

## **SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. DOMINGO LUCIANI, CARACAS, VENEZUELA, ENTRE 2012 Y 2016**

VANESSA ALVIÁREZ; SILVANA PACCIONE & JUDITHI BARROSO

Unidad de Psiquiatría de Enlace. IVSS Hospital “Dr. Domingo Luciani”  
& Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela  
vane\_alv1@yahoo.com; silvanapaccione@gmail.com;  
saludmentalbs@gmail.com

### Resumen

El Síndrome del Niño Maltratado es un diagnóstico cada vez más frecuente en los hospitales generales, sin embargo, existe pobre registro en Venezuela. El objetivo del presente estudio fue describir el tipo de maltrato y diagnósticos comórbidos de niños hospitalizados en pediatría. Estudio descriptivo, diseño transversal, con muestra conformada por 98 interconsultas recibidas por el servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Domingo Luciani con diagnóstico de SNM desde 2012 al 2016. Al emplear la clasificación multiaxial para niños y adolescentes, se encontró que el tipo de maltrato más frecuente fue por Omisión/Negligencia, seguido por Abuso Sexual, con predominio de Episodio Depresivo Moderado a Grave. Se evidencia una tasa elevada de situaciones psicosociales anómalas comórbidas. Por ser tan alta la incidencia del SNM, es indispensable el abordaje interdisciplinario para elaborar protocolos de detección e intervención precoz, con el objetivo de detener el círculo de violencia, y la mortalidad y morbilidad asociadas.

Palabras clave: Síndrome Niño Maltratado, Maltrato Infantil, Psicología de la Salud.

Recibido: 10 de marzo de 2017

Aceptado: 05 de mayo de 2017

Publicado: 12 de mayo de 2017



## **CHILD ABUSE IN PEDIATRIC WARDS OF HOSPITAL DR. DOMINGO LUCIANI, CARACAS, VENEZUELA, BETWEEN 2012 AND 2016**

VANESSA ALVIÁREZ; SILVANA PACCIONE & JUDITHI BARROSO

Unidad de Psiquiatría de Enlace. IVSS Hospital “Dr. Domingo Luciani”  
& Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela  
vane\_alv1@yahoo.com; silvanapaccione@gmail.com;  
saludmentalbs@gmail.com

### Abstract

Child Abuse is a frequent diagnosis in general hospitals, although poor registration is made in Venezuela. The aim of this study was to describe the types of abuse as well as the comorbid diagnosis present in hospitalized children in a pediatric ward, through a descriptive, transversal study design. The sample consisted of 98 inter-consultation requests received by the psychiatry service unit of the Dr. Domingo Luciani Hospital with a diagnose of child abuse, from 2012 to 2016. When using the multi-axial classification of child and adolescents psychiatric disorders, it was found that the most frequent type of abuse was Neglect, followed by Sexual Abuse, with a predominance of moderate to severe Depressive Episodes. There is a high rate of anomalous psychosocial comorbid situations. Given a high incidence of Child Abuse, an interdisciplinary approach is essential to develop protocols for detection and early intervention, in order to stop the cycle of violence and associated mortality and morbidity

Keywords: Child abuse, Health Psychology, Battered Child Syndrome.

Received: March 10, 2017

Accepted: May 05, 2017

Published: May 12, 2017

El maltrato infantil es un fenómeno humano y universal, cuyas manifestaciones han variado a lo largo de la historia, pero que se ha incrementado significativamente en la sociedad moderna, estando íntimamente ligado a una serie de factores económicos, sociales, culturales y psicológicos (propios del niño, de los padres y de la familia).

El diagnóstico de “Síndrome de Niño Maltratado” fue propuesto y descrito clínicamente en 1962 por el Dr. Henry Kempe, adjudicándolo a los niños que presentaban una lesión física, de gravedad variable, cuya causa no hubiera podido ser especificada, sospechándose que el responsable era el padre o cuidador. Dicha entidad clínica logra su aceptación en la comunidad científica a partir de los avances médico-forenses, tecnológicos y en el campo de las evaluaciones psicológicas, así como por su inclusión en el marco legal y las políticas actuales de prevención y condena (Barriga & Ramos, 2009).

