

16. Leibl S, Gogg-Kammerer M, Sommersacher A, Denk H, Moinfar F. Metaplastic breast carcinoma: Are they of myoepithelial differentiation? Immunohistochemical profile and the sarcomatoid subtype using novel myoepithelial markers. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:347-453.
17. Diaz LK, Cryns VL, Symmans WF, Sneige N. Triple negative breast carcinoma and the basal phenotype: From expression profiling to clinical practice. *Adv Anat Pathol.* 2007;14(6):419-430.
18. Bertucci F, Finetti P, Cervera N, Esterni B, Hermitte F, Viens P, et al. How basal are triple-negative breast cancers? *Int J Cancer.* 2008;123:236-240.
19. Kreike B, van Kouwenhove M, Horlings H, Weigelt B, Peterse H, Bartelink H, van de Vijver MJ. Gene expression profiling and histopathological characterization of triple-negative/basal-like breast carcinomas. *Breast Cancer Res.* 2007;9(5):R65.
20. Lerma E, Peiro G, Ramon T, Fernandez S, Martinez D, Pons C, et al. Immunohistochemical heterogeneity of breast carcinomas negative for estrogen receptors, progesterone receptors and Her2-neu (basal-like breast carcinomas). *Mod Pathol.* 2007;20:1200-1207.
21. Rakha EA, Tan DS, Foulkes WD, Ellis IO, Nielsen TO, Reis-Filho JS. Are triple-negative tumours and basal-like breast cancer synonymous? *Breast Cancer Res.* 2007;9:404.
22. Bidard FC, Conforti R, Boulet T, Michoels S, Delalogue S, André F. Does triple-negative phenotype accurately identify basal-like tumour? An immunohistochemical analysis based on 143 'triple-negative' breast cancers. *Ann Oncol.* 2007;18:1285-1286.
23. Reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología (ASCO). Orlando. Florida. Julio. 2009.

Gac Méd Caracas 2011;119(3):218-242

Niños en circunstancias especialmente difíciles. Venezuela. 2000-2009

Dr. José M. Francisco

e-mail: chenofra@gmail.com

RESUMEN

A partir de la revisión teórico-conceptual e histórica de los efectos de las diversas formas de violencia contra los niños y del vertiginoso crecimiento de la violencia en el país, se analiza la información de Programa de Atención de Niños en Circunstancias Especialmente Dificiles, Defensoría de Niños ubicada en Barquisimeto, Estado Lara. Se revisaron los informes anuales del lapso 2000-2009, para conocer mejor, con estadísticas nacionales, las

características de "niños en circunstancias especialmente difíciles", según nomenclatura del Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, en el área de violencia. Algunos informes no registran todos los rubros. Resultados: 11 893 casos: la mitad de sexo femenino. En el conjunto de todos los tipos de niños atendidos, los principales diagnósticos fueron: "Riesgo social"; maltrato sexual; maltrato físico; trastorno de conducta e intento de suicidio. Algunos de ellos tuvieron incrementos inesperados en el lapso. Principales agresores identificados: madre, otro familiar, padre, vecino. Maltrato sexual (n:1.598). El número absoluto de maltratos sexuales aumentó casi el doble entre el inicio y el final del decenio. La frecuencia de víctimas femeninas

Trabajo de Incorporación del Dr. José M Francisco a la Academia Nacional de Medicina como Miembro correspondiente Nacional, puesto N° 33.

casi triplicó la de varones. Los grupos de 5 a 14 años (femenino) y menores de 9 años (masculino), registraron la mayor proporción. Los agresores de niñas fueron adultos en la mayoría de los casos. La mitad de los agresores de varones eran adolescentes. Los nexos agresor-víctima más frecuentes: “otro familiar” y “vecino” para ambos sexos. Se compara con otras investigaciones. Entre otras propuestas, se recomienda acordar una nomenclatura única, que registre todos los datos en forma sistemática y permita unificarlos, compararlos y desarrollar investigaciones y acciones ulteriores.

Palabras clave: Niños en circunstancias especialmente difíciles. UNICEF. Maltrato. Abuso. Pediatría. Derechos del niño. Venezuela.

SUMMARY

From the theoretical - conceptual and historical review of the effects of the diverse forms of violence against children and of the dizzy growth of the violence in the country, there is analyzed the information of the Program of Children's Attention in Specially Difficult Circumstances, Children's Defensoría located in Barquisimeto, Lara state. The annual reports of the lapse was checked between 2000-2009, to investigate the characteristics of “children in specially difficult circumstances”, according to nomenclature of the Fund of the United Nations for Infancy, in the area of violence. Some reports do not register all the items. Results: 11 893 children (18-year-old minor persons), with the above mentioned diagnosis. We found: 52 % feminine sex, Order In all the attended children; “Social risk”; sexual abuse; physical abuse; disorder of conduct, and attempt of suicide. Some of them also increased. Identified aggressors: mother, another relative, father and neighbor. Sexual abuse (n=1 598). The absolute number of sexual type increased near 100 % from the beginning to the last five years. The frequency of feminine victims almost trebled that of males. The most numerous groups were those of 5 to 14 years (feminine) and below 9 year old masculine. The teen aggressors acted against children males: 50 % and against girls: 20 %. The most frequent aggressor - victim link were: “ another relative “ and “neighbor” for both sexes. It is compared with other investigations. Among other recommendations, it is important to accord only one nomenclature and develop new investigations and further actions

Keywords: Children in specially difficult circumstances. UNICEF. Child abuse and neglect. Violence. Pediatrics. Children rights. Venezuela.

INTRODUCCIÓN

El maltrato o abuso de niños ha existido desde que aparecieron las primeras comunidades humanas sobre

la tierra. Los diversos tipos de maltrato hacia los niños, son manifestaciones de violencia. Esta afirmación, que nos parece indiscutible en la actualidad, no fue reconocida durante milenios. En numerosos países persisten prácticas de crianza y de disciplina que son evidentemente violentas, pero existe tolerancia cultural o de resignación, en amplios sectores de la población. Basta citar dos ejemplos extremos: el castigo corporal leve y moderado, que se aplica hasta nuestros días, como norma disciplinaria, en numerosas familias, y la ablación de genitales femeninos, practicada en muchos países, generalmente africanos.

Para referirse a este problema se han utilizado, entre otros, términos como violencia, maltrato y abuso. La violencia, entendida como: “acción violenta o contra el natural modo de proceder” (1), es un concepto amplio, que está regulado por “el modo natural de proceder”, el cual varía según las costumbres y las épocas. Se acepta que tiene dos formas: por acción y por omisión. Dos excelentes ejemplos de los cambios logrados son: la esclavitud y la aplicación de la disciplina en las escuelas, cuya concepción actual es muy diferente a la de épocas anteriores. Maltratar también tiene una acepción ambigua: “tratar mal a alguien de palabra u obra” (1), que implica un contexto interpersonal, aunque se acepta que se puede tratar mal a mucha gente al mismo tiempo, como sucede en los regímenes dictatoriales. Abuso puede ser sinónimo de maltrato, pero generalmente, se utiliza para referirse al maltrato sexual.

Es bien conocida la pandemia de violencia que vive el país y además, la dificultad para tener acceso oportuno a los datos relacionados con homicidios y otros hechos violentos. El Centro Comunitario de Aprendizaje Popular, CECODAP, en su informe anual de 2009, basado en información de prensa, publicado en enero de 2010, se refirió a 710 muertes violentas de menores de 18 años, de las cuales 585 (82,39 %), fueron homicidios. Los motivos aparentes fueron: “ajuste de cuentas”, discusiones, robo, “balas perdidas”, “ajusticiamiento”, enfrentamiento entre bandas, “quedar en una línea de fuego”, enfrentamiento policial, filicidio y homicidio accidental, entre otros. La media aritmética por esta causa, fue alrededor de 60 muertes mensuales de menores de 18 años. Otra situación denunciada fue la violencia sexual: 311 casos, de ellos, 244 violaciones; 79 % de las víctimas de sexo femenino (2).

La denominación “niños en circunstancias especialmente difíciles”, denominada originalmente “menores en circunstancias especialmente difíciles”, fue propuesta por el Fondo de las Naciones Unidas

para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés), para referirse a diversas situaciones que pueden afectar la integridad física, psicológica y social de niños, es decir, seres humanos que no han cumplido 18 años de edad (3).

Es muy evidente que se ha progresado considerablemente en el área de la legislación relacionada con los derechos de los niños, especialmente en la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, persiste la falta de visibilidad integral de la violencia en sus múltiples formas, de tal manera que se puede afirmar que, en la práctica, hay una auténtica evasión de la realidad, entre otros muchos factores, por la forma de manejar los datos disponibles y por subregistro.

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación de registros sobre las estadísticas publicadas en el lapso 2000-2009, por la Defensoría de Niños “Programa de Atención de Niños y Adolescentes en Condiciones Especialmente Difíciles” (PANACED), cuya sede principal está en la ciudad de Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela.

SINÓPSIS HISTÓRICA

La primera referencia sobre intento de infanticidio está en la Biblia, (Génesis 22), cuando relata que Yahveh (Dios), le pidió a Abraham que sacrificara a su hijo como una prueba de obediencia. Cuando Abraham se disponía a cumplir el mandato, recibió una orden divina que lo impidió y el sacrificio fue cumplido en un carnero (4).

Aristóteles afirmaba, 400 años antes de Cristo, que *“un hijo o un esclavo son una propiedad y nada de lo que se hace con una propiedad es injusto”* (5). En la Grecia antigua los niños deformes eran sacrificados con la excusa de que no podrían ser buenos soldados. En la China, el homicidio de recién nacidos indeseados, especialmente las niñas, ha sido una situación habitual y aceptada. En esa época, los recién nacidos no eran considerados como personas, sino como objetos de los que se podía disponer a capricho. Ya que el padre los había traído al mundo, obligándoles en cierto modo a vivir, estaba asimismo, a su arbitrio el poder expulsarlos de la vida. Este derecho “le había sido conferido al padre por voluntad divina”. Es la *“patria potestas”* (patria potestad), del antiguo derecho romano, que implicaba la facultad absoluta del padre para disponer libremente del destino del hijo (6). Pasaron muchos siglos para que estos conceptos se consideraran como una acción reprochable.

En la América colonial, igual que en Europa, era habitual y tácitamente aceptado, la colocación de niños recién nacidos, no deseados, a la puerta de alguna casa, en espera de que alguien los recogiera. Lamentablemente, muchas veces, eran víctimas de roedores o de otros animales callejeros.

Una de las manifestaciones iniciales de la lucha contra el infanticidio fue iniciada por los primeros cristianos. La Iglesia Católica logró salvar a muchos niños con la creación de las inclusas, secciones ubicadas en conventos que disponían de un torno, dispositivo que permitía colocar allí, en forma anónima al niño recién nacido. Estos niños eran criados por las monjas y se les denominaba *“expósitos”*.

En el siglo XVIII, J. J. Rousseau (1712-1778), planteó, en el libro *“El Emilio o la educación”*, el novedoso concepto del niño deslastrado de maldad y la necesidad de una educación con respeto y cariño, actitudes muy diferentes a la forma como se les atendía. En el siglo XIX, el escritor británico Charles Dickens (1812-1850), describió con detalles, en su obra David Copperfield, un triste relato autobiográfico sobre su infancia en plena era industrial.

En Francia, el médico patólogo Ambroise Tardieu (1818-1879), publicó, en 1860, un estudio médico legal sobre el infanticidio, el primero en su especie, con datos sobre 32 niños fallecidos a consecuencia de maltratos (7). La opinión pública no se conmovió.

En EE.UU de Norteamérica, en 1874, se produjo, en Nueva York, el escandaloso caso de la niña Mary Ellen Wilson, suceso que llevó a crear la primera asociación norteamericana contra la crueldad hacia los niños (8).

Pasan los años y en 1946, el médico radiólogo norteamericano John Caffey diagnosticó hemorragias cerebrales en niños, cuya causa era el maltrato, pero no lo reconoció como tal, sino años más tarde, junto con otro radiólogo Henry Silverman (9).

En 1962, un siglo después de Tardieu, un médico norteamericano, el pediatra Henry Kempe (1922-1984), presentó en Denver, EE.UU, en un congreso pediátrico, las historias clínicas de varios niños maltratados físicamente; lo denominó síndrome del niño golpeado, (*“battered child”*) (10). Pocos años después, otro pediatra, Vincent Fontana (1923-2004), llamó la atención sobre el maltrato psicológico y la negligencia (11).

Desde entonces se han multiplicado las publicaciones sobre el tema, las asociaciones destinadas a su prevención o atención y la creación

de leyes de protección de niños y adolescentes.

