

**INDICADORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA PERIODO 2016-2017.
VALENCIA, ESTADO CARABOBO**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



ESPECIALIDAD PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA"

**INDICADORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA PERIODO 2016-2017.
VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Autor: Rebeca Sofía Matute Temponi

Valencia, Noviembre 2017

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la



Dirección de Asuntos Estudios
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

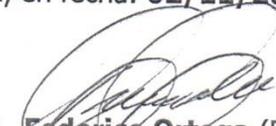
INDICADORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA" PERÍODO 2016-2017. VALENCIA, ESTADO CARABOBO

Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

MATUTE T., REBECA S.
C.I. V – 18748017

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): María A. Osio C.I. 11148205, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **02/11/2017**


Prof. Federico Ortega (Pdte)
C.I. 7016216
Fecha 02-11-2017


Prof. María Peiró
C.I. 7024832
Fecha 02-11-2017


Prof. Mayra Azuaje
C.I. 5386105
Fecha 02-11-2017

TG: 63-17



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA"



**INDICADORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA PERIODO 2016-2017.
VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Trabajo Especial de Grado presentado ante la comisión de postgrado de la
Universidad de Carabobo para obtener al título de especialista en Pediatría y
Puericultura

Autor:

Rebeca Sofía Matute Temponi

Médico Cirujano

Tutor Metodológico:

Lino Rada

Docente titular, Universidad de Carabobo

Tutor Clínico:

María Alejandra Osío

Pediatra Puericultor

Valencia, Noviembre 2017

*A Jehová, mi Dios todopoderoso
quien hizo posible culminar esta etapa*

*A mis padres, Cristóbal y Sairi
a quienes Dios puso como mi apoyo*

*A mis hermanas, Ruth, Sara y Melody
quienes me alentaron en todo momento*

**INDICADORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS EN NIÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA PERIODO 2016-2017.
VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Autor:

Rebeca Matute

Tutor Metodológico: Dr. Lino Rada

Asesor Clínico: Dra. María Osío

Año: 2016-2017

RESUMEN

El síndrome del niño maltratado (SNM) es una forma grave de maltrato infantil la cual constituye una entidad pediátrica y médico-legal que involucra daño físico y/o psicológico inferido a un niño mediante agresiones provocadas por uno o más personas que están a cargo de la víctima. **Objetivo:** Analizar los indicadores clínicos y psicológicos en pacientes con diagnóstico de síndrome de niño maltratado, que acuden al hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga periodo 2016-2017. Valencia, estado Carabobo. **Metodología:** estudio observacional, clínico epidemiológico, tipo descriptivo correlacional, transversal, no experimental y prospectivo. **Resultados:** un total de 45 pacientes fueron diagnosticados con SNM de los cuales, 60% fueron del sexo masculino, y en edad escolar 59%; la muestra se distribuyó en 40% en el estrato IV según el método GRAFFAR y predominó la presencia de un solo tipo de lesión o ninguna, entre las lesiones evaluadas se evidenció el predominio de las orgánicas 55,5%, y cutaneomucosas 24,4%, todos los niños provinieron de familias disfuncionales y ninguno presentó estabilidad emocional, con una capacidad intelectual inferior al término medio 57,7% **Conclusiones:** se observó que en los pacientes con SNM predominó el abandono físico como forma de maltrato y la repercusión en el ámbito biopsicosocial del mismo, evidenciando que todos los niños provinieron de familias disfuncionales y ninguno presentó estabilidad emocional; alrededor de la mitad presentó interacción interpersonal y aspectos conductuales ante la presión ambiental, la mayoría no presentó madurez mental ni dinámica comunicacional. **Palabras clave:** síndrome del niño maltratado, maltrato infantil, indicadores clínicos y psicológicos.

**INDICADORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS EN NIÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA PERIODO 2016-2017.
VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Autor:

Rebeca Matute

Tutor Metodológico: Dr. Lino Rada

Asesor Clínico: Dra. María Osío

Año: 2016-2017

ABSTRACT

The Battered Child Syndrome (BCS) is a serious form of child abuse which constitutes a pediatric and medical-legal entity involving physical and/or psychological harm inflicted to a child through assaults by one or more persons in charge of the victim. Objective: To analyze the clinical and psychological indicators in patients diagnosed with Battered Child Syndrome, who attend the children's hospital Dr. Jorge Lizarraga period 2016-2017. Valencia, Carabobo. **Methodology:** observational, epidemiological clinical, correlational descriptive, cross-sectional, non-experimental and prospective study. **Results:** a total of 45 patients were diagnosed with BCS of which 60% were male, and in school age 59%; The sample was distributed 40% in the IV stratum according to the GRAFFAR method, prevailed the presence of a single type of lesion or none, among the lesions evaluated it was evident the predominance of the organic ones 55,5%, and 24,4% the cutaneous-mucous. All children came from dysfunctional families and none presented emotional stability, with an intellectual capacity lower than the average 57,7%. **Conclusions:** it was observed that in patients with BCS prevailed physical abandonment as a form of abuse and repercussion in the biopsychosocial area of the victim, evidencing that all the children came from dysfunctional families and none presented emotional stability; About half of them presented interpersonal interaction and behavioral aspects to environmental pressure, most of them did not present mental maturity nor communicational dynamics.

Keywords: battered child syndrome, child abuse, clinical and psychological indicators.

ÍNDICE

Contenido

Dedicatoria.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VI
Introducción.....	1
Metodología.....	13
Resultados.....	16
Discusión.....	25
Conclusión.....	29
Referencia bibliográfica.....	31

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de la cual son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil¹.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la infancia UNICEF¹. En su 4° estudio de maltrato infantil reporta que 20,9% de niños y niñas que han recibido violencia física han sido alguna vez golpeados al punto de sangrar, quedar con hematomas o fractura y solo 10,3% han denunciado, mientras 7,1% han tenido que acudir al hospital o consultorio producto de los castigos recibidos por algún familiar. Asimismo, reporta en su último análisis estadístico de la violencia contra los niños titulado: “Ocultos a plena luz” 2012 que el número de niños que sufren violencia en forma de disciplina, generalmente en sus propios hogares alcanza como promedio, 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1.000 millones) de 2 a 14 años de edad sufren de manera periódica castigos físicos (corporales) a manos de sus cuidadores. En la mayoría de los casos, los niños son objeto de una combinación de castigos físicos y agresiones psicológicas. En general, las formas más graves de castigo corporal, como los golpes en la cabeza, las orejas y el rostro, o los golpes fuertes y reiterados, son las menos frecuentes. Además, documentó que alrededor de 120 millones de niñas de todo el mundo han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas².

Es un hecho conocido a nivel mundial que prevalece en países de ingresos bajos y medianos en los cuales, según la Organización Mundial de la Salud ³, se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años, cifra que subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas, existiendo además un gran porcentaje de víctimas de abuso sexual que no son reportadas. Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos en la niñez, y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico y víctimas de desatención.

En Venezuela existen pocas fundaciones no gubernamentales dirigidas a tratar esta problemática, entre ellas se encuentra: la Fundación de la Oficina Nacional de Denuncia del Niños Maltratado (Fondenima) de Caracas con sede en el Hospital Pediátrico J.M. de los Ríos y el cual según la Agencia de Noticias FIDES⁴ en un artículo realizado por Rivas, en marzo de 2013, muestra las estadísticas de los casos denunciados en donde las madres son las principales responsables del maltrato de sus hijos, tanto verbal como físico. Declarando que de un total de 78 casos atendidos, el porcentaje más alto de maltratos se trata de maltrato físico con 37% de los casos, seguido por el maltrato psicológico, con el 30%, los abusos sexuales con el 18% y la negligencia con el 13%. No existiendo cifras ni reportes de los organismos gubernamentales como el Consejo nacional de derechos del niño y del adolescente (CDNA) y la Ley orgánica para la protección del niño y adolescente (LOPNA) disponibles para determinar las cifras nacionales.

