias, sanitarias, ni educativas.

Efectivamente, los niños pobres reciben peor alimentación, insuficiente o mal equilibrada, incidiendo en ellos con más frecuencia la falta de crecimiento, las enfermedades, carencias tales como anemia ferropénica (1,2) y probablemente otras carencias de minerales y oligoelementos. También están más expuestos a sufrir accidentes e intoxicaciones y ello por dos razones, mayor exposición y menor prevención (intoxicación por monóxido de carbono, incendio de la vivienda-chabola, quemaduras de cocina, ingestión de cáusticos), de forma que algunas intoxicaciones son casi exclusivas de las familias pobres (monóxido de carbono, plomo).

Además, estas familias utilizan escasamente los sistemas de prevención de enfermedades. Así, las mujeres pobres tienen mayor posibilidad de tener recién nacidos de bajo peso (3) por insuficientes cuidados obstétricos, mala nutrición, mayor estrés, tabaquismo o etilismo.

*Hospital del Niño Jesús. Universidad Autónoma. Madrid
Conferencia pronunciada en el III Memorial Profesor «Guillermo Arce».

Estos neonatos pobres tienen mayor mortalidad postnatal, menor cociente intelectual y mayor probabilidad de tener problemas escolares futuros (4). El menor acceso de los niños pobres a los métodos de intervención primaria (inmunizaciones), secundaria (despistajes de errores congénitos del metabolismo) o terciaria (utilización de los servicios hospitalarios especializados) hacen que la prevención en la aparición de ciertas enfermedades o en sus secuelas sean inferiores a las de los niños con recursos económicos suficientes.

El mayor absentismo escolar y el poco estímulo hacen que estos niños tengan un elevado índice de fracaso escolar. De 158 variables estudiadas, los factores que permitieron predecir a los 4 años de edad el rendimiento intelectual de un grupo numeroso de neonatos, fueron el estado socioeconómico de los padres y la educación de la madre (5).

Resumiendo, los niños pobres existen dentro de las sociedades ricas; tienen peor estado de nutrición, mayor número de accidentes, más infecciones, más absentismo escolar y menos posibilidades por tanto de desarrollarse intelectualmente, sufriendo un índice mayor de mortalidad y morbilidad que los niños no pobres del mismo entorno. Los niños pobres pagan por su pobreza un alto precio en salud y en posibilidad de desarrollo. Esto podría ser paliado, en parte, si los médicos pediatras asumieran un mayor compromiso en la defensa de estos niños, denunciando y obligando a las instituciones públicas y privadas a realizar intervenciones eficaces.

EL MALTRATO EN LA INFANCIA

Aunque se conoce desde siempre la existencia de abuso y maltrato a los niños, el término «Síndrome del Niño Maltratado» fue acuñado por un pediatra

norteamericano tan sólo hace unas décadas (6) para describir a los niños que habían sido víctimas de maltratos físicos. Actualmente, se utiliza más ampliamente y el término abarca también a los niños que sufren privaciones alimenticias y emocionales provocadas, abuso sexual, agresiones químicas, administración innecesaria de medicamentos o sustancias que alteran el normal funcionamiento orgánico provocando o simulando enfermedades (síndrome de Munchhausen) así como aquellas situaciones de negligencia de las que el abandono infantil es la forma más extrema. Cuando hoy hablamos de niños maltratados, nos referimos a los abusos físicos, psicológicos, sexuales, químicos así como a aquellas situaciones de negligencias.

La *detección del maltrato*, excepto en las formas del niño apaleado y abandonado, es difícil y por ello se requiere una formación específica (7), que permita a los profesionales de la salud (pediatras, médicos de familia, traumatólogos, ginecólogos, radiólogos y enfermeras), profesionales de la educación (maestros y cuidadores de niños) y trabajadores sociales, el conocimiento de los factores personales, familiares y sociales, de riesgo, así como las formas de presentación que permitan la detección de casos y el correcto enfoque para la solución del problema.