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su artículo 19 define el maltrato infantil como “*Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo*” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] Comité Español, 2006).

El maltrato infantil no es un fenómeno unitario. Existen diversos tipos que, por lo general, no se presentan de forma aislada y, por lo tanto, no son mutuamente excluyentes. Éstos son, según Aparicio (2008), Mesa & Moya (2011) y Pérez, Pérez, Cordova & Tweebloom (2009):

- *Maltrato Físico*: Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el infante, o que lo coloca en grave riesgo de padecerlo.
- *Negligencia/Omisión/Abandono*: Las necesidades básicas del infante (alimentación, higiene, seguridad) no son atendidas adecuadamente por los cuidadores (no por razones relativas a limitaciones económicas) que pueden llevarlo a enfermedad, lesión o muerte.
- *Abuso Sexual*: Búsqueda y obtención de placer sexual con un niño, por parte de un adulto, con o sin penetración (seducción, exposición de acto sexual o masturbación frente a un niño, pornografía, entre otros).

- *Maltrato Emocional*: Conductas de los cuidadores tales como insultos, burlas, críticas, rechazos, amenazas o humillaciones, que causen deterioro en el desarrollo emocional, social y/o intelectual del niño.
- *Síndrome de Münchhausen*: Los padres o cuidadores someten al niño a continuas valoraciones médicas, tratamientos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera intencional por el adulto en cuestión.
- *Maltrato Institucional*: Cualquier procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o de un profesional, que implique abuso, negligencia, detrimento de la salud física o emocional, de la seguridad o de la correcta maduración del niño.

En Latinoamérica, según Barraín&Bascuñán (2009) en un reporte a partir de la compilación de estudios en 16 países latinoamericanos para UNICEF y Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), de un 33% al 83% de las personas encuestadas reconocen haber sufrido o ejercido maltrato personal o en su núcleo familiar.

Pese a esas cifras alarmantes, se sabe que los reportes realizados en esta región dan cuenta parcial de la magnitud del maltrato infantil, dado que, un elevado porcentaje de los casos no son denunciados por miedo de las víctimas a retaliaciones, por falta de información respecto a las instancias a las cuales acudir, por la naturalización del fenómeno considerándolo “normal”, o como parte fundamental de la educación y la crianza (Barriga & Ramos, 2009; Pérez et al., 2009; Eckenrode, 2004).

Específicamente en Venezuela, la organización CECODAP (2015), previamente conocida como Centros Comunitarios de Aprendizaje, reportó un incremento del 10% en casos sobre violencia contra niños y adolescentes desde el 2014 al 2015, al llegar a 15.398 en el último año; de éstos, el 39,26% corresponde a violencia social, 25,89% a violencia escolar, 19,91 a accidentes, 5,56% a violencia sexual, 4,93% a violencia familiar, 4,23 a violencia institucional y 0,23% a otros tipos de violencia, acotando que esos números no constituyen la totalidad de hechos violentos a nivel nacional, ya que son solo una tendencia en base a aquéllos que son publicados en prensa.

Si bien en 1983 se creó la Oficina Nacional de denuncia del Niño Maltratado, en el Hospital de Niños “J.M de los Ríos”, en Venezuela se evidencia una

escasa detección por parte de los especialistas en el ámbito sanitario, seguido de un pobre registro de este diagnóstico. Existe, además, pobre información respecto a los factores de riesgo, los criterios diagnósticos (especialmente en el caso de maltrato sin violencia física), la intervención que ha de ser llevada a cabo (excluyendo en aproximadamente la mitad de los casos a especialistas de la salud mental en la evaluación y tratamiento), y los mecanismos legales e instituciones ante las cuales se deben hacer las denuncia al sospecharse casos de Síndrome de Niño Maltratado (Linares & Torrealba, 1995; Franco, 2007).