En cuanto al maltrato o abuso sexual, fue comentado inicialmente por el creador del psicoanálisis, Sigmund Freud (1856-1939); se refería a la neurosis de mujeres adultas que habían sido víctimas de abuso sexual en la infancia, sin embargo, en declaraciones posteriores lo negó, atribuyéndolo a fantasías infantiles. Fedor Ferenczi (1873-1933), un psiquiatra contemporáneo y amigo de Freud, dejó escritos póstumos en los cuales confirmaba la hipótesis trunca de Freud. En la década de los sesenta del siglo XX, se aceptó plenamente su existencia y se considera como uno de los tipos más graves de maltrato de niños y adultos (12).

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, haciéndose eco de diversos acuerdos internacionales, aprobó la resolución WHA49.25 en la cual se declara que la violencia es un problema fundamental y creciente de salud pública en el mundo (13).

La violencia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca la intención de quien ejerce la fuerza o el poder aun cuando no logre dañar visiblemente, sin embargo, leída textualmente, no alude concretamente a la omisión: *“El uso intencional de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”* (14).

En 1997, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), bajo la dirección de James Grant, estableció la denominación “Menores en circunstancias especialmente difíciles (MCED)”(3), en la que, por razones de respeto, se ha sustituido, posteriormente, el término “*menores*” por el de “*niños*”. En este trabajo utilizaremos la denominación “Niños en circunstancias especialmente difíciles” y la abreviatura “NCED”. Esta clasificación presenta la ventaja de incluir, además de maltrato y abandono, cinco tipos adicionales, de espectro amplio, sobre situaciones como carencias materiales, económicas, sociales, psicológicas, ecológicas, de seguridad, acceso limitado a servicios de salud, educación, etc., donde los niños, generalmente, viven rodeados de múltiples situaciones de riesgo biológico, psicológico, social y ético, todo lo cual limita el desarrollo pleno de sus potencialidades como seres humanos y crea un terreno abonado para la repetición de hechos similares en su vida adulta.

El UNICEF considera seis subgrupos de los MCED (NCED):

1. Niños con necesidades específicas de atención preventiva
2. Víctimas de maltrato y abandono
3. En estrategias de supervivencia
4. Niños de la calle y en la calle
5. Institucionalizados
6. Niños en desastres naturales y ecológicos, víctimas de la guerra, rituales, entre otros.

El maltrato de niños se produce por las acciones intencionales de agresión o por omisión de atención y protección debida, por parte de quienes deben atenderle o protegerle. Todo maltrato es violencia, pero no toda violencia es etiquetada como maltrato. En una concepción ampliada, no solo se trata de la familia, maestros o tutores sino también de las organizaciones gubernamentales responsables de su bienestar.

La OMS creó una definición de maltrato infantil en una reunión de consulta sobre la prevención del maltrato infantil en 1999: *“El maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”* (15). Es oportuno destacar que el último párrafo de esta definición, limita el concepto de maltrato infantil al efectuado por personas u organismos que tienen responsabilidades de atención del niño víctima de la acción u omisión.

Los organismos internacionales de salud han contribuido notablemente al crear normativas que pueden ser adoptadas y adaptadas por los países como leyes nacionales concretas. El documento más importante, hasta ahora, es la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas en 1989, basada en la Declaración de Ginebra de 1924, redactada esta por Eglantyne Jebb, (1876-1928), fundadora del la Fundación “Save the children” en Gran Bretaña. La CDN, consta de 54 artículos y ha sido firmada por todos los países del mundo, con excepción de dos, reconoce por primera vez, a los niños como “sujetos de derecho” y convierte a los adultos en “sujetos de responsabilidades” (16).

En el primer Informe mundial sobre violencia y salud, publicado por la OPS/OMS en 2002 (17), se estimó que la violencia causaba 1,6 millones de muertes cada año, en el mundo. Clasifica la violencia en auto-infligida, interpersonal y colectiva. Después de varias subdivisiones culminan, casi todas, en cuatro tipos según la naturaleza de la violencia: física, sexual, psíquica y privaciones o descuido, nomenclatura que coincide con las formas más estudiadas de maltrato. Es obvio que las lesiones, muerte, secuelas físicas, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, pueden ser inmediatos o también latentes y manifestarse muchos años después, como sucede en jóvenes y adultos que fueron afectados por diversos tipos de maltrato en la infancia o en la adolescencia.

Otro documento internacional de importancia sobre el tema es el “Informe Mundial sobre la Violencia contra los niños y las niñas”, publicado por la Organización de Naciones Unidas el 2006. Este importante estudio se desarrolló mediante consultas regionales y subregionales en todo el mundo. Analiza las situaciones violentas contra los niños en el ámbito en el cual se producen: hogar, escuela, sistemas de protección y de justicia, lugar de trabajo y comunidad. El desarrollo de estos aspectos y el agregado de aspectos legales y estrategias de acción y prevención lo convierten en consulta obligada. En este documento se reconoce que “*hay pocas clasificaciones taxonómicas de la violencia y ninguna es completa*” (18).

Por otra parte, el siglo XX, considerado como el más violento hasta la fecha, también ha sido el lapso de mayores y mejores avances hasta declarar a los niños como sujetos con derechos, lo cual debería permitir que las leyes puedan protegerlos y defenderlos de manera efectiva. Como suele suceder, los cambios legislativos no siempre son cumplidos con eficacia, pero se trata de un avance muy importante en el difícil campo de la justicia y el bienestar de los niños.

La violencia es un problema complejo y multifactorial de muy difícil análisis, característica que debería obligar a su investigación permanente a través de estudios multisectoriales y trans-sectoriales.

En Venezuela, las normas específicas para la protección y defensa de los niños se iniciaron en la década que siguió a la dictadura de 27 años (1908-1935), impuesta por Juan Vicente Gómez. En 1938, se aprobó la Tabla de los Derechos del Niño en el Primer Congreso Venezolano del Niño. Esta tabla tenía valor moral pero no legal. En 1939, se aprueba el Código de Menores, primer conjunto de disposiciones específicas con fuerza de ley. Diez años más tarde,

es sustituida por el Estatuto de Menores y en 1980, se aprueba la Ley Tutelar de Menores. Todas ellas, de acuerdo con la concepción de la época, hacían énfasis sobre la protección y sobre las sanciones especiales para los menores de 18 años que cometían infracciones (19).

El Dr. Gustavo H. Machado, uno de los primeros médicos venezolanos que cursó estudios de posgrado de puericultura y pediatría, primer director del Hospital Municipal de Niños, denominado luego “J.M. de los Ríos”, dedicó gran parte de su vida profesional a favor de los niños abandonados. Fue fundador y primer presidente del Consejo Venezolano del Niño. Su trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina en 1950 se tituló “*Factores sociales como causas comunes de mortalidad y abandono infantiles. Sus orígenes y consecuencias*” (20)

Su dilecta discípula, la Dra. Lya Imber de Coronil (1914-1981), destacada pediatra, luchadora por la salud y felicidad de niños y adolescentes dictó conferencias y publicó numerosos artículos científicos y de prensa sobre diversos temas de pediatría social entre ellos sobre maltrato infantil. El primero de estos artículos de divulgación sobre el tema concreto del maltrato de niños lo publicó en el diario El Nacional hace casi 60 años, en octubre de 1961, con el título “Cadenas invisibles” (21). En numerosas ocasiones reiteró sus planteamientos a través de la prensa nacional (22,23).

El primer artículo sobre casos de maltrato en el país, del cual tenemos conocimiento lo publicaron los Dres. Abraham Krivoy, Rubén Valdivia y Vitelio Silva en el Boletín del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” en 1979 (24).

En los congresos nacionales e internacionales organizados por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, se presentan, desde 1984, conferencias simposios, mesas redondas y cineforos sobre diversos aspectos de maltrato de niños.

Muchos pediatras, psiquiatras, psicólogos, educadores, abogados, trabajadores sociales y filántropos, han contribuido a divulgar y a mejorar la situación.

Desde 1936, el sector oficial ha participado en forma permanente en las instancias normativas de la protección infantil, mediante la creación de organismos como el Consejo Venezolano del Niño (CVN), (1936), luego el Instituto Nacional del Menor (INAM) en 1978, e importantes decisiones legales sucesivas que se comentarán más adelante.

En 1984, se crea en el Distrito Federal, la Organización no Gubernamental (ONG) denominada Centros Comunitarios de Aprendizaje Popular (CECODAP); el mismo año, el Dr. José Gessen Campos crea, en el Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” de Caracas, la ONG: Fundación Nacional para la Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA), cuya actividad se mantiene hasta la actualidad. Se han creado otras organizaciones como la Defensoría Programa de Atención de Niños y Adolescentes en Circunstancias Especialmente Difíciles (PANACED) en Barquisimeto. (25). En Sarare, Estado Lara y en San Cristóbal, Estado Táchira, funcionan, otras Defensorías derivadas de PANACED.

Todas ellas han cumplido una loable función en relación con las dificultades sociales de los niños, con las limitaciones derivadas de los recursos disponibles y del grado de apoyo recibido.

En el sector público, las Defensorías de Niños Niñas y Adolescentes, creadas por disposición de la LOPNA, Capítulo VIII, Artículos 201 a 213, cumplen diversas funciones relacionadas con orientación, asesoría, apoyo, protección, defensa, divulgación, y denuncia en relación con los derechos de los niños. La entidad rectora en materia de protección de los niños en Venezuela es el Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes (IDENA), organismo adscrito al Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social.

El 26 de enero de 1990, por decisión de la Asamblea General de Naciones Unidas, realizada en Nueva York, se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, documento de gran trascendencia mundial que consideró por primera vez en la historia que los niños son sujetos con derechos, lo cual fue un gran avance en materia de seguridad social. Venezuela la asumió como ley nacional en agosto del mismo año como Ley Aprobatoria de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño. Su primer artículo establece: “...se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad...”. (26).

En 1998 se aprobó en Venezuela la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), la cual ha sido objeto de varias modificaciones, la última de ellas en 2007. El Consejo Nacional de Derechos, constituye la máxima autoridad nacional del Sistema de Protección del Niño y del Adolescente. Su denominación actual es Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (27).

Aunado a las dos citadas, hay otras leyes nacionales que tienen relación con los maltratos de niños y sobre violencia familiar temas muy relacionados: Código Penal, Código Orgánico Procesal Penal (2001); Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998); Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre y sin Violencia (2007), entre otras.

Además de las acciones del Consejo Nacional de Derechos de Niños Niñas y Adolescentes (CNDNA), hay diversas ONG, que desarrollan actividades muy loables en este campo. CECODAP mantiene una importante labor de investigación, formación y divulgación. FONDENIMA atiende pacientes con sospecha o diagnóstico de maltrato e igualmente dispone de una escuela para padres y realiza actividades divulgativas periódicas en su sede del Hospital de Niños “J.M. de los Ríos” de Caracas; PANACED, transformada en Defensoría, desarrolla sus actividades de diagnóstico tratamiento en Barquisimeto, en San Cristóbal, Estado Táchira y en Sarare, Municipio Planas, Estado Lara (28). La Asociación Venezolana para Educación Sexual Alternativa (AVESA), atiende e investiga sobre maltrato de pareja y temas afines. Los organismos internacionales del área como UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de Naciones Unidas (PNUD) Sistema de Protección del Niño y del Adolescente y otros, realizan campañas periódicas contra la violencia. La OPS elaboró, junto con un grupo de expertos en el área un material de gran utilidad en la detección temprana de maltrato en las consultas ambulatorias de pediatría, el cual podemos enviar a petición del lector interesado.

Por otra parte, las diversas cátedras y sociedades científicas del país, relacionadas con el bienestar de los niños, han contribuido en la formación y actualización sobre el tema en seminarios, conferencias, talleres, entre otros.

Las publicaciones técnicas nacionales sobre casos de maltrato infantil provienen de cuatro fuentes principales:

1.- Los organismos oficiales como el Ministerio de Relaciones Interiores y Justicia (MPPRIJ), a través de Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), antes denominado Policía Técnica Judicial (PTJ), los casos procesados a través de ese organismo policial y de los Tribunales de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), las cuales no se publican regularmente; el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), publica, en el Anuario Estadístico de Mortalidad, los casos fallecidos en los cuales se

ha demostrado la causalidad del maltrato. 2.- Los informes anuales de FONDENIMA, CECODAP y PANACED, entre otras organizaciones. 3.- Los artículos y trabajos especiales de investigación para optar al grado de especialista en puericultura y pediatría y otras profesiones de la salud, realizados, en su gran mayoría, a partir de los archivos de historias médicas del hospital donde trabajan los autores. 4.- La prensa nacional y regional en su tarea de informar, publica los casos de los que tiene conocimiento.

Esta situación se refleja en la limitación de las cifras y porcentajes, que se conocen y que se divulgan por separado.

Es de lamentar que en la nomenclatura, los grupos de edad y otros datos informativos no utilizan las mismas denominaciones y clasificaciones entre los distintos organismos que actúan en el área, lo que impide, o en el mejor de los casos, dificulta, la comparación de los resultados.