Debe sospecharse la existencia de maltrato ante toda lesión física no explicada, sobre todo cuando el paciente es menor de tres años (8) y concurren una o más de las siguientes características: múltiples visitas realizadas por traumatismos o intoxicación al mismo o diferente centro asistencial; discordancia entre la historia relatada por los padres y los hallazgos encontrados en la exploración física; disputa familiar o acusaciones mutuas de negligencia previa durante la admisión del paciente; consulta no justificada y actitud temerosa de los padres;

intervalo excesivo entre la producción de la lesión y la realización de la consulta; signos de abandono y suciedad en los padres y/o en los niños, existencia de datos que hagan pensar en alcoholismo u otra drogodependencia de los padres (9).

Los médicos practicarán una exploración física minuciosa buscando pequeños signos de maltrato. El aspecto del niño puede ser de abandono, suciedad y signos de malcuidado (8). Algunos, sin embargo, aparecen limpios y recién aseo, pero presentan lesiones difíciles de explicar y una historia contradictoria. Algunos niños padecen deshidratación sin causa aparente, otros, signos de malnutrición sin enfermedad digestiva ni general que lo justifique y algunos presentan enfermedades crónicas descompensadas, abandonados o no tratados. Los hallazgos más frecuentes encontrados en los niños maltratados físicamente son: equimosis, escoriaciones, hematomas, quemaduras, cicatrices (10), pudiéndose conocer el tiempo transcurrido desde que se produjo la lesión por el color de las contusiones y hematomas (11).

Las *fracturas* de los huesos de la cara, del cráneo o de los huesos largos de las extremidades son frecuentes (12, 13) y aparecen en uno de cada tres niños menores de 3 años. Son características las fracturas múltiples y en especial de los huesos largos. En ocasiones, las fracturas de los huesos del cráneo se asocian a hematoma subdural, aunque éste también puede aparecer sin fractura cuando el niño es bruscamente zarandeado, lo que produce contusión del encéfalo al chocar contra los huesos del cráneo (14).

Los niños con fractura de cráneo y/o hematoma subdural presentan un cuadro clínico de hipertensión intracraneal y síntomas tales como vómitos en escopeta, disminución del estado de conciencia o coma, convulsiones, alteración

de la marcha o del tono muscular, dislopia, pudiendo producir la muerte. La Rx de cráneo, ecografía cerebral transfontanelar en los lactantes pequeños y el TAC permitirán realizar el diagnóstico.

A los lactantes y preescolares golpeados se les examinará radiográficamente todo el esqueleto. En ocasiones, aparecen callos de fracturas óseas antiguas, a veces no detectadas en diferentes estadios de resolución. Es característico del maltrato físico los desprendimientos epifisarios; las hemorragias subperiósticas que más tarde se calcificarán, producidas por la fuerza de torsión que la mano del adulto genera al agarrar y girar bruscamente sobre las extremidades del pequeño paciente (12, 13). Estas últimas lesiones radiográficas son similares a las encontradas en los déficits de vitaminas C y D, por lo que es necesario hacer el diagnóstico diferencial entre el síndrome del niño maltratado y el escorbuto y raquitismo.

Una buena parte de los maltratos físicos no son detectados (6), unas veces porque se ocultan a servicios sanitarios, educativos, servicios sociales o policía; otras porque no son detectados como tales, ya que la formación específica para la detección del maltrato, especialmente en nuestro medio, es insuficiente. Los niños físicamente maltratados son etiquetados con frecuencia con otra patología.

Los padres o tutores de los niños de cualquier edad, especialmente los de edad escolar, pueden referir que éstos padecen síntomas o signos que simulan graves y raras enfermedades, lo que obliga a realizar exploraciones médicas innecesarias, peligrosas y costosas. Esta nueva forma de maltrato denominada *Síndrome de Munchhausen* por poderes (15), debe ser sospechada cuando la enfermedad del niño recidiva inexplicablemente, con la hospitalización desaparecen los síntomas, el cuadro clínico no corresponde a ninguna enfermedad

conocida, así como cuando el responsable de la simulación está tranquilo y no demanda un diagnóstico concreto.