Además, como reporta la Red por los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes (2013), entre las limitaciones para elaborar informes relativos a esta problemática social y sanitaria, se encuentra que no se dispone de un sistema de información de estadísticas accesible para la población en general, que haga pública y de forma oficial un reporte de la situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

La Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital “Dr. Domingo Luciani” entre febrero 2012 y noviembre 2016, recibió 185 interconsultas del Departamento de Pediatría, reflejando que la impresión diagnóstica más frecuente (52,97% de los casos atendidos) correspondía al Síndrome de Niño Maltratado. Considerando el sub diagnóstico reflejado en los hospitales del país, que dificulta conocer variables asociadas al maltrato infantil en la población venezolana, y dada la ausencia de estudios comparativos a partir del abordaje terapéutico adecuado, con otros centros nacionales, el objetivo general de la presente investigación fue: describir la morbilidad de los pacientes ingresados en las salas de hospitalización pediátrica en el Hospital “Dr. Domingo Luciani”, evaluados por la Unidad de Psiquiatría de Enlace a partir de la interconsulta solicitada por el servicio tratante, cuyo motivo de consulta fue una impresión diagnóstica de Síndrome del Niño Maltratado.

Los objetivos específicos fueron: describir las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en las salas de hospitalización pediátrica del Hospital “Dr. Domingo Luciani” evaluados por la Unidad de Psiquiatría de Enlace con una impresión diagnóstica de Síndrome del Niño Maltratado; describir el tipo de maltrato evidenciado en la muestra, los diagnósticos médicos de ingreso de dichos pacientes, y las categorías diagnósticas psiquiátricas comórbidas al SNM, realizadas por las especialistas de la Unidad de Psiquiatría de Enlace, tipificadas considerando la clasificación

multiaxial propuesta por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001).

## MÉTODO

El presente estudio es una investigación descriptiva, con un diseño no experimental transversal (Kerlinger & Lee, 2002; Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

### *Muestra*

Estuvo conformada por 98 pacientes pediátricos con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado, con edades comprendidas entre los 0 meses y 17 años 11 meses, hospitalizados en las salas de pediatría y cirugía pediátrica del IVSS Hospital “Dr Domingo Luciani”, atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace dentro de las 185 interconsultas solicitadas, entre febrero de 2012 y noviembre de 2016. El muestreo fue no probabilístico accidental.

### *Procedimiento*

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo a partir de los registros de morbilidad semanales, realizados por las especialistas psicólogas de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del IVSS Hospital “Dr. Domingo Luciani”, responsables de las interconsultas provenientes del servicio de hospitalización de Pediatría (dos salas), Cirugía Pediátrica y Terapia Intensiva Pediátrica.

Se consideraron como variables demográficas de la muestra el género y la edad. Además, se consideraron los tipos de maltrato propuestos por Mesa & Moya (2011) y Pérez et al. (2009) para especificar la impresión diagnóstica de Síndrome de Niño Maltratado. Para realizar y tipificar los diagnósticos de los pacientes evaluados se empleó la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes (CIE-10) propuesta por la OMS (2001), en la cual, el Eje I corresponde a Síndromes Psiquiátricos Clínicos, el Eje II a Trastornos Específicos del Desarrollo Psicológico, el Eje III al Nivel Intelectual, el Eje IV a Condiciones Médicas, el Eje V a Situaciones psicosociales anómalas y el Eje VI a la Evaluación Global de la Discapacidad Psicosocial.

Los datos fueron transcritos y procesados empleando el paquete de programa estadístico SPSS, versión 22.0 en español. Considerando los objetivos de

esta investigación, se calcularon estadísticos descriptivos de las variables antes mencionadas.

## RESULTADOS

### *Descriptivos de la muestra*

Del total de pacientes con impresión diagnóstica de Síndrome de Niño Maltratado, la distribución de la muestra por género fue de 43 pacientes femeninas y 55 masculinos. El rango de edad fue de 0 meses a 17 años con media de 6 años. Considerando el grupo etario se encontró un mayor número de lactantes (n= 22), seguido de preescolares (n = 17), escolares (n= 31) y, por último, adolescentes (n = 28) (ver tabla 1).