Por su parte, los centros comunitarios de aprendizaje, Cecodap en su balance Venezuela 2014 sobre el Impacto de las diferentes formas de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, reportó un incremento del 32,01% de casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes siendo las

áreas de mayor prevalencia el entorno familiar e institucional, correspondiendo el 81,8% de estos niños a los menores de 6 años, en cuanto al delito de violencia sexual se registró un incremento del 1,24% correspondiendo 78% al sexo femenino y 20% al sexo masculino⁵.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud define Síndrome del niño maltratado como, todo acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor. No sólo comprende el maltrato físico del niño sino también la ausencia de cuidado, amor y protección razonables de los padres, tutores o familiares hacia los niños. Según Guerrero, lo originan tres elementos fundamentales para su presentación: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema; siendo las principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia: medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteraciones de personalidad (59%), sujetos con trastornos de conducta (46%), rechazo familiar (34%) y negligencia (34%); documentándose como los principales agresores identificados en el niño maltratado: la madre (58%), el padre (25%), padrastros(11%) y otros (5%)⁶.

Actualmente, llama la atención el incremento de los casos de maltrato infantil en Venezuela, y que a pesar de las distintas estrategias de prevención dispuestas por el país mediante la creación de organismos en pro de la defensa de los derechos del niño, niña y adolescente, siguen diagnosticándose casos de violencia en todas sus modalidades y estratos sociales con altas repercusiones biopsicosociales a lo largo de la vida no solo para el niño como víctima del maltrato, sino también para su entorno, muchos de los cuales no acuden con secuelas físicas evidentes; pero, sí psicológicas que acarrear graves consecuencias en el desarrollo de este.

Todo esto conlleva a estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (en la faceta de víctimas o perpetradores); depresión; consumo de tabaco; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados; infecciones de transmisión sexual; consumo indebido de alcohol y drogas. La agresión puede ocurrir sin que sea percibida por otras personas ya que las víctimas, generalmente, no se atreven a acusar por vergüenza o por miedo a las amenazas, entre otras razones.

Cabe destacar que, muchos de estos niños acuden a centros hospitalarios en múltiples oportunidades e ingresan con diagnóstico de: síndrome del niño maltratado, presunto abuso sexual, preescolar, escolar o adolescente en situación de riesgo; principalmente, sin embargo este es solo un porcentaje de los niños en quienes se evidencia físicamente signos de violencia, pero existe otro porcentaje que acuden por diversas patologías bien sea respiratorias, gastrointestinales, del sistema nervioso central, musculoesqueléticas, entre otras que presentan indicadores de maltrato psicológico y a veces hasta físico ya borrados que no son detectados al ingreso, cuyo entorno familiar y social es violento y que a la postre desenvuelven secuelas físicas y más sólidamente emocionales que afectan su evolución, pues somatizan el maltrato.

Según datos emanados por el Servicio Social del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga 2015, existe un incremento de pacientes de edad escolar que ingresan bajo el diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado y Presunto abuso sexual como modalidad de maltrato infantil, los cuales son expuestos a la luz por familiares que ya tardíamente evidencian el acto violento y

denuncian, a través del examen físico realizado por el personal sanitario y otros son documentados por el testimonio de los niños que relatan el hecho.

Así mismo, existe la retórica que muchas veces en el niño no hay señal física de maltrato; pero, existen algunas señales que solo pueden ser reconocidas mediante un examen psicológico, un estudio de la conducta en el niño abusado, por lo cual, se propone la aplicación de test proyectivos que involucran indicadores clínicos y psicológicos, en conjunto con el examen físico y la entrevista al paciente y cuidadores que permitan conocer la dinámica familiar y social del mismo, como estrategia para la detección de niños víctima de maltrato infantil que acuden con y sin secuelas físicas e ingresan bajo diagnóstico de síndrome de niño maltratado al hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga en el periodo 2016-2017.

Planteándose la siguiente interrogante: Ante el incremento de maltrato infantil, ¿El análisis de los indicadores clínico psicológicos en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado en el Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga permitirá disminuir el número de casos de maltrato infantil?

Por lo cual la presente investigación tiene como Objetivo general: Analizar los indicadores clínicos y psicológicos en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado, que acuden al Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga periodo 2016-2017. Valencia, Estado Carabobo, planteándose además como Objetivos específicos lo siguientes: Determinar edad y sexo de los niños con Síndrome de Niño Maltratado, Determinar procedencia y Graffar de los pacientes pediátricos con Síndrome de Niño Maltratado, Analizar los indicadores Clínicos de Síndrome de Miño maltratado físicamente, Analizar los indicadores Psicológicos de niños maltratados

psicológicamente basados en test proyectivos, Relacionar los indicadores Clínicos y Psicológicos en pacientes pediátricos con Síndrome de Niño Maltratado.

Como antecedentes para respaldar esta investigación, se encuentra un estudio realizado por Chtay y Sanabria, titulado indicadores emocionales de los niños y niñas víctimas del maltrato doméstico; en el cual se procedió a la aplicación del test de dibujo de la figura humana para el estudio de los indicadores emocionales en niños y niñas víctimas del maltrato doméstico en comparación con niños no maltratados de 6-12 años, demostrando que existe en estos niños poca integración entre lo racional y lo emocional, pobre concepto de sí mismo, necesidad de afecto, poca auto aceptación, dificultades de interacción social, percepción amenazante del entorno y necesidad de reconocimiento⁷.

Así mismo, Opazo y Rivera, en un trabajo realizado en hombres y mujeres víctimas de agresión sexual crónica intrafamiliar mediante la aplicación de dicho test, establecieron un grupo control y otro afectado, determinando de los 130 indicadores gráficos diferenciales emocionales, 17 significativos. Concluyendo que el dibujo de la figura humana discrimina entre adolescentes de 12-16 años víctimas de agresión sexual crónica intrafamiliar de los adolescentes que no se sospeche hayan sido víctimas de tal agresión. Siendo los 3 indicadores del grupo abusado determinado el trazo circular, ubicación vertical zona inferior y ojos vacíos⁸.

Cabrera, aplicó el test a 110 niños que fueron sometidos a cualquier tipo de maltrato de ambos sexos, determinando la validez y confiabilidad de la misma en niños maltratados venezolanos, ya que el instrumento trabajaba con indicadores de niños estadounidenses, determinó la confiabilidad interobservador, estableció la validez de los indicadores evolutivos en

víctimas de algún tipo de maltrato, y que existe una notable diferencia según el grupo etario en el dibujo de los niños maltratados en dependencia con un factor maduracional ⁹ .

Según Fondo de Naciones Unidas para la infancia, UNICEF los tipos de violencia que se documentan son en la esfera psicológica que incluye gritos, insultos, burlas, encierro y amenaza de maltrato, y en el ámbito físico incluye la violencia física leve y grave, siendo la leve la acciones en las cuales el victimario lanza cosas, tira el cabello o las orejas del niño, le empuja o da cachetadas, y dentro de la variante grave: hay pateo, mordiscos, puñetazo, quemaduras, golpes o intento del mismo con objetos, amenaza con armas y su uso para agredir. Encontrándose esta última modalidad con el porcentaje de frecuencia más alto, representando un 25,9% del 71% de los niños y niñas que son víctimas de algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre ¹ .

Así pues, los principales factores de riesgo de la violencia lo componen; la existencia de agresión física entre los padres, ya que, los niños que sufren algún tipo de violencia tienen mayores porcentajes de padres que pelean hasta golpearse, la dependencia del establecimiento educacional pues la violencia psicológica es mayor en los establecimientos particulares pagados y la violencia física grave es mayor en los particulares subvencionados, el consumo excesivo de alcohol en el hogar documentándose un 36,8% de los niños y niñas que viven violencia física grave, pertenecen a un ámbito familiar en el cual algún miembro se embriaga 2 o más veces al mes, constando una correlación entre la existencia de problemas de salud mental y el nivel de violencia existente destacándose que para la violencia física grave y el abuso sexual, el puntaje de daño psicosocial está muy cerca del corte que define riesgo psicosocial ² .