El *abuso sexual* es una forma de maltrato, con alta frecuencia en aquellos países donde ha sido investigado. En Estados Unidos, algunos estudios (16) señalan que el 29% de las mujeres y el 10% de los hombres sufrieron abusos sexuales antes de llegar a la edad adulta. Otros indican que el 7% de los casos de los niños maltratados fueron por abuso sexual y que el 5,6% de los niños son víctimas de abuso sexual. En Holanda, desde el año 1988, constituyen el 7,2% de todos los maltratos (17). En algunas investigaciones recientes, los abusos sexuales constituyen la principal forma de maltrato en la infancia (18).

Los abusos sexuales a los niños pueden estar producidos por cualquier adulto, incluso por sus padres o madres biológicos (19, 20). El diagnóstico es difícil ya que el abuso sexual generalmente es ocultado. Cuando es denunciado o se sospecha, el médico, con frecuencia, carece de experiencia para la realización del diagnóstico. Los niños y niñas pueden tener dificultad para caminar o para sentarse, requieren haber sido abusados por adultos generalmente familiares o cercanos, y en la exploración física se encuentran lesiones del esfínter anal o del himen (hemorragia vaginal o anal), signos de inflamación o flujo vaginal. En ocasiones se encuentran cuerpos extraños, signos de enfermedad sexual crónica y positividad de algunos test, tales como fosfatasa ácida, gonorrea o esperma en vagina y recto. Pueden encontrarse espermatozoides móviles durante las primeras seis horas tras el abuso y espermatozoides inmóviles durante los siguientes tres días. Los médicos pediatras deben aprender a explorar la anatomía normal de los genitales femeninos y del ano del niño y niña (21) para poder así conocer los genitales y anos violados (22).

PROBLEMAS SANITARIOS DE LOS HIJOS DE PADRES ADICTOS A LA HEROÍNA

Los recién nacidos de madre adicta a la heroína presentan retraso en el crecimiento intrauterino, incremento de las infecciones prenatales, bajo peso al nacimiento, síndrome de abstinencia neonatal a la droga, patrones anormales del sueño así como infecciones neonatales, todo lo que se traduce en aumento de la mortalidad de este grupo de niños (23).

Las repercusiones de la adicción a la heroína de la madre sobre el niño, fuera del periodo neonatal, así como las consecuencias de la dependencia a la droga del padre, son poco conocidas.

Nosotros (24) hemos investigado en 75 niños, hijos de padres adictos a la heroína (uno o ambos padres), de edades comprendidas entre 4 días y 14½ años, qué problemas médicos y sociales presentaban y hemos encontrado que este grupo de pacientes son hospitalizados frecuentemente por: 1) patología infecciosa facilitada por el hacinamiento, falta de higiene, inmunodeficiencia por malnutrición, e infecciones de transmisión vertical, 2) patología carencial (malnutrición, anemia ferropénica, hipovitaminosis D y 3) patología relacionada con el abandono y la negligencia en el cuidado (niño maltratado, accidentes de repetición) (24).

En el mundo occidental y en nuestro país el consumo de heroína se ha incrementado especialmente entre adultos jóvenes y adolescentes y, en consecuencia, cada año hay más niños cuyos padres son heroínómanos. En un estudio realizado en Madrid (25) sobre 202 heroínómanos con hijos en edad escolar y preescolar, se encontró que 4 de cada 5 tenían hijos menores de 6 años, uno de cada cuatro niños vivían sin familia estructurada, con uno sólo de los progenitores y más de la mitad de los padres padecían o habían padecido enfermedada-

des infecciosas (82% hepatitis, 10% enfermos de transmisión sexual).

Por tanto, los niños cuyos padres, uno o ambos, son adictos a la heroína, presentan problemas neonatales por enfermedades infecciosas, carenciales y derivadas de la negligencia y el abandono y además tienen un riesgo aumenta-

do para padecer inadaptabilidad social, marginalidad y delincuencia.

Por ello, consideramos que los hijos de padres adictos a la heroína representan un grupo de riesgo que debe ser especialmente controlado por los pediatras y por trabajadores sociales (24).