Tabla 1

*Descriptivos de la muestra.*

	<b>Variable</b>	<b>Fx</b>
<b>Género</b>	Femenino	48
	Masculino	50
<b>Grupo Etario</b>	Lactante	22
	Preescolar	17
	Escolar	31
	Adolescente	28

En cuanto a los diagnósticos médicos realizados al ingreso, se encontró que Traumatismos/Envenenamientos/Consecuencias Externas (51%) fueron los más frecuentes, e incluyen quemaduras, traumatismos craneoencefálicos, politraumatismos, e incluso intoxicación por ingesta alcohólica, seguidos por Enfermedades del Sistema Respiratorio (9,2%), Enfermedades Infecciosas/Parasitarias (9,2%) y Enfermedades del Aparato Digestivo (8,2%). Es importante resaltar que el 6% de los casos ingresó por intentos suicidas, específicamente por ingesta intencional de sustancias nocivas (ver Tabla 2).

Tabla 2

*Diagnósticos médicos realizados al ingreso hospitalario.*

<b>Diagnóstico Médico</b>	<b>Fx</b>	<b>%</b>
<b>Traumatismos, Envenenamientos, consecuencias externas</b>	50	51,0
<b>Enfermedad del Sistema Respiratorio</b>	9	9,2
<b>Infeciosas/Parasitarias</b>	9	9,2
<b>Enfermedad Aparato Digestivo</b>	8	8,2
<b>Enfermedad Sistema Nervioso Central</b>	6	6,1
<b>Suicidios y lesiones auto infligidas</b>	6	6,1
<b>Endocrinas, Nutricionales, Metabólicas</b>	4	4,1
<b>Enfermedad de Piel y Subcutáneas</b>	2	2,0
<b>Enfermedad del Aparato Genitourinario</b>	2	2,0
<b>Enf Congénitas y Anomalías Cromosómicas</b>	1	1,0
<b>Enfermedad de Oído y sus anexos</b>	1	1,0
<b>Total</b>	98	100

Considerando que el motivo de la interconsulta más frecuente a la Unidad de Psiquiatría de Enlace es la impresión diagnóstica de Síndrome de Niño Maltratado, se determinó la frecuencia según el tipo de maltrato, encontrándose que el más frecuente fue Maltrato por Omisión o Negligencia ( $n= 70$ ), seguido por Abuso Sexual ( $n= 15$ ), la coexistencia de Maltrato físico y Omisión ( $n= 11$ ) y, por último, Maltrato Físico Aislado ( $n= 2$ ). Es importante acotar que tres (3) de los niños con diagnóstico que incluye Maltrato Físico, es debido a heridas por arma de fuego asociadas a Violencia Social.

Con respecto al tipo de maltrato por grupo etario, se encontró que entre los lactantes y los preescolares el SNM por Omisión es la categoría más frecuente (lactantes  $n= 21$ ; preescolares  $n= 7$ ) y abuso sexual es el que menos se diagnosticó, reportándose solo un caso entre lactantes y dos (2) en la edad preescolar. En este último grupo de edad se encontraron tres (3) casos de maltrato físico combinado con negligencia.

En cuanto a los escolares, el SNM por omisión fue el diagnóstico más frecuente en las salas de hospitalización ( $n= 17$ ), seguido por el maltrato físico combinado con negligencia ( $n= 7$ ) y el abuso sexual ( $n= 6$ ), encontrándose solo un caso de maltrato físico aislado. Por último, en los adolescentes se evidenció solo un caso ingresado por abuso sexual, siendo el SNM por omisión el tipo de maltrato más frecuente ( $n= 18$ ), seguido por la combinación de maltrato físico y negligencia ( $n= 9$ ).

Al emplear la clasificación multiaxial para niños y adolescentes (OMS, 2001), se encontró que se realizaron 20 diagnósticos comórbidos al SNM en el Eje I: 12 niños evidenciaron criterios para Episodio depresivo moderado/grave (13,3%), 5 niños para Trastorno adaptativo con predominio de síntomas ansiosos y depresivos durante la hospitalización (3,3%) y 3 niños para Estrés Agudo (ver Tabla 3).