El dibujo infantil constituye una combinación de aspectos motrices, cognitivos y de personalidad, que imprime un testimonio visual y gráfico del particular modo de funcionamiento psicológico de un sujeto, al estilo del juego en el niño y de la palabra en el adulto.

En cuanto lenguaje cifrado y expresión del desarrollo madurativo e intelectual, los dibujos son importantes instrumentos de evaluación psicológica, válidos y al mismo tiempo, económicos en tiempo y material, y relativamente fácil de aplicar. La finalidad de estos instrumentos de evaluación es la de explorar distintos aspectos psicológicos del sujeto, tales como características de personalidad, aspectos emocionales, aspectos vinculares, desarrollo de la maduración visomotriz, y nivel intelectual. Mientras algunos autores enfatizan el valor del dibujo como índice de maduración y desarrollo intelectual, otros priorizan el valor proyectivo, a través de indicadores de la dinámica de la personalidad ¹⁰.

Los niños proyectan en el dibujo emociones a las que no pueden poner palabras, por lo cual es importante el contenido de los dibujos y la manera de realizarlos, el tipo de trazo, colores escogidos, líneas rectas o curvas, presión aplicada sobre el papel, cada detalle conlleva a observar los diferentes rasgos de la personalidad y los distintos estados de ánimo del niño ¹¹.

Entre las técnicas gráficas que evalúan aspectos relacionados con la evaluación del nivel intelectual por lo general se aplica el Dibujo de la Figura Humana de Goodenough llevado a cabo a partir de 1926, mientras que para el diagnóstico de la maduración visomotriz se utiliza el Test de Bender-Koppitz, encontrándose entre las técnicas gráficas proyectivas más utilizadas, el Test de la Figura Humana según Machover implementado en 1949. Dibujando, por lo tanto, el niño expresa su nivel de desarrollo intelectual, y también proyecta espontáneamente el propio mundo interno, habla de sí mismo y de su relación con los otros ¹¹.

Dentro de las bases teóricas de la investigación definimos el dibujo de la figura humana (DFH) según Koppitz la cual está estructurada para ser aplicada niños de entre 5 y 12 años, lográndose obtener, a partir de su análisis, un nivel general de madurez mental, así como posibles indicadores emocionales, pudiéndose implementar su aplicación colectiva o individual teniendo como ventaja este último el hecho de que permite la observación directa del niño durante la ejecución del dibujo aportando así información adicional de su elaboración, lo cual resulta útil a la hora de discriminar a niños con posibles deficiencias intelectuales y emocionales, susceptibles de evaluar con mayor detalle. Dicho test aporta una puntuación objetiva, en base a las características de los dibujos de la figura humana estudiando la presencia de diferentes elementos según la edad y sexo del niño ¹². Para ello desarrolló indicadores evolutivos que se dan sólo en relativamente pocos DFH de niños ubicados en un nivel de edad menor, y que luego aumenta en frecuencia de ocurrencia a medida que aumenta la edad de los niños hasta convertirse en una característica regular de muchos o de la mayoría de los DFH de un nivel de edad dado. Estos ítems evolutivos se podían clasificar, dentro de cada grupo de edad, como esperados, comunes, bastante, comunes y excepcionales. El test del árbol es un test proyectivo de la personalidad profunda que permite explorar áreas de la personalidad, analizándose el tronco, la copa, las ramas, el suelo y otros elementos accesorios que a veces aparecen; siendo el tronco uno de los aspectos más conscientes del psiquismo, que permite evaluar: estabilidad emocional, asimismo, la copa representa la vida mental, las fantasías, la riqueza o no de la imaginación, como la persona concibe a la realidad. Las ramas conforman dos cuestiones, la capacidad para establecer vínculos y la modalidad de las relaciones con los otros, pero también la capacidad de la persona para obtener del ambiente aquello que necesita. El suelo representa la realidad y el piso en donde se arraiga. Todos estos elementos deben estar presentes en el dibujo de un árbol, sin

embargo, las raíces no deberían estar presentes porque representan el plano instintivo sexual y aspectos primitivos de la sexualidad, por ello cuando se grafica implican que algo de los impulsos no puede ser bien regulado y controlado por el yo del sujeto. Se asocian cuando aparecen las raíces a una necesidad de arraigo y de mayor estabilidad que el sujeto siente que no tiene. Es positivo que el tronco sea en ambos lados curvos porque eso significa flexibilidad y adaptación al ambiente, cuando aparece un tronco recto significa inflexibilidad mucho autocontrol y rigidez, se suma a este análisis otros factores tales como el tamaño, la ubicación en la hoja, y la calidad del trazo ¹².

El test de la casa constituye las dinámicas comunicacionales del sujeto respecto a las personas con las que convive cotidianamente, pues expone la existencia de vínculos madre-hijo conflictivos, y la presencia o no del esquema o imagen corporal sea por consecuencia de un accidente o alguna conflictiva psicológica, siendo importante conocer el ambiente cultural y el lugar real en donde el sujeto habita. En el dibujo de la Casa deben estar siempre presentes: techo, paredes, puerta, ventanas y chimenea ¹³.

Test de la persona bajo la lluvia, tiene por objeto evaluar ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental, diagnosticar modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa, o patológica nivel de ansiedad y diagnosticar o inferir estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización-desorganización.

Test de la familia, permite conocer la dinámica familiar, la cual tiene 3 protagonistas principales que incluyen la mamá, el papá, el hijo y los hermanos. Las funciones específicas y naturales en cada uno son: en la madre, la contención emocional, el amparo, el amor ilimitado y generoso. En

el padre: la autoridad, el sostén del hogar, la seguridad. En los hermanos la rivalidad, y la lucha por el amor de los padres.

La presente investigación tiene como objeto establecer como indicadores de maltrato infantil físico (los hallazgos encontrados en la valoración por el médico tratante) y psicológico a través de la entrevista clínica, test proyectivos y psicométrico: el test de dibujo de la figura humana, test del árbol, test de la casa, test de la familia, y test de la persona bajo la lluvia, además el test de Raven, de carácter psicométrico que permite valorar la capacidad intelectual, como medida de detección del niño maltratado que acude sin secuelas físicas al hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga, con el fin de disminuir el alto porcentaje de ingresos de pacientes con diagnóstico de presunto abuso sexual, síndrome del niño maltratado y escolar en situación de riesgo en una segunda hospitalización, de manera que pueda ser abordado tempranamente los casos de violencia infantil sin tener que llegar a la muerte de las víctimas para ser estudiado su entorno.

Es una estrategia que ha sido implementada por instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el mundo como medida para interpretar la proyección del niño respecto a su ámbito de vida una vez que detectan el maltrato, sin embargo en su mayoría se realiza a niños ya maltratados, en los cuales las secuelas de la violencia ya están instauradas, no habiéndose nunca implementado en las instituciones hospitalarias de Venezuela en ausencia estrategias preventivas eficaces contra el maltrato infantil, no existiendo además en el hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga medidas avocadas a prevenir dicha problemática a pesar del gran número de ingresos producto de las secuelas físicas de este hecho, siendo estas las mas ampliamente tratadas y solventadas en los pacientes.

A través del presente trabajo se espera implementar los test proyectivos y psicométricos como indicadores de maltrato infantil, en el hospital de niños

Dr. Jorge Lizarraga en los pacientes que ingresan bajo el diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado, viéndose beneficiados todos aquellos niños que en silencio son víctimas de la violencia física y psicológica y no son denunciados ante las autoridades; en este sentido la investigación servirá como la voz por medio de la denuncia no escrita de los niños maltratados a manera de exponer la importancia del aspecto psicológico en el abordaje del niño producto de violencia infantil.