Hasta la fecha actual no conocemos en el país ninguna recopilación de toda la información que se produce sobre esta materia. Una de las ventajas que tienen los datos aportados por PANACED, por haberse transformado en 2002 en una Defensoría de Niños y trabajar en íntima relación con un importante hospital pediátrico universitario, es que aporta datos de ambos sectores: extra e intra-hospitalario.

Por razones prácticas, en este material, salvo cuando se refiere a nombres propios de instituciones o leyes, se utiliza el término “niño” en su concepción más amplia: “*todo individuo menor de 18 años*”, tal como figura en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, ya citada, reconocida como ley nacional, por el Congreso Nacional de Venezuela, la cual tiene preeminencia legal sobre la LOPNA. La denominación “niño” evita la repetición de “*niños, niñas y adolescentes*”.

En este trabajo se analiza, a través de los informes anuales de la Defensoría de Niños y Adolescentes denominada PANACED, una muestra de 11 893 casos de niños que fueron atendidos en la década de 2000 al 2009, dentro de la categoría “*niños en circunstancias especialmente difíciles*”. Dicha defensoría funciona en el área física del Hospital Universitario de Pediatría Agustín Zubillaga (HUPAZ) de Barquisimeto, Estado Lara.

El programa se inició en 1991, como una extensión de la Unidad de Pediatría Social del ya citado Hospital “Agustín Zubillaga”, con el nombre de PANMAL (Programa de atención al niño maltratado): En 1998

se denominó PAMCED, (Programa de atención de menores en circunstancias especialmente difíciles) Finalmente se sustituyó el término “*menores*” por “*niños*” y “*adolescentes*” por lo cual se denomina PANACED: (Programa de Atención de Niños y Adolescentes en Circunstancias Especialmente Difíciles) Comunicación personal de Adda Rivero, funcionaria de PANACED (10-08-10).

Tanto la Unidad de Pediatría Social como el Programa y la Defensoría PANACED fueron creadas y dirigidas durante muchos años por el Dr. Cesar Isaaccura, valioso médico pediatra, de dilatada y densa labor en defensa de los niños con problemas sociales en el Estado Lara.

A partir de diciembre de 2002 y de acuerdo con la normativa establecida por la LOPNA, el Programa PANACED se transformó en una Defensoría con el mismo nombre del Programa que venía cumpliendo. Debido a su estructura, dotación de personal, experiencia y ubicación, PANACED desarrolla funciones más complejas que las típicas de una defensoría. Comunicación personal de María Elena Chinchilla, funcionaria de PANACED (10-08-10). Está integrado por médicos pediatras, médicos psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, auxiliares de preescolar, personal de secretaría y obrero. Además, colabora un médico *ad honórem*, con especialidad en adolescentes (28).

La sede principal está ubicada en el Municipio Iribarren, situado al este del Estado Lara. Este municipio, limita al este con los estados Yaracuy y Cojedes y al sureste con el Estado Portuguesa. Su capital es Barquisimeto, que también es capital del Estado Lara. Barquisimeto es la cuarta ciudad del país, según el número de habitantes. En el censo de 1991, el Distrito Iribarren tenía 10 parroquias y el 58 % de la población del Estado Lara: (1 031 000 habitantes), con un incremento promedio anual de la población de 2,4 % desde el censo anterior. Si la población de este distrito aumentó en el lapso del estudio (2000-2009), al mismo ritmo que en el lapso 1990-2001, su población, al final del decenio estudiado, aumentó en 336 929, es decir, que tendría un total estimado de 1 367 929 habitantes al final de 2009. De estos, aproximadamente el 36,2 %, tiene menos de 15 años (29). En el Municipio Iribarren funcionan otras veinte defensorías.

La ubicación física, en el área del principal hospital pediátrico del estado y la íntima relación con su funcionamiento y con su personal, les ha permitido cumplir una importante labor.

La información faltante en los informes publicados se solicitó a los directivos de dicha organización, pero no fue posible obtenerla debido a dificultades para investigar dichos datos en los archivos de PANACED y muy especialmente, por importantes limitaciones actuales de presupuesto, de personal y del ambiente físico del área de trabajo, debido a trabajos de remodelación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Investigar la frecuencia y características de niños diagnosticados como circunstancias especialmente difíciles (NCED), en edades comprendidas entre el nacimiento y los 17 años, a partir de los datos presentes en los informes anuales publicados en el lapso 2000-2009, por la Defensoría PANACED que funciona en Barquisimeto, Estado Lara.

Objetivos específicos:

1. Investigar, a partir de los informes citados, las variables disponibles del número total de casos: sexo, grupo etario de las víctimas, origen, diagnósticos según la clasificación del UNICEF, identificación de los agresores en todos los tipos de NCED, mes de ingreso y nexos de los agresores con las víctimas.
2. Investigar, en los casos de maltrato sexual: número, grupos etarios según sexo de las víctimas, condición de adulto o de adolescente de los agresores, nexos de los agresores con las víctimas.
3. Comparar, cuando la presentación de los datos lo permita, con los resultados obtenidos con otras muestras obtenidas en Venezuela o en otros países.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los once informes disponibles de la Defensoría PANACED de Barquisimeto, Estado Lara, correspondientes al decenio 2000-2009, uno de cada año, excepto 2003, que presenta dos informes semestrales. Están presentados en cuadros en número de una a dos páginas por año. Los informes del quinquenio 2000-2004 constan de 16 aspectos, como promedio. Los informes de los últimos cinco años del lapso 2000-2009, tienen una estructura diferente: los del quinquenio 2005-2009, constan de un número variable de aspectos, desde 3 en 2005, hasta 11 en 2006. En resumen, la disponibilidad de 14 ítems

en diez años produjo 140 posibilidades. En 98 de ellos (70 %), estuvo disponible el dato. Copia del cuadro sinóptico respectivo puede enviarse al lector interesado.

La nomenclatura utilizada varía en la denominación de los diagnósticos y en el vínculo de los agresores. Los diagnósticos, estuvieron constituidos por 6 tipos, entre los años 2000 y 2003; oscilaron entre 5 y 8, en los años de 2004 a 2007; ascendieron a 26 en 2008 y a 29 en 2009. Se utiliza el término “niño” en la acepción de la Convención de los Derechos del Niño, ONU, 1990, en su artículo 1: “todo ser humano menor de 18 años”.

Se clasifican partiendo de la nomenclatura utilizada por el UNICEF adoptada, a grandes rasgos, por PANACED, denominada “niños en circunstancias especialmente difíciles (NCED)” la cual abarca seis subgrupos ya citados (3).

Las principales limitaciones para conocer la situación real actual de los niños venezolanos en cuanto a encontrarse en circunstancias especialmente difíciles, según la concepción utilizada por el UNICEF, las analizamos en cuatro aspectos:

La información sobre NCED en Venezuela, no es conocida, ni siquiera en forma aproximada, ya que, al igual que en todos los países, se ignora una muy elevada proporción del problema, debido a la negación y ocultamiento que hace la población por múltiples razones.

La data existente en el país, está dispersa, al ser producida por diversos organismos e instituciones públicas y privadas, la mayoría de los cuales no divulgan su información en forma sistemática, ni se recopila en informes de tipo regional o nacional.

La información disponible en el país, además de escasa, está presentada con una nomenclatura que difiere entre los diversos organismos públicos y privados que la producen.

En el caso específico de PANACED, el número de aspectos publicados en los informes utilizados es variable y además, especialmente escaso en el segundo quinquenio del lapso. Por otra parte, hay algunas modificaciones de nomenclatura en algunos informes.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

La presentación de los resultados se hace en dos partes: 1: Todos los tipos de diagnóstico y 2: Los diagnosticados como maltrato sexual

**1.-TODOS LOS TIPOS DE DIAGNÓSTICO
NÚMERO DE CASOS Y SEXO DE LOS NIÑOS
ATENDIDOS EN EL LAPSO**

Resultados: durante la década 2000-2009, según los informes publicados, PANACED atendió 11 893 casos de menores de 18 años considerados como “niños en circunstancias especialmente difíciles”, según la nomenclatura utilizada por el UNICEF. La media aritmética de los cuatro primeros años fue de 297 casos. A partir de 2004, osciló entre 1 064 y 1 638 (media aritmética 1 474,8).

De los 8 399 casos en los cuales se registró el sexo, 51,69 % (n=4 342 niños), eran de sexo femenino y 48,30 %, (n: 4 057), de sexo masculino (Cuadro 1).

Cuadro 1

Niños en circunstancias especialmente difíciles, todos los tipos, según año, sexo, N° y %. PANACED, Barquisimeto, Venezuela 2000-2004 y 2006-2009

Año	Femenino		Masculino		Total
	N°	%	N°	%	
2000	182	54,16	154	45,83	336
2001	172	54,95	141	45,04	313
2002	158	53,74	136	46,25	294
2003	128	52,24	117	47,75	245
2004	526	49,54	538	50,56	1 064
2005	-	-	-	-	1 638
2006	806	50,94	776	49,05	1 582
2007	699	50,50	685	49,49	1 384
2008	876	54,00	746	45,99	1 622
2009	795	50,99	764	49,00	1 559
Total	4 342		4 057		10 037
%	51,69		48,30		99,99

Discusión: se trata del conjunto más numeroso de niños con diagnóstico de circunstancias especialmente difíciles del cual tenemos conocimiento en el país. El aumento anual del número de casos a partir de 2004, podría deberse a un incremento real de problemas del área, a una mayor utilización de estos servicios, o a una combinación de ambos factores. El crecimiento de la población en dicho lapso, es un factor a tomar en cuenta, pero no explica un aumento de 3,64 veces en el número de casos, entre los años extremos. La transformación de PANACED en Defensoría y el apoyo recibido para su desarrollo, también han influido

en el incremento de niños atendidos. La proporción de cada sexo, muy cercana al 50 %, corresponde a la totalidad de los casos y no alcanza una diferencia estadísticamente significativa.

La comparación con los resultados del informe de EE.UU, “Child Maltreatment” (maltrato de niños), publicado en 2010, con 772 000 casos (2008), en cuanto al porcentaje de cada sexo, se observa un resultado casi idéntico: 51,3 % de sexo femenino, 48,3 % de masculino y 0,4 % desconocido (30).

GRUPOS DE EDAD

Resultados: los grupos de edad de 7 628 niños atendidos por todas las causas, aparecen consignados en seis de los años estudiados: 2000, 2004 y 2006 a 2009 (Cuadro 2). Se presenta toda la información disponible en los informes de dicho lapso. Los grupos de edad abarcan cinco años cada uno, con excepción del correspondiente al de “15 años o más”, que incluye tres años. Las situaciones especialmente difíciles abarcan a todos los grupos de edad entre el nacimiento y los 18 años. La proporción de niños, según los cuatro grupos etarios utilizados por PANACED difieren, especialmente, en los grupos extremos de edad. En el 2000, los menores de 5 años representaban el 34,52 % del total de ese año; la proporción disminuyó progresivamente hasta llegar a 19,02 % en 2007 y 19,13 % en el 2009, es decir, 15,39 puntos menos en los años extremos. Por el contrario, en el grupo de 15 años o más, la proporción ascendió progresivamente desde 8,03 % en 2000 hasta 20,91 en 2009, lo cual es más del doble, (12,88 puntos). En el total, los niños de 5 a 14 años (n=4 626), constituyen 60,64 % de todos los casos (n=7 628) (Cuadro 2).

Cuadro 2

Niños en circunstancias especialmente difíciles todos los tipos, ambos sexos, según grupos de edad, N° y %. PANACED, Barquisimeto. Venezuela. 2000, 2004 y 2006-2009

Grupos de edad	Total	%
0 a 4	1 556	20,39
5 a 9	2 032	26,63
10 a 14	2 594	34,00
15 ó más	1 446	18,95
Total	7 628	99,97

Discusión: el análisis por grupos etarios permite alertar sobre los de mayor riesgo. En este caso, el hecho de estar incluidos todos los tipos de maltrato en un solo grupo, sin discriminación por sexo, tiene la desventaja de que podría ocultar diferencias en determinados tipos de maltrato según el sexo de las víctimas. Visto en conjunto, es obvio que se diagnosticó en todos los grupos de edad y que el grupo etario con mayor porcentaje corresponde a los niños entre 10 y 14 años. Debe tomarse en cuenta la existencia de dos aspectos adicionales en este tema: las limitaciones para identificar los casos en los niños muy pequeños y el hecho bien conocido de que solo se conoce una pequeña parte del total real de todos los casos de maltrato en todos los países. Las variaciones de incremento y decremento merecen una investigación específica. Para el caso de los niños de 15 años o más, se podría relacionar con el aumento de la impunidad en el país. La comparación con otras muestras tiene como gran limitación la diferencia en los puntos de corte de los subgrupos de edad en las distintas publicaciones. A pesar de las diferencias porcentuales, la conclusión más obvia es que todos los grupos etarios están en riesgo de maltrato, lo cual debería reflejarse en las acciones de prevención y de atención con las debidas diferencias de énfasis y de estrategia.