Por su parte, en Eje II y Eje III, se diagnosticaron 5 paciente con Trastorno específico del lenguaje y 8 con Retraso Mental, respectivamente. Por último, dentro del Eje V, referido a las situaciones psicosociales anómalas asociadas, se encontraron que las más frecuentes fueron: Tipos anormales de crianza ( $n=85$ ), seguido por Ambiente circundante anómalo ( $n= 44$ ) y Relaciones Intrafamiliares Anormales ( $n= 33$ ). Es importante destacar que la totalidad de los niños y adolescentes presentaron dos o más diagnósticos en este Eje.

Tabla 3

*Diagnóstico Multiaxial.*

	<b>Diagnóstico por Ejes</b>	<b>Fx</b>
<b>Eje I</b>	Sin diagnóstico	78
	Episodio depresivomoderado/grave	12
	Trastorno adaptativo	5
	Estrés Agudo	3
<b>Eje II</b>	Sin diagnóstico	93
	Trastorno específico de Lenguaje	5
<b>Eje III</b>	Sin diagnóstico	90
	Retraso Mental	8
<b>Eje V</b>	Tipos anormales de crianza	85
	Ambiente circundante anómalo	44
	Relaciones intrafamiliares anormales	33
	Trastorno mental, limitación o alteración grupo de apoyo	18
	Acontecimientos vitales agudos	9

**DISCUSIÓN**

En las salas de hospitalización pediátrica del IVSS Hospital “Dr. Domingo Luciani”, el 52,97% de las interconsultas solicitadas entre febrero 2012 - noviembre 2016 correspondían a una impresión diagnóstica de Síndrome de Niño Maltratado, ocupando el primer lugar entre los diagnósticos psiquiátricos realizados en la población de niños y adolescentes hospitalizados, evaluados por el servicio de Psiquiatría de Enlace. Santiago & Hernández (2007) encontraron igualmente el maltrato infantil como uno de los motivos de consulta del servicio de Psiquiatría más frecuentes dentro de la población ingresada en un centro asistencial, dando cuenta de la magnitud de las implicaciones, tanto a nivel psíquico como físico, de esta problemática que viola los derechos de los niños y adolescentes.

Como señalan Mesa & Moya (2011), el maltrato infantil se asocia a una alta mortalidad y morbilidad asociadas, encontrándose asociado con retraso mental, parálisis cerebral, déficits motores y del lenguaje, trastornos del aprendizaje y de la atención, problemas de conducta (disocial, opositorista

e hiperactividad), trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad y disociativos, depresión e intentos suicidas. Dichas consecuencias se asocian, tanto al impacto a nivel psicosocial, como sobre el desarrollo neurobiológico del niño, evidenciándose alteraciones significativas en los Sistemas Nervioso Central, Autónomo, Endocrino e Inmunológico, específicamente respecto a la respuesta al estrés en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal.

Además, la vivencia de maltrato infantil fomenta la perpetuación del “círculo de la violencia”, es decir, que una víctima de maltrato puede ser un potencial maltratador en el futuro, de no obtener, junto con su entorno socio familiar, la asistencia pertinente por parte de un equipo especializado.

El síndrome de niño maltratado es un cuadro clínico que, por tanto, debe ser diagnosticado dentro de la clasificación multiaxial por ser considerado un problema objeto de atención clínica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) y, a su vez, se ha encontrado que presenta, en todos los casos, comorbilidades psiquiátricas que deben ser especificadas dentro de los seis (6) ejes propuestos por la OMS (2001), a fin de lograr una aproximación precisa que permita comprender y abordar terapéuticamente dicho fenómeno psicosocial.