Así mismo se pretende registrar el beneficio que brindaría implementar en el Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga los test proyectivos en conjunto con el examen físico realizado, como indicadores Emocionales y físicos, investigando su utilidad como herramienta para la identificación de niños con problemas afectivos, aquellos que presentan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o problemas paterno filiales producto del maltrato infantil y de esta manera abordar precozmente dicha problemática en pro de garantizar un desarrollo biopsicosocial en el niño adecuado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, clínico epidemiológico, tipo descriptivo correlacional, transversal, no experimental y prospectivo¹⁴. Es decir, la investigadora planeó el estudio, observó e informó las características de lo observado. De ahí que, la serie de casos son referidos a la descripción clínica y epidemiológica de una población o muestra con respecto a personas afectadas, tiempo de observación, lugar donde acontece o realiza el estudio con un diagnóstico determinado, que engloba los tres atributos esenciales: lugar, tiempo y personas, que serán de importancia epidemiológica¹⁵. No se ejerció control ni manipulación alguna sobre las variables en estudio, la cual consistió en la obtención de datos primarios. Por lo tanto, se estudiaron las variables en forma simultáneas en cierto momento, realizando un corte en el tiempo, analizando su estructura y explorando las asociaciones relativamente estables de las características que lo definen¹⁵. La población fue infinita o indeterminada, porque no permitió ni siquiera formarse una idea aproximada de cuantos elementos la integran¹⁶.

Es por eso, que la población estuvo conformada por todos los pacientes en edad escolar y adolescente que ingresaron con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado, atendidos en el Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga durante el periodo Agosto 2016- Marzo 2017, en Valencia, Estado Carabobo.

La muestra fue no probabilística conformada por 45 pacientes de ambos sexos en edad escolar (5-9 años) y adolescente (10-14 años), ya que, la selección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de otros factores diferentes al azar, ni basado en fórmulas de probabilidades, solo depende de la toma de decisiones de una o varias personas, o de otras circunstancias. De tipo circunstancial o errática porque se forman con los casos o elementos que el investigador tiene a su alcance. Están constituidas por grupos de personas que en determinado lapso de tiempo acuden o

transitan por un lugar específico. Son muestras formadas por sujetos errantes, para efecto del encuestador¹⁷. El método utilizado fue el deductivo porque va de lo general a lo particular, que contiene un análisis, como una guía procedimental lógica y sistemática que implica una idea clara de los objetivos obtenidos, mediante el control y evaluación permanente de las acciones y resultados tanto parciales como totales¹⁸.

Se utilizó una prueba psicológica de tipo proyectiva, que consiste en el solo dibujo de una figura humana, una casa, un árbol, una familia, y persona bajo la lluvia de parte de los niños, por medio del instrumento documentado como: Test proyectivo, el cual se emplea para la búsqueda de signos de necesidades inconscientes, conflictos y rasgos de personalidad. Y un test psicométrico, Matrices Progresivas de Raven para medir la capacidad intelectual, este brinda información sobre la capacidad y claridad de pensamiento del examinado para la actividad intelectual, valorando el razonamiento analógico, la percepción y la capacidad de abstracción. Dicho instrumento se empleó a niños y niñas en edad escolar y adolescente en dos modalidades: Individual y colectiva sin tiempo límite, permitiendo medir la madurez mental, proyectar signos de necesidades inconscientes, conflictos y rasgos de personalidad en el infante y adolescente.

Posteriormente se procedió a analizar los dibujos según las características de trazado, uso del espacio y entrevista clínica en 3 tiempos donde se abordó a los representantes o cuidadores y paciente por separado y conjuntamente a fin de complementar la suma de hallazgos y proyectar lo establecido en el papel, consecutivamente se aplicó el test psicométrico realizando la suma del número de ítems acertado por el paciente lo cual arrojó una puntuación que posteriormente fue sometida a una escala de 36 puntos, que calculada se convierte en porcentaje, y luego en rango con un índice ordinal de la capacidad intelectual del sujeto. Los test del paciente fueron analizados en conjunto con especialistas en el área de psicología y

pediatría para la búsqueda de signos clínicos y psicológicos que permitan complementar el estudio.

La recolección de datos se realizó por medio de la técnica de la encuesta, a través de un instrumento denominado ficha de estudio de casos, la cual consta de un listado de características o comportamientos, presentadas en columna, y al lado de cada una de ellas, un espacio en blanco para indicar la presencia o ausencia de la característica observada en cada sujeto, o la frecuencia y duración con que ésta se produce, estuvo conformado de un formato estructurado, que comprende 15 proposiciones, tipo cerradas, con clase de preguntas dicotómicas que ofrecen dos opciones para la respuesta “SI” “NO” O “PRESENTE” “AUSENTE”, y abiertas, coherentes con los números de los ítems que surgen de los indicadores clínicos y psicológicos. Para evidenciar la eficacia de contenido, la ficha de estudio de casos, fue sometida a juicios de 3 expertos, 2 pediatras y 1 psicólogo, consintiendo en la validez del mismo.

Con los resultados obtenidos se construyeron tablas de distribución de frecuencia y los intervalos al 95% de confianza para las frecuencias relativas de las variables consideradas en el estudio.

Se cruzaron los resultados de las frecuencias del maltrato físico y presencia de lesiones con el resto de las variables a fin de construir las tablas de contingencia respectivas, sobre tales tablas se aplicó la prueba de independencia de χ^2 , y para las tablas de contingencia que hayan resultado estadísticamente significativas se construyeron los gráficos de barra para caracterizar la asociación encontrada; asimismo, para las tablas de dimensión 2x2 se calcularon las *odds-ratios* [OR] y se construyeron los intervalos al 95% de confianza para las OR.

RESULTADOS

En el caso particular de la variable número de lesiones se calculó el coeficiente de correlación se Spearman con las variables edad, Graffar-Méndez y capacidad intelectual para estudiar el grado de asociación entre tales variables.

Se trabajó al nivel de significación de 5%, por lo cual una asociación se consideró estadísticamente significativa siempre que $p \leq 0,05$.

Los datos se procesaron utilizando el software estadístico SPSS 21.0 (prueba de independencia de χ^2 , ORs y coeficiente de correlación de Spearman) y StatXact 9.0 (intervalos de confianza).

La tabla 1 muestra la distribución de frecuencias y los intervalos al 95% de confianza para las variables consideradas en el estudio, en la misma se observa que la mayoría de los niños provinieron del municipio Valencia; predominaron los niños provenientes de los estratos IV y V de la clasificación de Graffar-Méndez; las lesiones más frecuentes fueron las orgánicas, y que predominó la presencia de un solo tipo de lesión o ninguna; todos los niños provinieron de familias disfuncionales y ninguno presentó estabilidad emocional; si bien alrededor de la mitad presentó interacción interpersonal y aspectos conductuales ante la presión ambiental, la mayoría no presentó madurez mental ni dinámica comunicacional. Adicionalmente, la mayoría de los niños estuvieron entre los rangos IV y V de capacidad intelectual.

Tabla 1. Frecuencias relativas e intervalos al 95% de confianza para las variables consideradas en el estudio.