ORIGEN

Resultados: los informes anuales con datos disponibles respecto al origen de los niños atendidos en 9 años, los presentan en dos grandes subgrupos: los que provienen directamente de la comunidad, denominado en los informes "Ambulatoria" y los referidos del Hospital Pediátrico "Agustín Zubillaga" al cual está adscrito PANACED. En el lapso analizado, 77,05 % (n: 6 387), provenían directamente de la comunidad y 1 902 (22,94 %), del hospital, para un total de 8 289 casos en los cuales el dato está consignado.

Discusión: es lógico que el número menor provenga directamente del hospital, ya que la disponibilidad de camas y la capacidad de la consulta externa son limitadas, en comparación con la comunidad, que crece sin limitaciones y que además, no solo cada año registra más violencia, sino que sus integrantes tienen más conocimientos sobre maltrato y sobre la existencia de recursos para resolver los problemas del área, como la LOPNA, entre otras. La cifra real habría que investigarla mediante la revisión de las estadísticas de otras ONG en la región, (PANACED de Sarare, Estado Lara, por ejemplo), así como de las

defensorías de niños, de la fiscalía del estado sede y zonas vecinas, lo cual, preferiblemente, debería expresarse, finalmente, en tasas sobre la población estimada.

Las diferencias en el orden de los tipos de maltrato y los porcentajes entre diferentes autores tienen relación con el origen de los pacientes atendidos: cuando predomina el origen hospitalario las primeras causas son, generalmente, maltrato físico y sexual, seguramente porque acuden estas instituciones en busca de atención médico-quirúrgica. En cambio, cuando provienen de organismos legales, predomina la negligencia. Otro factor es el grado de desarrollo de la investigación de maltrato en el país. Cuanto más avanzado está, más frecuente es la denuncia de negligencia y de maltrato psicológico.

DIAGNÓSTICOS

EL USO DE LA CLASIFICACIÓN DEL UNICEF

En la introducción se comentaron algunas razones por las cuales debería utilizarse la clasificación de UNICEF sobre maltrato de niños, e igualmente, que PANACED desempeña su labor y consigna los diagnósticos con igual orientación, abreviada NCED. Por esta razón, hemos ubicado todos los diagnósticos encontrados en los informes de la década estudiada (n=11 893), en las categorías establecidas por dicho organismo internacional.

Resultados: los diagnósticos que aparecen en los informes utilizados de PANACED fueron reagrupados en este trabajo en las categorías diagnósticas establecidas por la clasificación de UNICEF, para las diversas formas de niños en circunstancias especialmente difíciles (NCED). Se agregó la categoría "otros" (n=56), para incluir los diagnósticos que aparecen con ese nombre. Sin embargo, creemos que se debe conservar el grupo "otros" para incluir, provisionalmente, los problemas que no estén considerados en la clasificación actual del UNICEF (Cuadro 3).

Discusión: la utilización de la clasificación del UNICEF por parte de PANACED, demuestra una perspectiva amplia de la institución frente a las diversas situaciones que afectan la salud integral de los niños en el área de NCED, ya que, con esta estrategia, se puede incluir a numerosos problemas importantes que, generalmente, no son divulgados como tipos clásicos de maltrato pero que ameritan decisiones relevantes de atención y protección, por las secuelas psíquicas, sociales y hasta biológicas que

NIÑOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCILES

Cuadro 3

Niños en circunstancias especialmente difíciles. Diagnósticos agrupados según Clasificación de UNICEF, N° y %. PANACED, Barquisimeto. Venezuela. 2000-2009

Categorías	Diagnósticos	N°	Sub-Total	%
1.- Niños con necesidades específicas de atención preventiva	Riesgo social/ Riesgo bio-psicosocial/ Omisión	6 663		
	Trastornos de conducta,	925		
	Intento de suicidio	237		
	Pensión alimentaria/ Obligación manutención	225		
	Régimen de visita	61		
	Necesidades especiales	56		
	Madre adolescente / Adolescente embarazada	36		
	Condilomatosis	22		
	Maltrato por omisión desnutrición	33		
	Accidentes hogar y tránsito	29		
	Convivencia familiar	22		
	Patria potestad/ Orientación	19		
	Violencia comunitaria	18		
	Intoxicación etílica,	18		
	Rendimiento escolar bajo	17		
	Quemaduras/ Otros traumatismos	15		
	Intoxicación por sustancias ilícitas	9		
	Trastornos de aprendizaje	9		
	Juegos sexuales	6		
	Intox. por escopolamina y por plaguicidas	3		
Trastorno genital	3			
Deserción escolar	2			
Miasis cuero cabelludo	1			
			8 429	70,87
2.- Víctimas de maltrato y abandono	Maltrato (m.): m. físico, violencia familiar.	1 598		
	M. sexual.	1 527		
	M. psicológico.	77		
	M. escolar e institucional	62		
	Otros. Raptos siniestro	6		
			3 270	27,49
	Abandono materno.	131		
	Abandono paterno	2	133	1,11
3.- En estrategias de supervivencia			-	-
4.- Niños de la calle y en la calle	Adolescente en situación de peligro, delincuencia.	1		
	Situación de calle	2	3	0,02
5.- Institucion- nalizados	Adolescentes incluidos en el sistema penal	1		
	(transgresor),	1	2	0,01
6.- Provenientes de desastres naturales, guerra. rituales	-	-	-	-
7.- Otros	Otros	56	56	0,50
Total			11 893	100,00

pueden producir. Se observa que PANACED incluyó, juntos, aspectos como maltrato por negligencia con situaciones de riesgo y además, una buena parte de los casos de maltrato psicológico en la categoría uno, cuando deberían estar en la categoría dos. En la medida en que un organismo que atienda NCED, amplíe su espectro de actividad, la utilización de esta clasificación será más útil, como ha sucedido en los últimos tres años del lapso estudiado, cuando el número de diagnósticos se triplicó respecto a los primeros siete años del lapso. Por supuesto, el número de situaciones de NCED, excede con mucho a esta clasificación, por lo que se hace necesario un acuerdo multisectorial y transdisciplinario, consensuado, entre los organismos que trabajan en el área, para aprobar un esquema común para todos los interesados. Al final de cada año se podría reunirlos y obtener mayor información tanto regional como nacional.

Frecuencia de los diagnósticos

Resultados: si se analiza la frecuencia de los nueve tipos de NCED más diagnosticados en PANACED, en el lapso estudiado (Cuadro 4), y se acepta la conveniencia de que algunos de ellos sean producto de una reagrupación, encontramos tres tipos del primer grupo de UNICEF, cuatro del segundo, dos del tercero y uno del cuarto grupo.

El número total de casos diagnosticados (n= 11 893), se presenta en el cuadro 4, con diez denominaciones diagnósticas, ordenados según su frecuencia. El primer grupo, el más numeroso, (n=6 663), abarca más de la mitad de la muestra (56,02 %) y constituye una mezcla de los dos primeros tipos de la clasificación del UNICEF. Este subgrupo incluye varias denominaciones: la primera: “riesgo social, riesgo biopsicosocial, omisión, etc.”, (sic), que se utilizó de 2000 a 2003. Luego, de 2004 a 2007, se sustituyó “etc.” por “conflicto pareja”. A partir de 2008, se consignó como “riesgo bio-psico- social”. Además, incluye maltrato psicológico a partir de 2005.

Los diagnósticos ubicados en los lugares 1 al 3 y del 7 al 9, corresponden a formas de maltrato interpersonal y constituyen 86,84 % de toda la muestra. Las tres primeras, en conjunto (n=9 788), constituyen 82,30 % del total de casos.

El segundo grupo, abuso sexual, (n=1 598), constituye el 13,43 % y no presenta cambios de denominación. El tercer grupo abarca varias denominaciones, pero sobre el mismo aspecto: Desde el 2000 hasta 2003, se utilizó el término maltrato

físico. De 2004 en adelante, desaparece esta y se utiliza “violencia familiar, maltrato”, por lo cual aparecen juntas en la casilla del tercer lugar, con 1 527 casos (12,84 %).

Trastorno de conducta, en cuarto lugar con 7,77 % (n=925), figura solo en 2008 y 2009.

La categoría N° 5 del Cuadro 4: intento de suicidio, registra 237 casos (2 %), casi dos mensuales de promedio, durante diez años. El número absoluto asciende en la década desde 8 casos anuales promedio, en el primer trienio, hasta superar los 36 casos anuales en los tres últimos años. Si se comparan los promedios del primer trienio del lapso con el último trienio (8 y 39,6), el incremento es de casi cuatro veces (3,95).

De los diagnósticos ubicados en los lugares 6° y 7°: pensión alimentaria/obligación de manutención, y abandono materno, solo “abandono materno” aparece en nueve de los diez años del lapso, con una media aritmética de 14,55 casos por año.

Maltrato psicológico, está en el octavo lugar. Solo figura entre los años 2000 y 2003. Luego, los casos de esta categoría fueron incluidos en el rubro “Riesgo bio-psico-social”, según información obtenida en PANACED.

Maltrato escolar e institucional, en el noveno lugar, fue registrado en cuatro de los años del lapso.

Los 448 casos adicionales, incluidos en “otros”, en el décimo lugar, corresponden a 27 diagnósticos diferentes, (3,76 %), de los casos atendidos, los cuales generalmente fueron consignados en los tres últimos años. Algunos de ellos no se refieren, de manera expresa, a situaciones especialmente difíciles (Cuadro 4).

Discusión: el elevado número de casi doce mil casos de la muestra en general, con un incremento muy importante en los últimos cinco años del decenio estudiado, revelan parcialmente la existencia de un importante problema social que debe estimular a las autoridades competentes, a iniciar, a la brevedad posible, una investigación detallada de la situación de los niños en Venezuela, especialmente si consideramos que en el resto del país, el problema debe ser similar.

Los 6 663 niños de diversas edades en el grupo N° 1, con la concurrencia de diagnósticos de problemas de diversa índole, que ameritan estrategias específicas de investigación y prevención, merecen el beneficio de que, en el futuro, se divulguen diagnósticos más precisos que los consignados en los informes, para poder valorarlos por separado y en conjunto, ya que, este primer gran grupo de múltiples situaciones

NIÑOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCILES

Cuadro 4

Niños en circunstancias especialmente difíciles. diagnósticos más frecuentes, según orden, tipo, año, N° y %. PANACED, Barquisimeto. Venezuela. 2000-2009

Orden	Diagnóstico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
1	Riesgo social, bio-psico-social, omisión, etc.	153	107	129	137	301	1 106	988	892	1 455	1 395	6 663	56,02
2	Maltrato sexual	82	81	81	64	132	235	248	208	245	222	1 598	13,43
3	Maltrato físico												
4	Violencia familiar	46	59	35	20	178	279	233	201	255	221	1 527	12,84
5	Trastorno de conducta	-	-	-	-	-	-	-	-	419	506	925	7,77
6	Intento de suicidio	9	8	7	12	27	24	31	37	45	37	237	2,00
7	Pensión alimentaria/Obligación de manutención	-	-	-	-	47	-	66	37	49	26	225	1,90
8	Abandono materno		19	15	5	17	11	10	11	27	16	131	1,10
9	Maltrato psicológico	40	19	16	2	-	-	-	-	-	-	77	0,64
10	Maltrato escolar e institucional	22	19	26	-	-	-	-	-	25	-	62	0,52
	Otros	-	-	-	-	-	-	-	52	150	246	448	3,76
	Total	352	312	309	240	716	1 655	1 604	1 459	2 674	2 671	11 893	99,98

de riesgo, significa más de la mitad (56 %), de los problemas relacionados con las situaciones especialmente difíciles presentadas en el lapso.

Es obvio que el primer grupo necesita una subclasificación, para conocer mejor su composición y características. Consideramos que todas estas denominaciones, al igual que las numerosas causas restantes, constituyen formas de maltrato, aunque habitualmente no se les incluya en las estadísticas con esa calificación. Además, es lógico, que ellas incluyan otras formas, como maltrato psicológico y otras, de manera que, en estricto sentido, todas son formas mixtas, lo que sucede es que se identifican por sus rasgos más evidentes y predominantes. Este es uno de los grandes problemas de denominación y clasificación de esta importante área del conocimiento.

No se conocen cuántos de estos 6 663 casos corresponden a negligencia, tipo de maltrato que, por cierto, ha sido analizado en la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU (Strauss y col.), y consideran que su definición y utilización, adolece de claridad, por lo cual, este tema, fue motivo de una conferencia que produjo, entre otros productos, una nueva definición: “*hay negligencia, cuando la persona responsable de*

la atención de un niño deja de actuar en la forma como está pautada por la cultura de la sociedad a la que pertenece, para que se cumplan las necesidades que debe proveer al niño a su cargo”(31).