BIBLIOGRAFIA

1. EGBUONU, L.; STARFIELD, B.: *Child health and social status*. Pediatrics 1982; 69: 550-57.
2. YIP, R.; BINKIN, N.J.; FLESHOOD, L. et al.: *Declining prevalence of anemia among low-income children in the United States*. JAMA, 1987; 258:1619-1623.
3. KLEINMAN, J.C.; KESSEL, S.S.: *Racial differences in low birth weight: Trends and risk factors*. N. Engl. J. Med. 1987; 317: 749-754.
4. ESCALONA, S.K.: *Babies at double hazard: Early development of infants and biological and social risk*. Pediatrics 1982; 70: 670-676.
5. BROMAN, S.; NICHOLS, R.; KENNEDY, W.: *Preschool IQ: Prenatal and early developmental correlates*. Hillsdale, New Jersey, Laurence Erlbaum, 1975.
6. KEMPE, C.H.; SILVERMAN, F.N.; STEELE, B.F. y cols.: *The Battered Child Syndrome*, JAMA, 1982; 181: 17-24.
7. MORROJ, G.: *Residency training in management of child abuse*. Pediatrics 1988; 4: 513-4.
8. ELLERSTEIN, N.S.: *The cutaneous manifestations of child abuse and neglect*. AJDC 1979; 133: 906-909.
9. FONTANA, V.J.: *The diagnosis of the maltreatment syndrome in children*. Pediatrics 1973; 51:780-782.
10. AMA. *Diagnosis and treatment guidelines on child abuse and neglect*. Ama Council on Scientific Affairs. Report 1, 1984.
11. WILSON, E.F.: *Estimation of the age of cutaneous contusion in child abuse*. Pediatrics 1977; 4: 750-753.
12. RADKOWSKI, M.A.; MERTEN, D.F.; LEONIDAS, J.C.: *The abused child: Critere for radiological diagnosis*. Radiographics 1983; 3: 262.
13. HOBBS, C.J.: *Skull fracture and the diagnosis of abuse*. Arch. Dis. Child. 1984; 59: 246-252.
14. ZIMMERMAN, R.A.; BILANIUK, L.P.; BRUCE, D. y cols.: *Computed tomography in craniocerebral injury in the abused child*. Radiology 1979. 130: 687-690.
15. MEADOW, R.: *Munchhausen Syndrome by proxy*. Arch. Dis. Child. 1982; 57: 92-98.
16. FINKLEHOR, D.: *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, Calif. Sage Publications Inc. 1986.
17. PIETERSE, J.J.; VAN URK, H.: *Maltreatment of children in the Wetherlands: an update after ten years*. Child Abuse and Neglect 1989; 13:263-269.
18. MARSHALL, W.N.; PULS, T.; DAVIDSON, C.: *New Child abuse spectrum in an era of increased Awareness*, AJDC, 1989; 142:664-667.
19. GORDON, M.: *The family environment of sexual abuse: a comparison of natal and stepfather abuse..* Child Abuse and Neglect, 1989; 13:121-130.
20. KRUG, R.S.: *Adult male report of childhood sexual abuse by mothers: case descriptions, motivations and long-term consequences*. Child Abuse and Neglect, 1989. 13: 111-119.
21. MCCANN, J.; VORIS, J.; SIMON, M. and WELLS, R.: *Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study*. Child Abuse and neglect, 1989; 13:179-193.
22. HOBBS, C.J.; WYNNE, J.M.: *Sexual abuse of English boys and girls: the importance of anal examinations*. Child Abuse and Neglect, 1989; 13:195-210.
23. ZELSON, C.; RUBIO, E.; WASERMAN, E.: *Neonatal narcotic addiction: 10 years observation*. Pediatrics, 1971; 48: 178-189.
24. CASADO FLORES, J.; BAÑO RODRIGO, A.; ROMERO, E.: *Social an medical problems in children of heroin-addicted parents: a study of 75 cases*. AJDC en prensa.
25. LAZCANO HERNANDEZ, J.L.; DANADEU LUENGO, J.: *Estudio de 202 heroinómanos con hijos en edad escolar y preescolar: Influencias familiares y sanitarias sobre éstos*. Estudio no publicado.