Variable	Respuesta	Frecuencia	%Frecuencia	IC_{95%}(%P)
Sexo	Masculino	27	60	44,54 – 74,30
Edad	6	4	8,89	1,70 – 25,08
	7	7	15,56	5,07 – 34,28
	8	5	11,11	2,70 – 28,86
	9	2	4,44	0,28 – 19,60
	10	13	28,89	13,64 – 48,95
	11	6	13,33	3,83 – 30,86
	12	8	17,78	6,39 – 36,94
Procedencia (municipio o estado)	Bejuma	2	4,44	-
	Carlos Arvelo	4	8,89	-
	Diego Ibarra	2	4,44	-
	Libertador	6	13,33	-
	Los Guayos	3	6,67	-
	Montalbán	2	4,44	-
	San Joaquín	1	2,22	-
	Valencia	24	53,33	-
	Estado Cojedes	1	2,22	-
Graffar-Méndez	II	2	4,44	0,37 – 17,49
	III	9	20	8,52 – 38,29
	IV	18	40	23,29 – 59,58
	V	16	35,56	19,43 – 55,20
	L. cutaneomucosas	Presente	11	24,44
L. dentales	Presente	3	6,67	1,84 – 18,17
L. osteoarticulares	Presente	3	6,67	1,84 – 18,17
L. orgánicas	Presente	25	55,56	41,02 – 69,77
L. en general	Presente	32	71,11	55,98 – 82,53
Nro. de lesiones	0	13	28,89	13,80 – 47,09
	1	24	53,33	35,15 – 71,20
	2	6	13,33	4,32 – 30,11
	3	2	4,44	0,37 – 17,49
	Interacción Interpersonal	Presente	22	48,89
Dinámica familiar	Disfuncional	45	100	92,98 – 100
Asp. cond. presión amb.	Presente	27	60	44,54 – 74,30
Madurez mental	Presente	9	20	10,57 – 33,70
Estabilidad emocional	Presente	0	0	0 – 7,02
Dinámica comunicacional	Presente	13	28,89	17,47 – 44,02
Capacidad intelectual	III	12	26,67	13,65 – 44,29
	IV	26	57,78	39,05 – 74,10
	V	7	15,56	5,98 – 31,79

Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La prueba de independencia de χ^2 indicó que no hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones cutáneomucosas y las variables consideradas en el estudio, ver tabla 2.

Tabla 2. Asociación entre la presencia de lesiones cutáneomucosas y los aspectos medidos en el estudio.

Variable	χ^2	gdl	p	OR	IC _{95%} (OR)
Sexo	0,180	1	0,732 ^{NS}	1,346	0,341 – 5,317
Edad	9,507	6	0,144 ^{NS}	-	-
Graffar-Méndez	2,737	3	0,443 ^{NS}	-	-
Procedencia	12,288	8	0,129 ^{NS}	-	-
Interacción Interpersonal	0,069	1	1,000 ^{NS}	1,200	0,307 – 4,694
Asp. cond. presión amb.	0,983	1	0,482 ^{NS}	0,475	0,107 – 2,107
Madurez mental	0,030	1	1,000 ^{NS}	1,167	0,204 – 6,668
Dinámica comunicacional	0,396	1	0,704 ^{NS}	0,630	0,148 – 2,674
Capacidad intelectual	0,480	2	8,895 ^{NS}	-	-

Nota: (^{NS}) Asociación estadísticamente no significativa. (*) Asociación estadísticamente significativa al 5%. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La prueba de independencia de χ^2 indicó que no hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones dentales y las variables consideradas en el estudio, ver tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre la presencia de lesiones dentales y los aspectos medidos en el estudio.

Variable	χ^2	gdl	p	OR	IC _{95%} (OR)
Sexo	0,952	1	0,555 ^{NS}	3,250	0,272 – 38,806
Edad	8,736	6	0,215 ^{NS}	-	-
Graffar-Méndez	2,143	3	0,493 ^{NS}	-	-
Procedencia	2,143	8	1,000 ^{NS}	-	-
Interacción Interpersonal	0,311	1	1,000 ^{NS}	2,000	0,168 – 23,775
Asp. cond. presión amb.	4,821	1	0,058 ^{NS}	∞	0,651 - ∞
Madurez mental	0,357	1	1,000 ^{NS}	0,471	0,038 – 5,855
Dinámica comunicacional	1,306	1	0,546 ^{NS}	∞	0,165 - ∞
Capacidad intelectual	1,039	2	0,725 ^{NS}	-	-

Nota: (^{NS}) Asociación estadísticamente no significativa. (*) Asociación estadísticamente significativa al 5%.

Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

Sin embargo, la proximidad del valor-p al nivel de significación de 5% para la variable aspectos conductuales bajo presión ambiental ($p=0,058$) indican que hay cierta tendencia o asociación para tales variables que pudiera devenir estadísticamente significativa para un tamaño de muestra mayor, (tabla 3); en ese sentido, la figura 1 muestra que la presencia de lesiones dentales solo ocurrió en aquellos niños que no presentaban aspectos conductuales bajo presión ambiental.

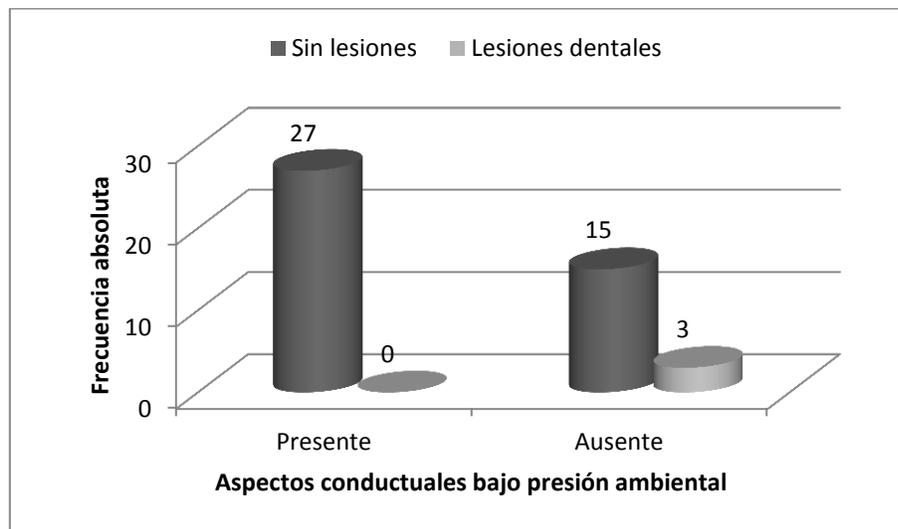


Figura 1. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones dentales clasificada según la presencia de aspectos conductuales bajo presión ambiental. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La prueba de independencia de χ^2 indicó que no hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones osteoarticulares y las variables consideradas en el estudio, ver tabla 4.

Tabla 4. Asociación entre la presencia de lesiones osteoarticulares y los aspectos medidos en el estudio.

Variable	χ^2	gdl	p	OR	IC _{95%} (OR)
Sexo	2,143	1	0,264 ^{NS}	0	0 – 3,596
Edad	4,688	6	0,556 ^{NS}	-	-
Graffar-Méndez	1,362	3	0,817 ^{NS}	-	-
Procedencia	2,813	8	0,883 ^{NS}	-	-
Interacción Interpersonal	0,407	1	0,608 ^{NS}	0,455	0,038 – 5,404
Asp. cond. presión amb.	0,060	1	1,000 ^{NS}	0,735	0,062 – 8,765
Madurez mental	4,375	1	0,097 ^{NS}	0,100	0,008 – 1,260
Dinámica comunicacional	1,306	1	0,546 ^{NS}	∞	0,165 - ∞
Capacidad intelectual	2,761	2	0,228 ^{NS}	-	-

Nota: (^{NS}) Asociación estadísticamente no significativa. (*) Asociación estadísticamente significativa al 5%. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La prueba de independencia de χ^2 indicó que hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones orgánicas y las variables interacción interpersonal y aspectos conductuales bajo presión ambiental; asimismo, hay una asociación cercana al nivel de significación de 5% para las variables madurez mental y capacidad intelectual, ver tabla 5.

Tabla 5. Asociación entre la presencia de lesiones orgánicas y los aspectos medidos en el estudio.

Variable	χ^2	gdl	p	OR	IC _{95%} (OR)
Sexo	0,375	1	0,760 ^{NS}	1,459	0,434 – 4,901
Edad	3,406	6	0,807 ^{NS}	-	-
Graffar-Méndez	2,813	3	0,471 ^{NS}	-	-
Procedencia	11,419	8	0,134 ^{NS}	-	-
Interacción Interpersonal	6,421	1	0,017*	4,958	1,388 – 17,711
Asp. cond. presión amb.	6,000	1	0,031*	0,211	0,058 – 0,758
Madurez mental	5,063	1	0,057 ^{NS}	6,192	1,117 – 34,316
Dinámica comunicacional	0,265	1	0,745 ^{NS}	0,708	0,190 – 2,640
Capacidad intelectual	5,883	2	0,058 ^{NS}	-	-

Nota: (^{NS}) Asociación estadísticamente no significativa. (*) Asociación estadísticamente significativa al 5%. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

Las lesiones orgánicas son mucho más frecuentes en aquellos niños en los cuales está ausente la interacción interpersonal, ver figura 2.