En la muestra objeto de estudio, el tipo de maltrato diagnosticado con mayor frecuencia fue por omisión/negligencia, a diferencia de lo encontrado por Pérez et al. (2009) en un centro hospitalario venezolano en el Edo. Carabobo, donde se encontró una mayor incidencia de abuso sexual, seguido por negligencia o abandono. Asimismo, Aldunate, et al. (2007) en Chile y Abuná & Pimenta (2005) en Bolivia, reportan que el maltrato físico era el más frecuente en las internaciones hospitalarias.

A pesar de que como señalan Barriga & Ramos (2009), el maltrato por negligencia/omisión suele ser infra diagnosticado por la dificultad para ser detectado, se conjetura que en el presente estudio fue el subtipo más frecuente, dadas las complicaciones a nivel somático que éstas generan (traumatismos y envenenamientos por poca supervisión, infecciones respiratorias, parasitarias y digestivas en el Eje IV) que ameritan la hospitalización de la víctima para el restablecimiento de su salud. En cambio, posiblemente la mayoría de los casos de abuso sexual y maltrato físico son resueltos en el área de emergencia y canalizados hacia las instituciones responsables de su denuncia y atención. Incluso, pareciera que los casos denunciados, - que como se ha mencionado

son una pequeña proporción -, son llevados directamente al Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) donde, según CECODAP (2015), es más frecuente el abuso sexual, o al Consejo de Protección para el Niño y Adolescente pertinente, sin valoración inicial en un centro hospitalario.

En la muestra de esta investigación el maltrato por omisión es el más frecuente, evidenciándose un mayor número de niños víctimas de negligencia de sus padres en el grupo etario de lactantes, quienes parecieran ser la población más vulnerable a generar compromiso somático que amerite hospitalización, dado el impacto, potencialmente peligroso, de la pobre supervisión, fallas en los cuidados básicos y ausencia de estimulación. Con relación al género, no se encontraron diferencias entre niños y niñas, a diferencia de otros estudios que resaltan una tendencia hacia alguno de los géneros, estableciendo, incluso, la diferencia según el tipo de maltrato (Franco, 2007; Barriga & Ramos, 2009), lo cual no fue encontrado tampoco en el grupo de pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría de Enlace.

Uno de los aportes más valiosos del presente estudio corresponde a la utilización de la clasificación multiaxial de diagnósticos psiquiátricos CIE-10 (OMS, 2001), la cual ha sido escasamente reportada en investigaciones descriptivas de la morbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes hospitalizados, incluso en servicios psiquiátricos (Santiago & Hernández, 2007; Sabina, Sáez, Fuentes, Hernández & Sarmiento, 2010). Específicamente, en cuanto a las comorbilidades encontradas en el Eje I, el episodio depresivo moderado a grave fue el más frecuente, asociándose intento suicida en la mitad de estos casos, siendo ése el motivo del ingreso hospitalario. Mebarak, Martínez, Sánchez & Lozano (2010) describen una alta asociación entre maltrato infantil - específicamente abuso sexual - y depresión, incluyendo conductas suicidas asociadas a sentimientos de culpa consecuentes.

El trastorno adaptativo fue diagnosticado en cinco (5) casos, y en tres (3) se diagnosticó reacción aguda a estrés, no encontrándose criterios para otros diagnósticos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático, por ejemplo), cuya aparición es descrita por varios autores (Bustos, Rincón & Aedo, 2009; Mebarak et al., 2010; Mesa & Moya, 2011). Cabe entonces la interrogante respecto a por qué, dada la gravedad e impacto conocido del maltrato infantil, en los casos evaluados, se realizaron pocos diagnósticos clínicos en el Eje I. Mebarak et al. (2010) reportan que suele describirse en la literatura efectos sintomáticos a largo plazo, dada la poca disposición emocional de la

víctima a narrar su vivencia y describir los síntomas emergentes. Además, posiblemente el hecho de que los niños y adolescentes, en la presente investigación, fueron evaluados durante su hospitalización, inmediata al maltrato experimentado y que, en la mayoría de los casos, no continuaron controles ambulatorios en la misma institución, dificultó la posibilidad de determinar la instauración o no de un trastorno psiquiátrico comórbido. Además, la naturalización o normalización del maltrato en la subjetividad de la población, podría resultar en la ausencia de sintomatología afectiva, ideativa y conductual consecuente.