El maltrato sexual, ubicado en el segundo lugar, con 1 598 casos, (13,43 %), también constituye una cifra alarmante ya que, su número, casi se duplica en los años del segundo quinquenio. La existencia de algunos datos adicionales en los informes permite un análisis más preciso de los casos de maltrato sexual que se presentan y comentan en la segunda parte de este trabajo.

En esta muestra, el maltrato físico, ocupa el tercer lugar, con porcentaje muy cercano al maltrato sexual (12,84 % y 13,43 %), lo cual llama la atención, porque en múltiples publicaciones, el maltrato sexual aparece con menor frecuencia y con una diferencia mayor respecto al maltrato físico.

Estos tres primeros tipos de NCED, en conjunto, abarcan el 82,30 % de la muestra (n=9 788).

Los trastornos de conducta, (n=925), en cuarto lugar, a pesar de que solo se registraron en los dos últimos años, deben plantear interrogantes

relacionadas con la investigación de sus causas. Es bien conocido el hecho de que estas manifestaciones en los niños representan, con mucha frecuencia, la consecuencia de malos tratos recibidos en el hogar, en la escuela o en la comunidad.

El intento de suicidio, en quinto lugar, con 237 casos, aporta datos interesantes y preocupantes, por varias razones: el aumento del número absoluto de casi cinco veces, en los trienios extremos del lapso, justifica una investigación específica; además, se sabe que en un número importante de ellos puede tener relación con situaciones de maltrato, especialmente de tipo sexual. Por otra parte, no aparece información sobre su magnitud, sus causas y su evolución. Al igual que sucede con otros datos de morbilidad en el país, es muy difícil conocer su número exacto, por múltiples factores, entre ellos, la existencia de numerosos organismos de salud en el sector público, además de múltiples organizaciones no gubernamentales y privadas actuando en forma independiente, sin cruce, ni concentración de información. Es de lamentar, además, que, el intento o gesto suicida, se atiende, habitualmente, como un problema individual y su incidencia y características no trascienden de la historia clínica personal, a pesar de que, seguramente, constituye la punta de un “iceberg”, respecto al entorno del niño y al cúmulo de problemas que pone de manifiesto.

Evans y col., publicaron el 2005 un análisis de diez estudios relevantes sobre pensamientos y conducta suicida, en adolescentes y jóvenes entre 12 y 20 años en un 90 % de la muestra, en tres países: Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda. Concluyeron que, en todos los trabajos en los cuales se investigó el antecedente de maltrato, se encontró una relación estrecha con maltrato físico y sexual. Otro factor relevante fue la autoestima baja (32).

El sexto lugar lo ocupa la suma de casos diagnosticados como pensión alimentaria y obligación de manutención (n=225), relacionados con aspectos legales reclamados por los adultos encargados del niño, generalmente, en situaciones de separación o divorcio.

El abandono materno, en séptimo lugar, (n=131), es un aspecto que debe generar decisiones, conductas de evaluación y de seguimiento, muy estrictas, pues se conocen las graves secuelas de estas situaciones.

Los casos de maltrato psicológico ocupan el octavo lugar, lo cual no es lo esperado, ya que, en la mayoría de las publicaciones, este diagnóstico aparece en uno de los cuatro primeros lugares de maltrato. Una parte

de la explicación, en este caso, se deriva de que solo se registró como categoría aparte, en los primeros cuatro años del lapso y luego fue incluido en el gran grupo de “Riesgo social”.

La mayor parte de los estudios sobre maltrato de niños se concentran en el análisis sobre los cuatro tipos más frecuentes de maltrato: negligencia, físico, psicológico y sexual, lo cual puede significar desatención a numerosas situaciones que afectan la calidad de vida y especialmente el futuro psicosocial de los niños involucrados.

Si se consideran solo estos cuatro tipos, con fines de comparación con otros trabajos, los porcentajes serían los siguientes: riesgo bio-psico-social y omisión: 67,54 %; maltrato sexual: 16,19 %; maltrato físico: 15,48 % y maltrato psicológico: 0,78 %.

La mayoría de las publicaciones sobre el tema de maltrato de niños, estiman que los casos registrados constituyen menos de un 10 % a 20 % de los casos reales.

Cuando se comparan estos resultados con los obtenidos por FONDENIMA en Caracas, con datos del mismo lapso que esta investigación (2000-2009), encontramos, en los boletines de informe anual de dicho organismo, en nueve años (2000 a 2004 y 2006 a 2009) (35), se atendieron en esa organización y en ese lapso, 676 pacientes, de los cuales 636 (94,06 %) correspondían a los cuatro tipos más frecuentes, el resto, (40 casos) fueron clasificados como: “otros”, “agresión intrafamiliar” y “abandono”. Para el subtotal 636, los números y porcentajes de los cuatro tipos más comunes fueron: físico 271 (40,08); psicológico 170 (25,14); sexual 125 (18,49) y negligencia 70 (10,33).

La comparación de los resultados de PANACED con los de FONDENIMA revela un porcentaje cercano en maltrato sexual con una diferencia de 6,2 puntos. Los demás aspectos son de difícil comparación por varias razones, entre otras, la proporción elevada de casos de riesgo social en PANACED que aparentemente va más allá del concepto de negligencia e incluye un número no precisado de casos de maltrato psicológico.

En EE.UU, el informe anual de 2008, divulgado en 2010, Child Maltreatment (maltrato de niños), de la entidad oficial Children’s Bureau, dependiente del US Department of Health and Human Services, ya citado, hace referencia a 3,3 millones de reportes de posibles maltratos de los cuales se comprobaron, aproximadamente, 772 000 casos. La tasa de victimización fue de 10,3 por mil habitantes menores

de 18 años. La distribución por sexo fue de 51,3% femenino; 48,3%: masculino y 0,4% no determinado. Los diversos tipos de maltrato fueron: negligencia: 71,1%; maltrato físico: 16,1%; maltrato sexual: 9,1%; maltrato psicológico: 7,3%; negligencia médica: 2,2% y desconocido: 0,3% (sic). Los principales maltratadores fueron: madre sola: 38,3%; padre solo: 18% y ambos progenitores: 17%. El 32,6% de los maltratados eran menores de 4 años; 23,6% entre 4 y 7 años; 18,9% de 8 a 11 años y 24,9% de 12 a 17 años. Hubo 1 740 fallecidos por esta causa, 45,3% menores de un año y 79,8% menores de 4 años. En cuanto a los tipos principales en los pacientes fallecidos: maltrato múltiple: 39,7%; negligencia: 31,9%; maltrato físico: 22,9%; negligencia médica: 1,5%; maltrato psicológico: 1,3%; maltrato sexual: 0,4% y otros: 2,3%. En los casos de homicidio, el 90% de los victimarios eran sus progenitores: madres: 56,2% y padres: 42,6% (30).

Los dos estudios (PANACED y Children's Bureau), registran porcentajes muy parecidos en cuanto al sexo de las víctimas, igualmente, en ambos, negligencia ocupa el primer lugar y la madre representa el maltratador más frecuente.

En Gran Bretaña, país pionero en la investigación de maltrato de niños, Corine May-Chahal y Pat Cawson, en 1988 y 1999, entrevistaron personalmente, mediante un cuestionario, a 2 869 adultos, de una muestra probabilística, tomada al azar, de todo el país, con una edad entre 18 y 24 años; 43% sexo femenino, provenientes de hogares definidos como cálidos y amorosos en más de 90% de los casos. El 16% informó haber sido víctimas de maltrato intra y extrafamiliar, antes de los 16 años. Formas graves ("serious"): 11% de negligencia (6% falta de atención; 5% falta de supervisión); 11% maltrato sexual con contacto; 7% maltrato físico y 6% maltrato emocional. La prevalencia de los tipos físico emocional y negligencia, se registró en el hogar.

El maltrato o abuso sexual fue más frecuente fuera del hogar, especialmente en citas con otros jóvenes. Los autores concluyen que, a pesar de la existencia de sistemas de protección por más de dos décadas, en Gran Bretaña: "*la prevalencia de maltrato infantil permanece inaceptablemente alta*" (34). Un comentario por invitación a Chris Hobbs, en el mismo número de la revista especializada Child Abuse and Neglect, consideran que los resultados y conclusiones de la investigación de May Chahal y Cawson, no pueden ser comparados con datos anteriores por la falta de un estudio similar realizado previamente (35).

Es obvio, además, que estos dos trabajos EE.UU y Gran Bretaña), no son comparables entre ellos, porque el primero se basa en casos identificados como maltrato y el segundo en encuestas de adultos al azar.

Colombia es uno de los países latinoamericanos que ha demostrado más preocupación y actividades relacionadas con el maltrato infantil. La Organización Afecto bajo la dirección de Isabel Cuadros ha realizado una dilatada y excelente labor en este campo. El Instituto Colombiano de Bienestar Infantil, a través de su directora Elvira Forero, declaró el pasado 20 de noviembre de 2010 que en Colombia se produjeron 43 460 denuncias sobre maltratos en todo el país, entre enero y octubre de 2010, distribuidas así: negligencia: 39,78%; maltrato físico: 35,31%; maltrato sexual: 17,40%; maltrato psicológico: 4,31%; explotación laboral: 2,21%; y prostitución infanto-juvenil: 0,96% (36).

La comparación de los datos presentados de PANACED con la frecuencia registrada en Colombia, en enero-octubre de 2010, permite observar que, al igual que en PANACED, el maltrato sexual tiene un porcentaje alto, comparado con EE.UU y con Gran Bretaña; por otra parte, el orden de las primeras cuatro causas es muy parecido.

En el texto "Maltrato en niños y adolescentes" (39), cuyo autor es el destacado pediatra mexicano, Arturo Loredó Abdalá, experto en maltrato de niños, los porcentajes son: físico: 55%; sexual: 22%; psicológico: 14%; síndrome de Münchhausen: 4%; síndrome de niño sacudido: 4% y ritualismo satánico: 1%. No aparecen casos con el diagnóstico de negligencia.

En Canadá, Trocmé y col., analizaron 7 672 casos del lapso octubre-diciembre 1998. La distribución fue: negligencia: 40%; maltrato físico: 31%; maltrato emocional: 18% y maltrato sexual: 11% (38).

IDENTIFICACIÓN DE LOS AGRESORES

Resultados: la información de este aspecto figura en 4 años: (2000 a 2003), se presenta en el Cuadro 5. Se atendió a 1 188 niños por todas las causas de consulta. Los datos de los agresores corresponden a 622 de ellos (52,35%). Los agresores aparecen, en este caso, en un solo grupo para todos los niños atendidos. Si se considera que la suma de los cuatro tipos más comunes de maltrato: (n=9 865), constituye el 82,24% del total y buena parte de los restantes no incluyen la condición de agresores específicos, los resultados podrían ser aplicables, grosso modo, al

conjunto de los cuatro tipos señalados. El análisis de los resultados relacionados específicamente con maltrato o abuso sexual se comentará, en otro lugar de este trabajo.

La madre aparece como la principal agresora en el grupo general de niños maltratados por todas las causas, con 22,86 % (n=136 casos). En una quinta parte de los casos, 20,09 %, (n=125), aparece como responsable otro familiar diferente de la madre, del padre o del padrastro; en tercer lugar “vecino” con 16,72 %, (n=104); a continuación está: padre n=100 (16,07 %) y luego: padrastro, maestro o cuidador y la madrastra con porcentajes descendentes desde 9,80 hasta 0,32 %.

Discusión: En prácticamente todos los estudios

Cuadro 5

Niños en circunstancias especialmente difíciles. Todos los tipos. Agresor según año, N° y %. PANACED. Barquisimeto. Venezuela. 2000-2003

Orden	Nexo del agresor	Total	%
1	Madre	136	22,86
2	Otro familiar	125	20,09
3	Vecino	104	16,72
4	Padre	100	16,07
5	Padrastro	61	9,80
6	Maestro/cuidador	50	8,03
7	Desconocido	30	4,82
8	Otros	14	2,25
9	Madrastra	2	0,32
Total		622	100,96

consultados, la madre aparece en el primer lugar, cuando se trata de maltrato físico o del conjunto de varios tipos de maltrato, aunque los porcentajes sean variables. Esto es coherente, si partimos del conocimiento de que, en gran número de casos, los maltratos son infligidos, o al menos iniciados, en nombre de la corrección disciplinaria que, como sabemos, se consideraba, casi universalmente, como aceptable incluso deseable, hasta hace pocos años y persiste hasta la actualidad en innumerables familias, asumido en la práctica, como un derecho y hasta como una obligación, de padres, tutores y maestros. Por otra parte, en las parejas, cuando conviven como tales, generalmente la madre permanece más tiempo en el hogar y se ocupa de los hijos, mucho más que el padre, así que asume el rol rector de la crianza de

los hijos. Finalmente, la casi totalidad de los hogares mono-parentales están a cargo de madres que intentan ejercer, sin lograrlo, la doble función de madre y padre.