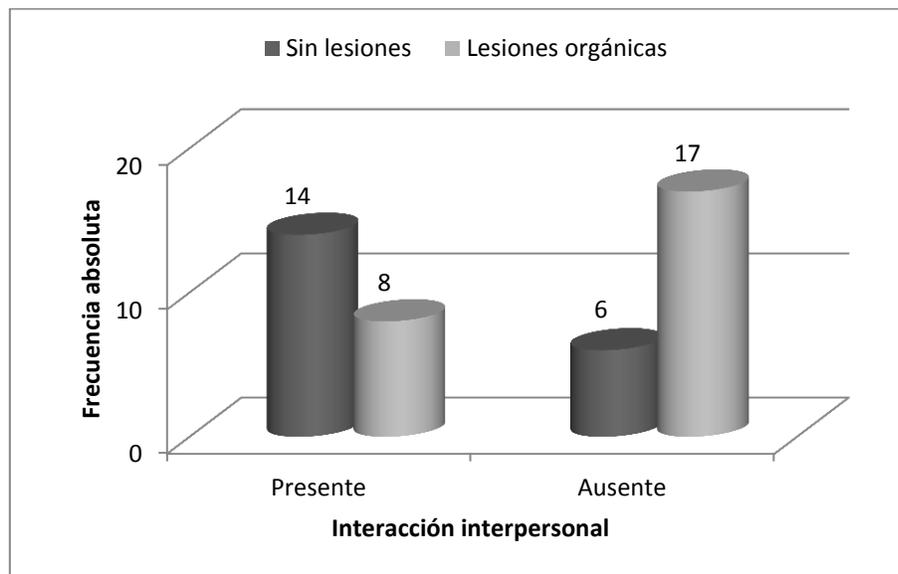


Figura 2. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones orgánicas clasificada según la presencia de interacción interpersonal. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

Para los aspectos conductuales bajo presión ambiental, la figura 3 indica que las lesiones orgánicas son mucho más frecuentes en aquellos niños en los cuales están presentes aspectos conductuales bajo presión ambiental.

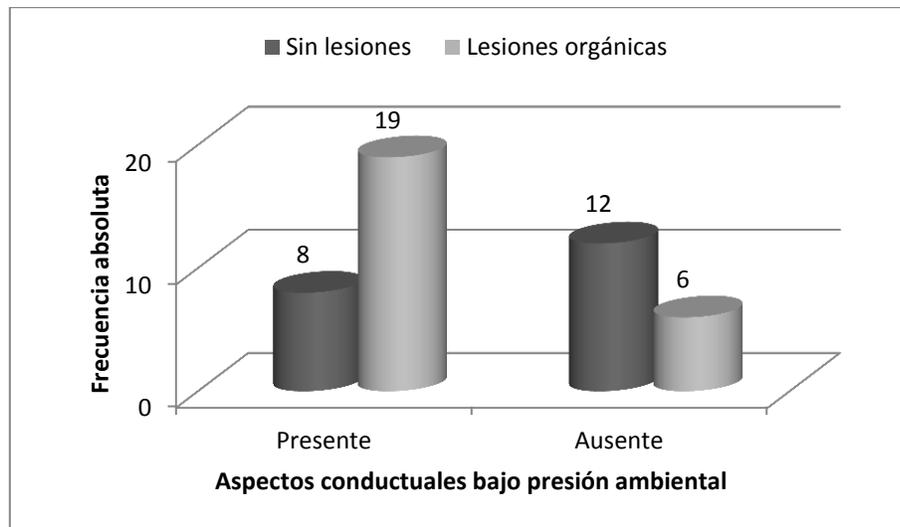


Figura 3. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones orgánicas clasificada según la presencia de aspectos conductuales bajo presión ambiental. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La figura 4 indica que las lesiones orgánicas son mucho más frecuentes en aquellos niños en los cuales está ausente la madurez mental.

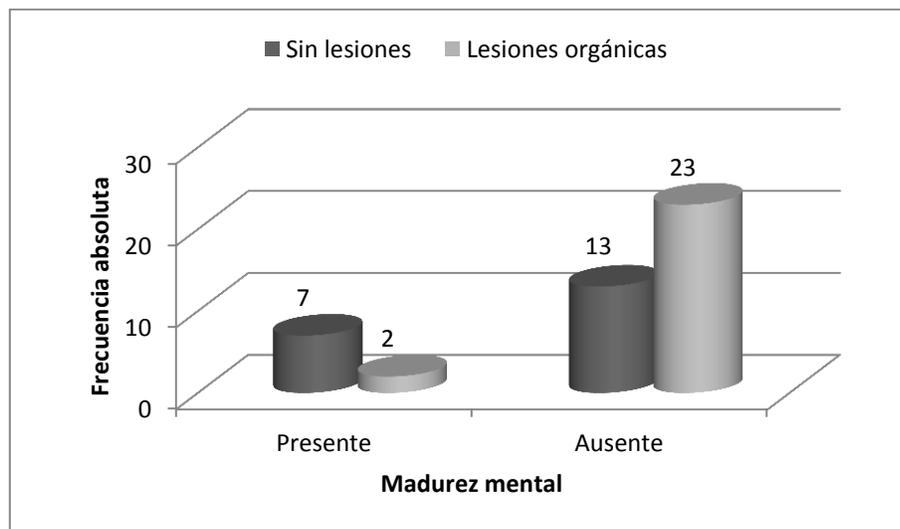


Figura 4. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones orgánicas clasificada según la madurez mental. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La figura 5 indica que las lesiones orgánicas son mucho más frecuentes en aquellos niños correspondientes al rango IV, similares para el rango III y mucho menos frecuentes para los niños del rango V de capacidad intelectual.

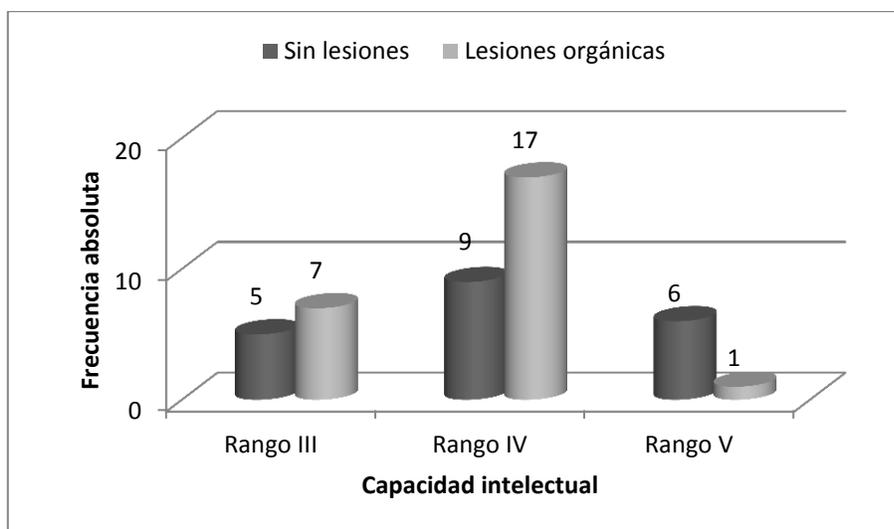


Figura 5. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones orgánicas clasificada según la capacidad intelectual. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La prueba de independencia de χ^2 indicó que hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones en general y las variables aspectos conductuales bajo presión ambiental y capacidad intelectual, ver tabla 6.

Tabla 6. Asociación entre la presencia de lesiones en general y los aspectos medidos en el estudio.