Por último, con respecto al Eje V, es importante resaltar que, todos los casos valorados presentan al menos un diagnóstico relativo a situaciones psicosociales anómalas, que tienen correspondencia directa con la vivencia del maltrato o variables contextuales (familiares o sociales) asociadas. Por ende, es sumamente importante considerar este apartado de la clasificación en futuras investigaciones. Entre los hallazgos, el diagnóstico más frecuente fue el de Tipos anormales de crianza (donde se incluye, entre otros, la supervisión inadecuada de los padres, que se corresponde directamente con el maltrato por omisión/negligencia), seguido por Ambiente circundante anómalo y Relaciones intrafamiliares anormales (incluido en este apartado el maltrato físico del niño). Es llamativo además que 18 de los niños y adolescentes presentaron Trastorno mental, limitación o alteración en el grupo primario de apoyo, correspondiente, en la mayoría de los casos, a una impresión diagnóstica de Discapacidad Intelectual en alguno de los progenitores.

Ahora bien, para lograr un diagnóstico certero es necesario que los profesionales en atención primaria, emergencia, pediatría y en el área de la salud mental exploren, al elaborar la historia clínica de cada uno de los niños atendidos, de forma amplia y directa, posibles indicadores de maltrato (en cualquiera de sus formas) o factores de riesgo asociados. Sin embargo, como señalan Linares & Torrealba (1995) el nivel de conocimiento por parte de los profesionales de la salud refleja fallas en cuanto a los tipos de maltrato, factores de riesgo y manejo terapéutico y legal. Franco (2007) resalta además que, únicamente ante el maltrato físico encontró acuerdo al momento del diagnóstico en todos los residentes de Pediatría, que ninguno conoce la totalidad de las instituciones destinadas para canalizar el problema, y que la mayoría considera que el maltrato infantil no se aborda adecuadamente como consecuencia de un sub diagnóstico.

Con base a la exposición previa, y considerando las escasas investigaciones realizadas hasta el momento en el país, es fundamental que se planteen estudios descriptivos a fin de conocer la incidencia del SNM en otros centros hospitalarios (incluyendo el área de emergencia y consulta) a objeto de promover estudios comparativos. Tomando en cuenta que en el presente estudio no fueron detallados posibles factores de riesgo, especialmente variables propias de la dinámica familiar y el entorno social inmediato, (mencionadas únicamente de forma muy general dentro de las categorías diagnósticas en el Eje V), se recomienda su operacionalización y consideración en futuras investigaciones a fin de lograr una aproximación explicativa de la aparición del fenómeno en nuestra población.

Además, como parte de la labor de los servicios de psiquiatría de enlace dentro de un hospital general, se deben elaborar programas psicoeducativos de sensibilización y entrenamiento dirigidos al personal asistencial, con el objetivo de promover la detección precoz de nuevos casos, a través de una evaluación interdisciplinaria que viabilice el registro y la denuncia oportuna. Para esto es fundamental enfatizar en la difusión de los mecanismos legales y entes responsables de la protección del niño y el adolescente, considerando, como señalan Luongo, Garroni, Portillo & Santana (2006), que el maltrato infantil es un síntoma de la estructura parental, y lo único que puede detenerlo, es la ley.

Por último, sería ideal que los especialistas en el área de salud mental, dentro de los centros asistenciales, sistematicen el proceso de evaluación y abordaje de la víctima y la familia, a través de protocolos consensuados entre los servicios de psiquiatría de enlace, y las unidades de atención del Consejo de Protección del Niño y del Adolescente, tanto para el área de emergencia, hospitalización y consulta ambulatoria.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Texto Revisado*. Barcelona, España 2002.
- Abuná, L. & Pimenta, A. (2005). Maltrato infantil por agresores bajo los efectos del alcohol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 827-835
- Aldunate, M., Moya, H., Montealegre, M., Wensioe, K., Figueroa, D., Galaz, M. & Von Dessauer, B. (2007). Maltrato infantil: diagnóstico de situación Hospital Roberto del Río. *Revista de Pediatría Electrónica*, 4