En el segundo lugar, que generalmente lo ocupa el padre, aparece “otro familiar”, lo cual podría explicarse, en nuestro medio, por el incremento de familias extendidas, probablemente relacionadas con la crisis económico-social y de vivienda actual en el país, lo cual dificulta a los hijos mayores, aun casados y con hijos, establecerse aparte.

Los vecinos y el padre, aparecen con porcentaje muy cercano al 16 %. Algunos autores consideran que por haber una elevada proporción de hogares mono-parentales donde el padre está ausente, se incrementa de manera sesgada la proporción de madres maltratadoras. El padrastro, ocupa el quinto lugar con menos del 10 %, lo cual contrasta con la idea generalizada del padrastro como “gran maltratador”. Igualmente, la madrastra con menos de 1 %, a diferencia de lo que aparece en los llamados cuentos infantiles clásicos. Es obvio que cuando se disponga de los resultados separados por sexo de la víctima y por tipo de maltrato, se podrá llegar a conclusiones más precisas.

Cuando se comparan los cuadros de agresores por todas las causas de PANACED Y FONDENIMA, a pesar de que los vínculos entre maltratadores y maltratados, no están consignados en las mismas categorías de nexo y que los porcentajes son diferentes, se aprecia que la madre ocupa el primer lugar en ambos y las categorías “madre” y “otro familiar” aparecen dentro de los tres primeros lugares, en ambos cuadros. Por otra parte, “madre”, “desconocido” y “madrastra”, ocupan lugares iguales en ambos cuadros: 1°, 6° o 7° y último, respectivamente

Karen Francis y D. Wolfe publicaron un artículo sobre 51 padres, de los cuales la mitad (n=25) eran maltratadores. Se sabe que, aunque las madres aparecen en el primer lugar como maltratadoras, los casos más graves de agresión son producidos por el padre. En investigaciones de hogares biparentales, en Canadá, el 67 % de los maltratos de tipo físico eran producidos por el padre. Algo parecido sucede en EE.UU. Además, los casos mortales de maltrato físico son más frecuentes cuando el padre es el maltratador. Encontraron que los padres sentían más cólera y lo manifestaban de manera más agresiva que las madres. También tenían más problemas emocionales, tales como depresión, hostilidad, e ideas paranoides, manifestaban más estrés, sentían menos empatía por sus hijos y percibían frecuentemente que sus hijos

manifestaban emociones negativas como rabia y disgusto. Recomiendan que los padres maltratadores reciban un asesoramiento especial que considere estas características para romper el círculo vicioso que se establece con los hijos (39).

NÚMERO DE NIÑOS SEGÚN EL MES DE INGRESO

Resultados: El dato fue consignado en 3.892 casos, correspondiente a 6 años (lapso 2000 a 2005). Las diferencias entre los meses, analizadas mediante Chi², no son estadísticamente significativas.

2.-MALTRATO SEXUAL

NÚMERO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALTRATO SEXUAL

Los informes de PANACED presentan algunos datos específicos de este tipo de maltrato, lo cual nos permite un análisis más detallado que en los demás tipos. En el Cuadro 3 aparece el número total de casos de maltrato sexual en todos los años del lapso (n=1 598), lo cual representa el 13,32 % de todas las causas (n=11 595). Cuando se reúnen solo los cuatro tipos generalmente más reportados de maltrato el porcentaje sería de 16,19 del subtotal (n= 9 865), que constituyen dichas cuatro causas.

Con el fin de evaluar la evolución cuantitativa absoluta y porcentual de los casos de maltrato sexual se presenta, en el Cuadro 6, una síntesis del Cuadro 3, con el agregado del porcentaje de maltrato sexual, en comparación con el conjunto de los tres grupos de causas más comunes de maltrato.

El número absoluto de casos de maltrato sexual aumenta en forma progresiva en la década; desde 82 en el 2000, hasta superar los 200 casos anuales entre 2005 y 2009. El porcentaje, en cambio, desciende desde 25,54 % en el 2000, hasta 12,07 % en 2009, es decir una disminución de algo más de 50 %.

En la sección destinada a los datos de maltrato sexual, dentro de los informes anuales, aparece la información detallada solo en los años 2000 a 2004 y 2006 con un total de 688 casos en seis años (Cuadro 6).

Discusión: la relación de maltrato sexual con las demás formas, expresada en forma numérica, registra una cifra tres veces más alta en los cinco últimos años del lapso. El análisis porcentual, por el contrario, disminuye en más de un 50 % entre los años extremos del período analizado, probablemente debido al muy significativo incremento de casos de “riesgo social”

Cuadro 6

Niños en circunstancias especialmente difíciles. Cuatro tipos de maltrato, según N° y % global y de maltrato sexual sobre el total.
PANACED. Barquisimeto. 2000-2004 y 2006

Tipo de maltrato	Total	%
Otros tipos frecuentes de maltrato	8 267	83,80
Maltrato sexual	1 598	16,19
Total	9 865	99,99

y de “maltrato físico”, los cuales quintuplican su frecuencia entre los años extremos. Por supuesto que, en este caso, se valora más el aumento del número de casos, que casi se triplica entre los años extremos del cuadro.

El abuso sexual es el más investigado de los diversos tipos de maltrato conocidos. En el trabajo antes citado de May-Chahal y Pat Cawson, en Gran Bretaña (34), comentan que, según un estudio de Kelly y col., 1991 (40), una de cada dos mujeres (50 %), y uno de cada cinco hombres (20 %), ha tenido una experiencia sexual no deseada antes de cumplir los 18 años.

Este artículo, cita dos meta-análisis realizados por Gorey & Leslie, en 1997, en EE.UU de Norteamérica (41) donde encontraron tasas de prevalencia entre 12 % y 17 % para las niñas y 5 % a 8 % para varones. En una revisión de Finkelhor (42), realizada en trabajos de países diferentes a EE.UU, encontraron una prevalencia con media aritmética de 20 % para sexo femenino y 10 % para varones.

Los estudios que se publican en Venezuela, salvo contadas excepciones, no permiten este tipo de análisis, por tratarse de casos diagnosticados y no de encuestas de prevalencia.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE MALTRATO SEXUAL

Resultados: en los informes se presentan los datos de seis años (2000 a 2004 y 2006), el número total de casos, es 688. De estos, el 74,12 % (n=510), son de sexo femenino y el 25,87 % (n=178), del masculino (Cuadro 7).

Discusión: en los años analizados se mantiene una

Cuadro 7

Niños en circunstancias especialmente difíciles.
Maltrato sexual, según sexo, años, N° y %. PANACED.
Barquisimeto. 2000-2004 y 2006

Sexo	Total	%
Femenino	510	74,12
Masculino	178	25,87
Total	688	99,99

proporción de sexo masculino que oscila entre 17 % y 34 %, (porcentaje promedio: 25,87). En numerosos trabajos del área se ha encontrado, a través de los años, un incremento progresivo de la proporción de víctimas de sexo masculino, lo cual se ha atribuido a varios factores, entre ellos, la disminución del temor al ser señalados como homosexuales potenciales en la comunidad y la necesidad de lograr sanciones legales a los agresores.

Un estudio realizado en China, por Ye Luo y col., en una encuesta aplicada a 1 519 mujeres y 1 475 hombres del grupo de edad 20 a 64 años, sobre contacto sexual con adultos o con pares antes de los 14 años reportó una frecuencia de 4,2 % para ambos sexos, 5,1 % para hombres y 3,3 % para mujeres, lo cual es diferente a lo observado en países occidentales. Por otra parte, encontraron múltiples consecuencias en los afectados: hipersexualidad, victimización, dificultades sexuales y trastornos psicológicos (43).

En cuanto a los efectos del maltrato de tipo físico y de tipo sexual en el desarrollo de personas que no han tenido otras causas concurrentes de alteraciones de salud mental en su etapa adulta temprana, David Fergusson y col., publicaron un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda, con 1 265 personas desde su nacimiento hasta cumplir 25 años de edad. Los resultados demostraron que ambos tipos de maltrato tuvieron consecuencias sobre la salud mental de las víctimas: depresión, ansiedad, conducta antisocial, trastornos de personalidad, dependencia de drogas, ideas suicidas y suicidios en la edad entre 16 y 25 años. Los efectos fueron más importantes en los casos de abuso sexual (13 %), en comparación con el maltrato físico (5 %). En ese estudio, los casos de maltrato físico tenían más relación con el contexto familiar que en los pacientes víctima de maltrato sexual (44).

GRUPOS ETARIOS

Resultados: la información aparece en 6 de los 10 años del estudio, (2000 a 2004 y 2006). Se presentan, en el Cuadro 8, los resultados de 690 niños atendidos, separados por sexo. El número de víctimas de sexo femenino (n= 510) es el 73,91 %, del total y las de sexo masculino (n= 180), 26,08 %, en el mismo lapso. Las proporciones, según los grupos de edad, también son diferentes. En las víctimas del grupo femenino, el 67,24 % se encuentran entre 5 y 14 años. En las de sexo masculino, el 80,54 % de los niños agredidos sexualmente, se encuentra en los menores de 9 años.

Cuadro 8

Niños en circunstancias especialmente difíciles.
maltrato sexual, ambos sexos, según grupo etario, sexo,
años, N°, %.
PANACED. Barquisimeto. 2000-2004 y 2006

Grupo etario en años	Masculino		Femenino		Total
	N°	%	N°	%	
Menos de 5	68	37,77	89	17,45	157
5 a 9	77	42,77	154	30,19	231
10 a 14	32	17,77	189	37,05	221
15 ó más	3	1,66	78	15,29	81
Total	180	99,97	510	99,98	690

Discusión: la confiabilidad de estas conclusiones depende de que los maltratos sexuales se identifiquen y se denuncien, independientemente del sexo de las víctimas. La diferencia entre los dos sexos es significativa, menor de 0,001. En esta muestra, los grupos de edad donde se registró mayor número de agresiones fueron los comprendidos entre 5 y 14 años en las niñas y los menores de 9 años en los varones. En relación con los datos de población deducidos del XVI Censo Nacional de Población y Vivienda, el último efectuado en el país (mayo 2000), el grupo de niñas 5 a 14 años está sobre-representado y el grupo de los varones menores de 5 años y los mayores de 15 años está sub-representado.

Según los resultados presentados, una niña de 15 a 17 años tiene 25 veces más riesgo de maltrato sexual que su equivalente de sexo masculino. Si la niña tiene 10 a 14 años la diferencia es de 4,9 veces. Si la niña tiene 5 a 9 años la diferencia es del doble, siempre con predominio de las niñas.

NIÑOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCILES

En España, Fuertes y col., publicaron los resultados de una investigación sobre la prevalencia y vulnerabilidad en una muestra de 477 mujeres universitarias españolas con edad entre 17 y 25 años. La encuesta se repitió con 366 de las mujeres. El 30,9 % de las encuestadas se había visto implicada en un episodio sexualmente coercitivo, al menos en una ocasión, por un varón con quien tenían relación de pareja, de amistad o recién conocido. Al menos en la mitad de los casos culminó en una relación sexual indeseada: (45)

Más de la mitad (55,70 %) de 2 594 niños atendidos por todas las causas de maltrato en este trabajo y casi la mitad (43,76 %) N=302, de los 690 niños diagnosticados como maltrato sexual incluidos en esta muestra (véase cuadros 2 y 9), tenían diez o más años de edad, es decir, eran adolescentes según la definición establecida por la OMS, lo cual sugiere que la investigación en este sector de la población, debe ser objeto de investigaciones específicas y de énfasis en la actuación preventiva.

En este sentido, Walsh y col. (46), publicaron, en 2008, la validación de un cuestionario elaborado especialmente para adolescentes de uno y otro sexo y de valor más específico para los maltratos de tipo físico y sexual. La revisión y validación de este cuestionario en nuestro medio sería un aporte importante para conocer la frecuencia y características de ese grupo de edad.

TIPO DE AGRESOR SEGÚN DOS GRUPOS DE EDAD DEL AGRESOR: ADULTO Y ADOLESCENTE

Resultados: La información de los años 2000 a 2004 y 2006 se refiere a un subtotal de 652 casos en los cuales se determinó el grupo de edad del agresor: adulto o adolescente. En 507 casos (77,76 %), las víctimas eran de sexo femenino y en 145 (22,23 %), de sexo masculino. En el Cuadro 9 se presentan los datos según el grupo de edad del agresor y en el Cuadro 10 de acuerdo con el nexo del agresor.

Discusión: en esta muestra, las víctimas de sexo femenino fueron agredidas por adultos, en casi un 80 % de los casos (diferencia significativa, menor de 0,001), en cambio, cuando la víctima era de sexo masculino, los adultos y los adolescentes participaron como agresores, en una proporción, cercana al 50 %. En el caso de los varones la diferencia no es significativa (P=0,34).