Variable	χ^2	gdl	p	OR	IC _{95%} (OR)
Sexo	0,018	1	1,000 ^{NS}	1,095	0,292 – 4,104
Edad	5,440	6	0,527 ^{NS}	-	-
Graffar-Méndez	0,953	3	0,894 ^{NS}	-	-
Procedencia	13,562	8	0,094 ^{NS}	-	-
Interacción Interpersonal	1,171	1	0,337 ^{NS}	2,057	0,551 – 7,683
Asp. cond. presión amb.	10,385	1	0,002*	0,100	0,022 – 0,456
Madurez mental	0,108	1	1,000 ^{NS}	1,300	0,272 – 6,224
Dinámica comunicacional	0,301	1	0,725 ^{NS}	0,660	0,149 – 2,932
Capacidad intelectual	7,466	2	0,022*	-	-

Nota: (^{NS}) Asociación estadísticamente no significativa. (*) Asociación estadísticamente significativa al 5%. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

Para los aspectos conductuales bajo presión ambiental, la figura 6 indica que las lesiones en general son mucho más frecuentes en aquellos niños en los cuales están presentes aspectos conductuales bajo presión ambiental.

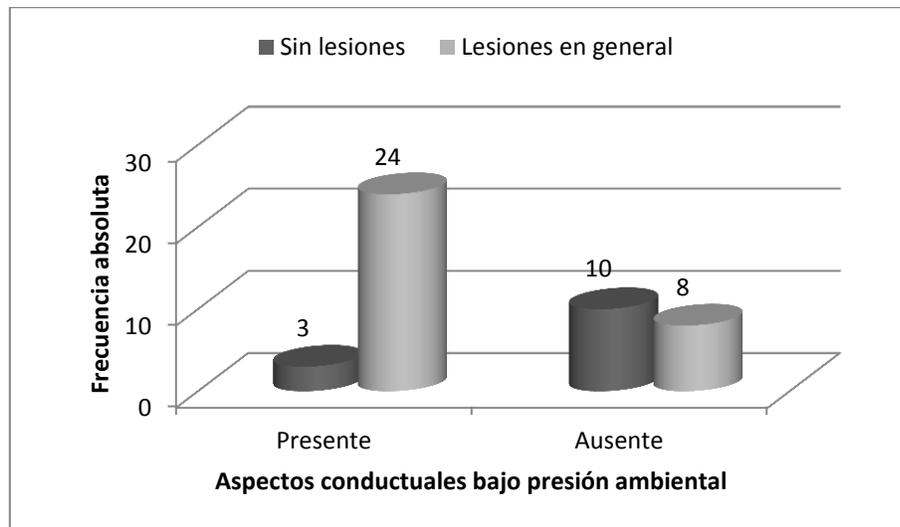


Figura 6. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones en general clasificada según la presencia de aspectos conductuales bajo presión ambiental. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La figura 7 indica que las lesiones orgánicas son mucho más frecuentes en aquellos niños correspondientes a los rangos III y IV y mucho menos frecuentes para los niños del rango V de capacidad intelectual.

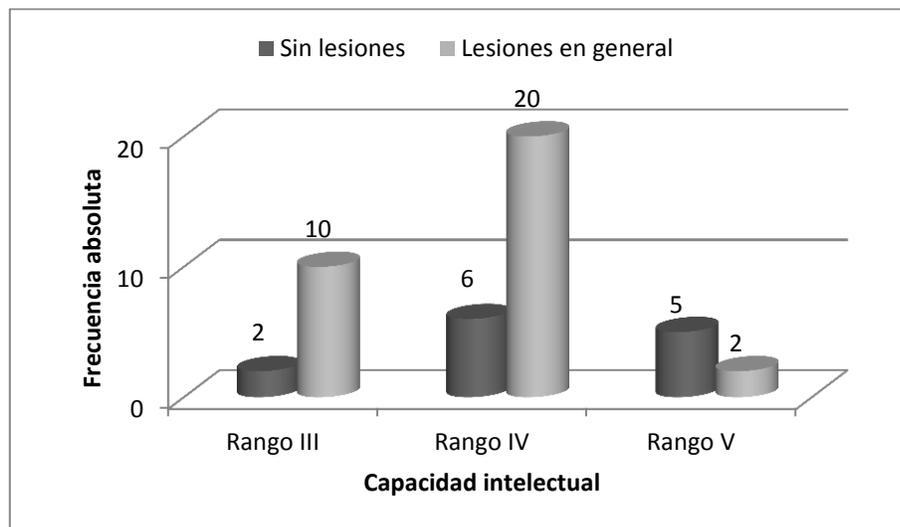


Figura 7. Distribución de frecuencias absolutas para la presencia de lesiones en general clasificada según la capacidad intelectual. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

La prueba de independencia de χ^2 indicó que hay asociación estadísticamente significativa entre el número de lesiones la presencia de aspectos conductuales bajo presión, ver tabla 6; adicionalmente, el coeficiente de correlación de Spearman indicó que no hay asociación ni con la edad ($r=-0,123$; $p=0,422$), ni con el Graffar-Méndez ($r=0,061$; $p=0,690$) ni con la capacidad intelectual ($r=-0,247$; $p=0,103$) de los niños.

Tabla 7. Asociación entre el número de lesiones y los aspectos medidos en el estudio.

Variable	χ^2	gdl	p	OR	IC _{95%} (OR)
Sexo	0,409	3	0,956 ^{NS}	-	-
Procedencia	26,004	24	0,362 ^{NS}	-	-
Interacción Interpersonal	3,338	3	0,414 ^{NS}	-	-
Asp. cond. presión amb.	15,419	3	0,001*	-	-
Madurez mental Dinámica comunicacional	0,629	3	1,000 ^{NS}	-	-
	1,315	3	0,828 ^{NS}	-	-

Nota: (^{NS}) Asociación estadísticamente no significativa. (*) Asociación estadísticamente significativa al 5%. Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

Para los aspectos conductuales bajo presión ambiental, la figura 8 indica que la ausencia de lesiones y la presencia de tres lesiones ocurrieron en los niños que no presentaron aspectos conductuales bajo presión ambiental, mientras que la predominancia de una o dos lesiones ocurrieron en los niños que sí presentaron tales aspectos conductuales.

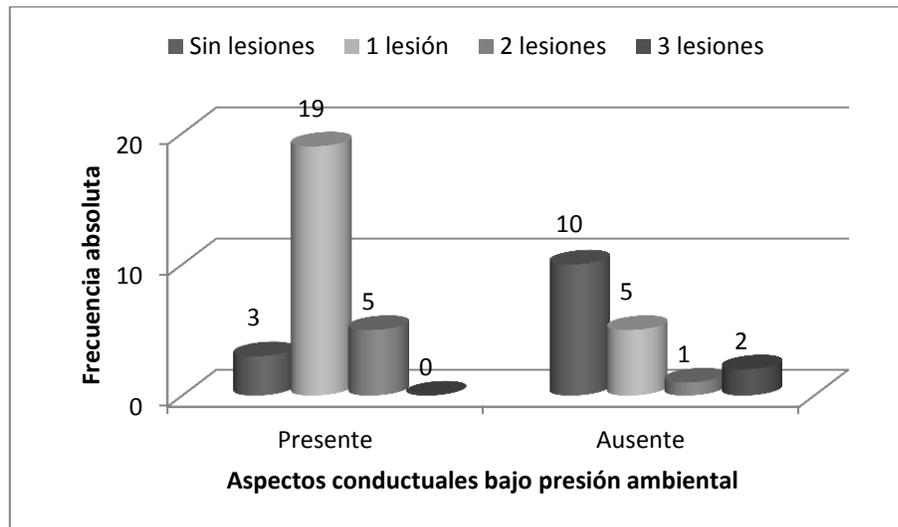


Figura 8. Distribución de frecuencias absolutas para el número de lesiones clasificada según la presencia de aspectos conductuales bajo presión ambiental.

Fuente: instrumento aplicado (Matute, 2017)

DISCUSIÓN

El maltrato infantil es una problemática de talla mundial y multifactorial que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales, siendo resultado de actos de agresión física, psicológica u omisión por falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que amerita atención médica y psicológica e incluso intervención legal cuando así lo requiera.