- (3), 54. Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2007/vol4num3/pdf/resumen/TRABAJO%203.pdf>
- Aparicio, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24 (1), 77 – 87.
- Barraín, S. & Bascuñán, C. (2009). Maltrato infantil: Una dolorosa realidad a puertas adentro. *Desafíos*, 9, 4-9. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf)
- Barriga, J. & Ramos, R. (2009). Tipología y características sociodemográficas del maltrato infantil de pacientes pediátricos atendidos por el grupo multidisciplinario de atención a niños víctimas de malos tratos en el Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca”. *Archivos en Pediatría*, 5 (2), 6-11.
- Bustos, P., Rincón, P. & Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *PSYKHE*, 18 (2), 113-126.
- CECODAP (2015). *Somos Noticia: Un panorama sobre las diferentes formas de violencia contra niños, niñas y adolescentes*. Caracas: El Papagayo.
- Eckenrode J. (2004). La Prevención del Maltrato Infantil y la Negligencia. En: R.E. Tremblay, M. Boivin, R. Peters (Ed). *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Recuperado en <http://www.encyclopedia-infantes.com/maltrato-infantil/segun-los-expertos/la-prevencion-del-maltrato-infantil-y-la-negligencia>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Comité Español (2006). *Convención sobre los derechos del Niño*. Madrid: Nuevo Siglo.
- Franco, M. (2007). Síndrome de niño maltratado en el servicio de pediatría del hospital “José María Benítez”. La victoria, estado Aragua. Período enero-junio 2007. *Comunidad y Salud*, 5 (2), 23-45.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. Santa Fé de Bogotá: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Linares, R. & Torrealba, E. (1995). Nivel de conocimientos del equipo de salud sobre el síndrome del niño maltratado. Centro ambulatorio “Dr. Rafael Vicente Andrade”, I.V.S.S. *Boletín Médico de Postgrado*, 11 (2), 55-62.
- Luongo, L., Garroni, S., Portillo, R. & Santana, A. (2006). Los niños maltratados de Caracas: una aproximación psicoanalítica. *Revista Facultad de Medicina*, 29 (2), 137-142.

- Mebarak, M., Martínez, M., Sánchez, A. & Lozano, E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154.
- Mesa, P. & Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: “el ciclo de la violencia”. *Revista Neurología*, 52 (8), 489-503.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Panamericana.
- Pérez, N., Pérez, Y., Córdova, A. & Tweeboom, Y. (2009). Síndrome de Niño Maltratado en el hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Enero 2000-Diciembre 2008. *Revista electrónica de portalesmédicos.com*, 4 (11), 223-224. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1601/1/Sindrome-de-Ni%F1o-Maltratado>.
- Red por los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes (2013). Informe alternativo al tercero, cuarto y quinto informe presentado por el Estado venezolano ante el Comité de Derechos del Niño. Recuperado de [http://www.cecodap.org.ve/descargables/derechosNNA/Informe\\_Alternativo\\_sobre\\_el\\_Protocolo\\_Facultativo\\_relativo\\_a\\_la\\_participacion\\_de\\_ninos\\_ninas\\_y\\_adolescentes\\_en\\_conflictos\\_armados\\_correspondiente\\_a\\_Venezuela.pdf](http://www.cecodap.org.ve/descargables/derechosNNA/Informe_Alternativo_sobre_el_Protocolo_Facultativo_relativo_a_la_participacion_de_ninos_ninas_y_adolescentes_en_conflictos_armados_correspondiente_a_Venezuela.pdf)
- Sabina, B., Sáez, Z., Fuentes, M., Hernández, N. & Sarmiento, D. (2010). Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Cienfuegos. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8, (1), 61-68. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100003)
- Santiago, M. & Hernández, M. (2007). Morbilidad y comorbilidad psiquiátrica en la interconsulta de niños y adolescentes. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40 (4), 109-113.