El análisis del grupo de edad de los agresores según

Cuadro 9

Niños en circunstancias especialmente difíciles. maltrato sexual. víctimas ambos sexos, según edad del agresor, N° y %.

PANACED. Barquisimeto. 2000-2004 y 2006

Grupo de edad del agresor	Masculino		Femenino		Total
	N°	%	N°	%	
Adulto	69	47,58	405	79,88	474
Adolescente	76	52,41	102	20,11	178
Total	145	99,99	507	99,99	652

el sexo de las víctimas clarifica dos aspectos. En primer lugar, demuestra la importante proporción de la participación de adolescentes en maltratos sexuales en la muestra. Por otra parte, obliga a supervisar más y educar mejor, tanto a los adolescentes posibles agresores como a las posibles víctimas de uno y otro sexo. Desde el punto de vista legal y psico-social hay que actuar sobre dos niños: el agredido y el agresor. Por otra parte y muy importante, es la necesidad de estudiar los antecedentes personales, las características de la personalidad y otros aspectos bio-psico-sociales de los adolescentes maltratadores, con el fin de elaborar un perfil de predicción que permita atenderlos en forma preventiva.

En la revista especializada Child Abuse and Neglect N° 31, de julio de 2007, apareció un comentario de Bryan Oliver sobre los agresores sexuales juveniles, es decir, adolescentes y adultos jóvenes, entre 18 y 21 años de edad y además, una opinión por invitación, de Kim Oates, sobre el artículo de Oliver (47).

Oliver considera que se puede reducir la frecuencia de agresores sexuales juveniles con la puesta en práctica de tres pasos. 1.- Hablarle a los adolescentes del daño que puede producir este tipo de acciones; 2.- Explicarles los riesgos de alimentar fantasías sobre relaciones sexuales con niños y 3.- Intervenir cuando se encuentren signos de alarma en este sentido. Los principales signos de alarma que señala son: tener pocos amigos contemporáneos; pasar mucho tiempo con niños pequeños; manifestar que le atraen sexualmente los niños pequeños y una serie de signos adicionales tales como masturbación compulsiva, adquirir regalos para entregarlos a niños y trabajar como cuidador de niños, entre otros. El planteamiento tiene especial importancia, porque es bien conocido que muchos adultos maltratadores

sexuales, comenzaron a serlo desde la adolescencia. Por otra parte, este autor considera, que la intervención temprana tiene inconvenientes de tipo ético y religioso.

Oates por su parte, afirma que en Canadá, EE.UU y Reino Unido, la frecuencia de maltratadores sexuales juveniles, oscila entre 33 % y 40 % y comenta que los agresores sexuales juveniles constituyen un grupo heterogéneo con dos grandes subgrupos: los que han cometido además, otros delitos y los que no los han cometido. En ambos casos hay dos posibilidades adicionales: que hayan sido víctimas de maltrato sexual en la infancia o que no hayan padecido esta situación (48).

La posibilidad de que el agresor sexual sea un niño no adolescente ha sido investigada. Debbie Sperry y B. Gilbert, publicaron en 2005, un artículo sobre este tema en la revista *Child Abuse and Neglect* (49). Debe aclararse que utilizaron como límite inferior de la adolescencia la edad de 13 años, lo cual es diferente a la establecida por la OMS (10 años). Los autores citan más de diez trabajos similares previos. En encuestas realizadas a 707 niños encontraron 14 % (n=98) que reportaron al menos una experiencia de maltrato sexual antes de los 13 años. El 65 % de ellos eran de sexo femenino. Concluyen que aunque las consecuencias psicológicas parecen menores que las encontradas cuando los agresores son adultos o adolescentes habitualmente, debe tomarse en cuenta esta posibilidad en las investigaciones de maltrato de niños.

NEXO DE LOS AGRESORES SEXUALES CON LAS VÍCTIMAS

Resultados: se registraron 557 agresores, de los cuales 102 agredieron a niños de sexo masculino (18,31 %) y 455 agredieron a niños de sexo femenino (81,68 %). Se presenta en el Cuadro 10. A pesar de que los lapsos no son iguales, los agresores de víctimas de uno y otro sexo se presentan yuxtapuestos.

La diferencia entre los agredidos según sexo es significativa, "P" menor de 0,001. Los tres primeros lugares los ocupan las mismas categorías de agresores: "otro familiar", "vecino" y "padraastro", aunque el orden no es idéntico. El ítem "Otro familiar" tiene un porcentaje superior en las víctimas de sexo femenino. En la muestra, no hay información sobre víctimas con más de un agresor. Los tipos de vínculo "otro familiar y vecino" están presentes en los dos primeros lugares, tanto en las víctimas femeninas como en las masculinas. El nexo "otro familiar", ocupa el primer lugar en víctimas femeninas con un tercio de los casos (31,42 %), y el segundo lugar con 39,21 % en las víctimas de sexo masculino. Por el contrario, el vínculo "vecino", ocupa el segundo lugar (28,79 % en las víctimas femeninas y el primero en las masculinas (39,21 %)). El tercer lugar, en ambos casos, lo ocupa el padraastro.

La denominación "otro familiar" excluye al padraastro y al padre, por formar estos, parte de las categorías de vínculo utilizadas.

Cuadro 10

Niños en circunstancias especialmente difíciles. Maltrato sexual. Víctimas masculino y femenino, según orden, N° y %. PANACED. Barquisimeto. Venezuela. 2002, 2003 y 2006

Orden	Masculino		Orden	Femenino	
	Nexo del agresor	N°		Nexo del agresor	N°
1	Vecino	46	1	Otro familiar	143
2	Otro familiar	40	2	Vecino	131
3	Padraastro	8	3	Padraastro	59
4	Padre	4	4	Desconocido	52
5	Desconocido	2	5	Padre	48
6	Otro conocido	2	6	Otro conocido	16
7	No precisa	-	7	No precisa	6
Total		102	Total		455

Discusión: estos resultados apoyan el hecho, bien conocido, de que las personas que cometen maltratos sexuales contra los niños, forman parte del entorno más cercano de las víctimas, lo cual permite orientar a los padres, personal de salud y de educación en la prevención de este delito.

Si se comparan estos resultados con los tipos de agresor en el grupo de todos los maltratos, en conjunto, presentados antes en el Cuadro 6, encontramos que en aquél, la madre ocupa el primer lugar con casi un 25 % del total, en cambio, en el maltrato sexual, la madre no aparece dentro de los implicados.

El análisis comparativo con los resultados que presenta FONDENIMA sobre los agresores sexuales, en sus informes del mismo lapso de diez años, no fue posible por las diferencias en la nomenclatura utilizada y la forma de agrupación de los agresores.

COMENTARIO FINAL: Quizás uno de los aspectos más importantes del maltrato de niños es la falta de visibilidad adecuada y completa del problema. Las definiciones y clasificaciones que se han utilizado tradicionalmente para diagnosticar los diversos tipos de maltrato han sido objeto de una especie de reduccionismo, que en nuestra opinión, no contribuye a evaluarla en todo su significado. Una de las causas puede haber sido la búsqueda de lesiones concretas que merezcan un diagnóstico objetivo, con lo cual, para utilizar un símil muy conocido: “se examina muy bien el árbol pero se deja de ver el bosque”. Igualmente, puede pasar lo contrario, que por diagnosticar la circunstancia social, se deje de ver la lesión concreta. Este análisis obliga a plantear la necesidad de una estrategia ágil, frente al muy complejo y multifactorial problema del maltrato de niños, entendido como un daño multisistémico, no solo actual, sino del futuro de las víctimas y de la sociedad.

Por experimentar una prolongada etapa de crecimiento, desarrollo, maduración e integración a la sociedad, los niños y jóvenes necesitan un apoyo integral continuo, cargado de afecto, que debe comenzar desde antes de la concepción y acompañar a todo el proceso de su transformación en adultos sanos, maduros y felices, para que puedan alcanzar las metas humanas a las que tienen pleno derecho.

Detrás de estos grupos de niños, comentados en este trabajo, especialmente en los más numerosos, hay un valioso conjunto de datos ocultos, de gran valor clínico y epidemiológico, por lo cual es necesario,

que se incluyan diagnósticos de circunstancia y además, los detalles diagnósticos que subyacen, lo cual puede otorgar mayor precisión a la información y permitiría llegar a conclusiones de importancia en la prevención y en el diagnóstico precoz de cada tipo de circunstancia especialmente difícil (CED). Por otra parte, seguramente, además de los diagnósticos principales, haya otros diagnósticos que también pertenecen a la categoría NCED. Por ejemplo, por citar solo uno: dentro de la categoría “Trastorno de conducta” (n=295), registrados en los años 2008 y 2009, deben existir muchos subtipos de daño que no figuran en los informes disponibles.

También es necesario analizarlos por los subtipos conocidos en cada categoría, es decir, por grupos de edad, por sexo, número de hermanos y ubicación etaria entre ellos, embarazo deseado, número de abortos previos de la madre, calidad del control prenatal, antecedente de separación prolongada en el período neonatal, duración de la lactancia materna, edad de los padres, tipo de familia nuclear o extendida, situación legal y emocional de la pareja, estructura y funcionamiento familiar, hogar mono-parental, paternidad o maternidad múltiple de la familia, antecedente de maltrato de los padres en su infancia y juventud, violencia familiar en su hogar de origen o en el actual, análisis del nivel socioeconómico y de instrucción de la familia, condiciones de la vivienda, existencia y calidad de los servicios de agua, aseo y excretas; existencia y utilización de redes de apoyo social, tipo y prácticas religiosas o de sectas; desempleo, subempleo, enfermedad mental en los padres, pérdida reciente de familiares, existencia o no de hacinamiento, antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas ilícitas por los padres u otros miembros de la familia, condición de hijo biológico, entenido (hijastro), adoptado o asumido, existencia de malformaciones congénitas o de retardo psicomotor del paciente o de sus hermanos, frecuencia de accidentes y sitios de consulta por este motivo, rendimiento escolar, comportamiento en la escuela, con otros niños y con los animales, datos que seguramente están consignados en la historia correspondiente.

Con el cruce de estos datos, se podrá intentar la estructuración del perfil de los diversos tipos y subtipos de NCED, lo cual puede ser de gran utilidad en las estrategias de prevención y de diagnóstico temprano de estos casos y de sus entornos familiares.

Toda la nomenclatura y metodología que se utilice, debería ser estandarizada, bien conocida y

estrictamente aplicada, por todas las instituciones públicas y privadas, para poder reunir los resultados y disponer de cifras regionales y nacionales.

El conocimiento de la frecuencia real del número de niños en circunstancias especialmente difíciles, en cualquier país, es prácticamente imposible por las razones ya señaladas, sin embargo, es de esperar que en la medida en que, en un país determinado, sean más frecuentes factores tales como: pobreza, empobrecimiento, falta de equidad, impunidad, hacinamiento, desempleo, subempleo, alto costo de la vida, alto consumo de alcohol, consumo y tráfico de drogas ilícitas, delincuencia, tasa elevada de homicidios, inseguridad personal y jurídica, deficiencia de redes sociales de apoyo, alta frecuencia de familias mono-parentales, poco acceso a la anticoncepción, deserción escolar, embarazo de adolescentes, por citar solo los más importantes, habrá más casos de NCED, porque todas esas características, al igual que los NCED, son diversas formas de violencia. Se podría argumentar que esta aseveración debe ser demostrada científicamente, lo cual es cierto, pero sucede que, en los países con estas características, también hay deficiencia en la recopilación de información precisa y en la divulgación oportuna sobre problemas como NCED, lo cual constituye una especie de “indeseable armonía del subdesarrollo”. Es como una guerra, en la cual, “la primera víctima, es la verdad”.

Por el contrario, en la medida en que un país logra, no solo crecimiento sino también desarrollo, se recaba más información sobre problemas como NCED, se organiza y se divulga, lo cual puede producir la falsa impresión de que tiene más problemas.

Haber tenido acceso a esta información sobre 11 893 niños en circunstancias especialmente difíciles, nos estimuló a presentarla en el ambiente académico, a pesar de que la data disponible no es completa, ni exhaustiva. Se analizó con la finalidad de contribuir, no solo a su conocimiento, sino a estimular la toma de conciencia de su gravedad y trascendencia y a la ejecución de decisiones y acciones que permitan mejorar su investigación, evaluarla y proponer soluciones a corto, mediano y largo plazo. No se debe olvidar que la primera parte de la solución de un problema es conocerlo y aceptar su existencia. Puede parecer utópico, pero hay que recordar que problemas tan graves como la esclavitud, que parecía irresoluble y hasta necesaria y la convivencia democrática que, por muchos siglos, fue considerada inalcanzable, han sido resueltos en buena parte del planeta que habitamos. Como todo, es cuestión de voluntad,

tiempo y tenacidad.

CONCLUSIONES

1. El trabajo realizado por PANACED y otras organizaciones, demuestra la importancia de los problemas relacionados con la situación de los niños en Venezuela y significa una actividad valiosa al atender, diagnosticar y tratar diversos tipos de circunstancias que afectan la salud integral de las personas menores de 18 años.
2. La clasificación “Niños en circunstancias especialmente difíciles”, creada por UNICEF, y utilizada por PANACED, permite un conocimiento más amplio de los diversos tipos de problemas bio-psico-sociales que pueden confrontar los niños y su entorno familiar y social, lo cual tiene ventajas sobre la utilizada generalmente, que por lo regular se limita a tipos específicos de maltrato, sin señalar las circunstancias que les rodean.
3. Todos los grupos etarios de menores de 18 años están presentes en la muestra, lo cual demuestra el amplio espectro del problema.
4. Las circunstancias denominadas en PANACED “riesgo social” y “omisión”, representan más de la mitad de los casos, lo cual es de gran valor para el diseño de políticas de atención y prevención en el país.
5. El intento de suicidio por parte de niños, tema que generalmente no figura en las investigaciones sobre maltrato, muestra un incremento de 3,9 veces entre los años extremos del lapso estudiado, lo cual obliga a investigaciones específicas, no solo por su valor absoluto, sino por su conocida correlación con los maltratos en niños y jóvenes.
6. En esta muestra, la proporción de niños de uno y otro sexo es muy parecida, en los casos de maltrato en general. En los casos de abuso sexual la proporción de sexo femenino es significativamente mayor en las niñas: 3 a 1.
7. Los agresores identificados en el análisis global son la madre, otro familiar, vecino y padre. En los casos de maltrato sexual los principales agresores fueron otro familiar y vecino.
8. Los grupos etarios de mayor riesgo de maltrato sexual están entre 5 y 9 años en las niñas y en los menores de 9 años en los varones.
9. En los casos de maltrato sexual, la mayoría de los agresores forma parte de su entorno cercano, tanto de familiares como de vecinos.

10. En los casos de maltrato sexual con víctimas de sexo femenino, los adultos fueron agresores en mayor proporción que los agresores adolescentes. Cuando las víctimas eran de sexo masculino no hubo diferencias en las proporciones entre agresores adultos y adolescentes.
11. Los resultados de los estudios de casos de maltrato tienen la limitante de que no se conoce sino una pequeña parte de la realidad, es decir, que seguramente, hay un importante sub-registro.
12. La falta de acceso a los datos provenientes de los organismos oficiales, contribuye notablemente al sub-registro.
13. La compilación de los datos completos permitiría el cálculo de tasas con el fin de orientar las estrategias de atención y prevención.

RECOMENDACIONES

1. La importancia y trascendencia de la existencia de numerosos niños en circunstancias especialmente difíciles en el país, amerita investigaciones sistemáticas en todo el territorio nacional que mejoren significativamente el número de casos identificados y permita la elaboración de más y mejores planes de prevención y de atención de este grave problema social en Venezuela.
2. Es muy importante realizar estudios post-facto sobre las consecuencias psicosociales y físicas que se presentan en los niños sometidos a las diversas formas de circunstancias especialmente difíciles, especialmente en los casos de maltrato en sus diversas formas.
3. Es necesario crear en el país, una normativa, preferiblemente única y elaborada mediante consenso, con criterios estandarizados, que pueda ser utilizada por todos los organismos públicos y privados, para analizarla, comparar los resultados, reunirlos y disponer de cifras nacionales y regionales confiables. Esta clasificación, debidamente pareada con las leyes vigentes y adecuadamente modificada, debería abarcar todas las posibilidades conocidas de los NCED.
4. Igualmente debe gestionarse la revisión y ampliación de las categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la OPS/OMS, relacionadas con NCED, ya que la actual (CIE-10), contiene un número muy escaso de posibilidades diagnósticas en el área del maltrato de niños.
5. La normativa citada podría partir de la elaborada por UNICEF, debidamente revisada, ampliada y complementada, tomando en cuenta la legislación nacional vigente.
6. Las denominaciones que se utilicen deben ser muy precisas, preferiblemente acompañadas de un glosario y una guía para su utilización.
7. Es muy recomendable que no se modifique unilateralmente la nomenclatura sobre NCED, a menos que sea por motivos bien justificados y para su aplicación por parte de todos los interesados.
8. El incremento, de casi 300 %, observado en el número absoluto de niños sometidos a maltrato sexual, debe recibir atención muy especial, por la trascendencia bio-psico-social que produce a corto, mediano y largo plazo.
9. El intento de suicidio y el suicidio de niños y jóvenes ameritan un estudio nacional
10. Deben revisarse los programas y planes de estudio de las profesiones y de formación de funcionarios, relacionados con maltrato de niños y jóvenes, para garantizar la presencia y calidad del tema en su formación básica, con el fin de permitir una actuación adecuada en la prevención y atención de NCED.
11. Los organismos como PANACED, FONDENIMA, CECODAP y similares deben recibir apoyo y respaldo de manera permanente y adecuada por parte de los organismos oficiales, para que puedan continuar, ampliar y mejorar las acciones de atención, prevención e información sobre este grave problema.
12. Es necesario que se divulguen oportunamente los resultados de las acciones oficiales, en el área de maltrato de niños.
13. Considerando la complejidad del manejo adecuado de los aspectos médicos de los casos de NCED, se recomienda la realización de cursos de actualización que permitan a los profesionales relacionados con el problema la adquisición de conocimientos y experiencias específicas en este campo, y a mediano plazo, la formación de médicos pediatras y otras personas especializadas en la atención de pacientes con NCED, como plantearon Lane y Dubowitz en 2009 (50).

REFERENCIAS

1. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. (DRAE). 22ª edición. Madrid, Real Academia de la Lengua Española, 2001.

2. Misle O, Villamediana C. Centro Comunitario de Educación Popular. (CECODAP). Informe Anual 2009. El Nacional (Caracas) Educación y sociedad. 21-1-2010.
3. Mauras M. Los menores en circunstancias especialmente difíciles. En: Derecho a tener derecho. Infancia, derecho y políticas sociales en América Latina. UNICEF, Guatemala (2). 1997.p.62-74.
4. Biblia. Génesis, cap. 1, versículos 2 y 4. Barcelona (Esp.) Editorial Mundo Hispano, 1989.
5. Aristóteles: La Política. /Versión de Nicolás Esteváñez./ Biblioteca de autores célebres. París, Ed. Garnier hermanos, 1920.
6. Hellbrodt TH, Pechstein J. Fundamentos generales. En: Opitz H, Schimid F, editores. Enciclopedia Pediátrica. Vol 3. Madrid: Editorial Morata; 1969.p.302-337.
7. Tardieu A. *Étude médico-legale sur les Sevices mauvais et traitement exercés sur des enfants.* Annales d'hygiène publique et de médecine légale, París, 1860, 13: 361-398
8. Wilson ME. La historia de María Elena, American Human Association, http://www.americanhumane.org/site/pageServer?pagename=wh_mission_maryellen_wheeler [consultado el 23 de noviembre de 2010]
9. Caffey, J. Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR*: 1946;56:163-173.
10. Kempe CH, Silverman F, Steele B, Droegenmueller W, Silver HK, et al. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24.
11. Fontana, Vincent, Donovan D, Wong R. The maltreatment syndrome in children. *N Engl J Med*. 1963;269:1389-1394.
12. Monzón I. "Abuso sexual: Violencia de la desmentida". *Revista del Ateneo Psicoanalítico. Subjetividad y propuestas identificatorias. Problemáticas sociales y clínicas.* 1999;2:142-176.
13. WHA49.25 (Asamblea Mundial de la Salud) Informe mundial sobre la violencia y la salud, publicado en español para la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2002.
14. WHO (Organización Mundial de la Salud). Global Consultation of Violence and Health. Violence, a public health priority. Ginebra. OMS.1996
15. Report of the consultation child abuse prevention. 29-31 March 1999. WHO. Geneva. (Ginebra). Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/PVI, 999.1).
16. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Nueva York. 26 de enero de 1990. (Documento oficial)
17. OPS/OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002, Washington. Publicación Científica y Técnica N° 588.
18. Organización de las Naciones Unidas. Informe Mundial sobre la Violencia contra los niños y las niñas", 2006, Ginebra, Suiza.
19. Francisco J. Los derechos del niño. En: Escalona L, Febres G, editores. Tratado de Puericultura. 1998. Valencia. (Venezuela). Ed. Publiart. 1998.p.565-593.
20. Machado R Y, Machado GH. El pediatra. 1996. Caracas. Ed. Armitano.
21. Imber de Coronil L. Cadenas invisibles. El Nacional. Caracas. (1961). Octubre 21, pág. A4
22. Imber de Coronil, Lya. Niños golpeados. El Nacional Caracas. Vol. 37 (1979) Septiembre 7, pág. A4
23. Imber de Coronil, Lya. Síndrome del niño golpeado. El Nacional Caracas. (1972).. Marzo 17. pág. A4.
24. Krivoy, Abraham, R. Valdivia y V. Silva. El niño maltratado. *Bol Hosp Niños "J. M. Ríos"*. 1979;(19):45-49.
25. Francisco J. Infancia adolescencia y violencia, Cap XV. En: Atencio H, editor. Violencia, criminalidad y terrorismo. Caracas: Gráficas Armitano; 2005.p.316-339.
26. Venezuela. Congreso Nacional. Ley aprobatoria de la Convención de los derechos del Niño. Caracas. Ediciones Congreso de la República, 1990.
27. Venezuela. Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. *Gaceta Oficial* N°34.451. 29-8-1990.
28. PANACED. Historia. Impreso. s/f. 4pp
29. República Bolivariana de Venezuela. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Instituto Nacional de Estadística. Caracas: 2005.
30. Child maltreatment 2008. Children's Bureau. US Department of Health and Human Services. EEUU. 2010. Disponible en: www.acf.hhs.gov/programs/ch/stats_research [accedido: 03/02/11].
31. Strauss, Murray, G Kauffman. Definition and measurements of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child abuse and neglect.* 2005; (29): 19-29.
32. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena an abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect.* 2005;(29):45-48.
33. Fundación Nacional de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA) Informes anuales. 2000.2009. Caracas.

NIÑOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCILES

34. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29:969-984.
35. Hobbs, Chris. The prevalence of child maltreatment in the United Kingdom. *Child Abuse & Neglect*. 2005;(29):949-951.
36. Forero E. Continúa la lucha para contrarrestar el abuso y el maltrato infantil. Declaración al Diario La Verdad. En: <http://diariolaverdad.net>, consultado el 5-12-2010.
37. Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. 2004. México D. F. Lit. Romacolor.
38. Trocmé N, Tourigny M, MacLaurin B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*. 2003;(27):1427-1439.
39. Francis K, Wolfe D. Cognitive and emotional differences between abusive and non abusive fathers. *Child Abuse and Neglect*. 2008;(32):1127-1137.
40. Kelly L, Reagan L, Burton S. An exploratory study of the prevalence of sexual abuse in a sample of 16-21 year olds. Child Abuse Studies Unit. Politechnic of North London, 1991. Disponible en: soc.sagepub.com/content/25/2/519.full.pdf [Accedido el 5/03/11]
41. Gorey KM, Leslie DR. (1997). The prevalence of child sexual abuse. Integrative review and adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*. 1997;(21):391-398.
42. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994;(18):409-417.
43. Luo, Ye, Parrish W, Laumann E. A population-based study of childhood sexual contact in China: Prevalence and long-term consequences. *Child Abuse and Neglect*. 2008;(32):721-731.
44. Fergusson, David, J. Bolen & L. Horwood. Exposure to childhood sexual abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*. 2008;(32):607-619.
45. Fuertes A, Ramos M, Martínez JL, López D, Tabernero C, et al. Prevalencia y factores de vulnerabilidad y protección de la victimización sexual en las relaciones con los iguales en las mujeres universitarias españolas. *Child Abuse and Neglect*. 2006;(30):799-814.
46. Walsh Ch, MacMillan H, Trocmé N, Jamison P, Boyle MH. Measurements of victimization in adolescence: Development and validation of the childhood experiences. *Child Abuse and Neglect*. 2008;(32):1037-1057.
47. Oliver B. Three steps to reducing child molestation by adolescents. *Child Abuse and Neglect*. 2007;(31):683-689.
48. Oates K. Juvenile sex offenders. (Invited commentary). *Child Abuse and Neglect* 2007; (31): 681-682
49. Sperry, Debbie, B. Gilbert. Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse and Neglect*. 2005;(29):889-904.
50. Lane W, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse and Neglect*. 2009;(33):76-83.

Agradecimientos

Manifestamos nuestro más sincero agradecimiento a: José M. Avilán Rovira, Vanessa Francisco, Consuelo Ramos de Francisco, David Steinberg (+); César Isaacura, Adda Rivero, María Elena Chinchilla, Soledad Pérez y al personal de Secretaría de la Academia Nacional de Medicina