En el paciente objeto de maltrato en sus distintas modalidades pueden o no estar presentes lesiones físicas, lo que si es cierto es que cualquiera sea su tipología repercuten en su desarrollo psicológico e intelectual, encontrándose niños hiperactivos de difícil manejo y con bajo rendimiento escolar.

J. Francisco en el año 2012, en su trabajo titulado Maltrato de Niños en Venezuela expone que los diversos aspectos que intervienen en los maltratos a los niños están, principalmente, en la estructura, valores y situación de la sociedad, de la familia y en algunos casos, en las características del propio niño maltratado, resaltando en su estudio el papel de la influencia de la programación violenta en los medios de comunicación; así mismo concluye que factores como familias numerosas, hacinamiento, consumo de alcohol o drogas ilícitas, desempleo, estrés, antecedentes de padecer maltrato de los progenitores, hijos no deseados y familias socialmente aisladas, en relación con la violencia denominada de género, son hechos que influyen en el maltrato con los hijos u otros niños a su cargo¹⁹.

Esta descripción parece corresponder solo a los sectores de menos recursos económicos y educativos, sin embargo, aunque probablemente menos numeroso, sucede en todos los estratos económico-sociales, quizás menos visible, pero no menos dañino, obteniendo resultados semejantes en el

presente estudio en el ámbito socioeconómico, donde predominaron los niños provenientes de los estratos IV y V de la clasificación de Graffar-Méndez.

En un estudio realizado por E. Acosta et. al 2017, titulado: Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores, a través de una encuesta dirigida a 50 adolescentes ingresados por lesiones o circunstancias que hicieron sospechar presencia de maltrato infantil concluyó que el maltrato psicológico es más difícil de demostrar que la violencia física, porque las huellas no son visibles. La violencia psicológica, vaya o no acompañada de violencia física, es un daño que se va acentuando y consolidando en el tiempo. Como maltrato psicológico los pacientes identificaron los gritos, los insultos y la humillación, tanto en el ámbito intrafamiliar como ante sus amigos o vecinos. Se observó que en más de la mitad de los casos predominó el maltrato psicológico. Refiriendo que la tercera parte de los pacientes estudiados presentaron maltrato psicológico solamente, y en menor porcentaje, otros tipos de maltrato adicional²⁰. Determinando los tipos de maltratos infantiles identificados: el psicológico en 36 %, la negligencia en 22 % y el físico en 20 %, lo cual concuerda con el estudio actual, donde predominó la presencia de indicadores psicológicos en pacientes producto de maltrato, la prueba de independencia de χ^2 indicó que hay asociación estadísticamente significativa entre el número de lesiones y a presencia de aspectos conductuales bajo presión (ver tabla 6).

La mayoría de los niños estuvieron entre los rangos IV y V de capacidad intelectual correspondiendo a inferior al término medio y deficiente, evidenciando en la prueba de independencia de χ^2 que hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones en general y las variables aspectos conductuales bajo presión ambiental y capacidad intelectual, esto concuerda con el estudio publicado por R. Díaz, titulado Maltrato infantil: consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas (2015)

donde concluye que el maltrato infantil puede tener consecuencias a nivel cerebral. El cerebro está en continuo desarrollo, existiendo una etapa especialmente vulnerable a la influencia de factores externos al individuo, que coincide con la infancia. Cuando se produce un evento traumático, como puede ser la violencia de la que pueden ser víctimas los niños, el cerebro puede sufrir alteraciones que pueden llegar a ser incluso irreversibles, siendo los daños más comunes a un nivel neurofisiológico, cambios neuroendocrinos, concretamente, hay presencia de alteraciones en los niveles de cortisol, catecolaminas, serotonina, noradrenalina, observándose normalmente niveles más altos de lo normal²¹.

Un evento traumático puede interrumpir el proceso normal de desarrollo, por lo que los niños maltratados pueden presentar pobres resultados en el Coeficiente Intelectual (CI) así como un peor desempeño académico. Los niños que habían sufrido de maltrato mostraban un rendimiento más bajo en las áreas lectura, cálculo y expresión escrita del que cabría esperar por edad, escolarización y nivel de inteligencia. Esto interfería en el rendimiento académico y, con esto, en la vida cotidiana. Jaffe y Kohn²², por su parte, realizaron un estudio, incluyendo los distintos tipos de maltrato, para comprobar sus efectos en el CI de los niños que los habían padecido. Los autores encontraron que las puntuaciones CI eran menores en niños que habían sufrido maltrato, comparadas con las de niños que no lo habían sufrido. También, se descubrió que si el primer maltrato se sufría entre los 6 y 9 años, los efectos eran peores.

"La violencia es una de las causas de enfermedades que llevan a la muerte, como el cáncer, los problemas del corazón o el sida, porque las víctimas tienen un mayor riesgo de adoptar comportamientos como fumar, consumir alcohol, drogas o tener sexo inseguro", Margaret Chan³ directora general de

la OMS, señaló además ante el incremento de violencia infantil que es necesario dar la atención necesaria a las consecuencias de la violencia física, mental y sexual, ya que frecuentemente pueden causar problemas de salud a lo largo de toda la vida de la víctima y que a pesar de la proporción aplastante de países que cuentan con leyes para la prevención de la violencia, solo una minoría tiene leyes que abarquen los distintos tipos de violencia y mecanismos para garantizar su cumplimiento o servicios para las víctimas.

En Venezuela en relación con el maltrato, el Artículo 32 de la LOPNNA establece: “Todos los niños, niñas y adolescentes (n.n.a.) tienen derecho a la integridad personal...integridad física, síquica y moral... no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El Estado, las familias y la sociedad deben proteger a todos los n. n. a. contra cualquier forma de explotación, maltrato, torturas, abusos o negligencias que afecten su integridad personal”. Sin embargo o existen medidas disciplinarias para tal fin ¹⁹.

En la categoría de abuso sexual no se pudo constatar el hecho por no tener acceso al informe forense realizado por el personal médico a cargo, por lo tanto no se reflejó en los resultados obtenidos, así mismo se pudo constatar que el personal médico en el área de emergencia desconocía las distintas modalidades de maltrato infantil, lo cual influyó negativamente en el número de pacientes no diagnosticados y reporte de niños producto de maltrato. No contando además con cifras oficiales a nivel estatal ni nacional de esta patología.

CONCLUSIONES

En el grupo estudiado se demostró el abandono físico como forma de maltrato físico predominante y la evidente repercusión en el ámbito biopsicosocial del niño, evidenciando que todos los niños provinieron de familias disfuncionales y ninguno presentó estabilidad emocional; si bien alrededor de la mitad presentó interacción interpersonal y aspectos conductuales ante la presión ambiental, la mayoría no presentó madurez mental ni dinámica comunicacional.

El maltrato psicológico es menos evidente que la violencia física, ya que las huellas no son palpables, ni visibles, sin embargo vaya o no acompañada de violencia física, es un daño que se consolida en el tiempo con secuelas en el desarrollo normal del niño, existiendo una etapa especialmente vulnerable a la influencia de factores externos al individuo, que coincide con la infancia.

Además de los daños producidos directamente por el maltrato físico, hay que tener en cuenta que los niños maltratados están sometidos a un estrés continuado que puede provocar alteraciones anatómicas, estructurales y funcionales en el encéfalo, lo cual repercute en estrés temprano y en la respuesta al estrés y la ansiedad, demostrando que maltrato infantil es un fenómeno que afecta de forma significativa todos los contextos del niño temprana y tardíamente con múltiples repercusiones en su desarrollo biopsicosocial.

RECOMENDACIONES

Realizar jornadas de actualización a pediatras y residentes del postgrado de pediatría y puericultura sobre maltrato infantil y conducta a seguir ante el síndrome de niño maltratado

Realizar un estudio con una muestra mayor con el fin de obtener datos significativos sobre esta patología en nuestro país, ya que en la actualidad no se cuenta con investigaciones similares, asociando un grupo control de pacientes que ingresen bajo diagnóstico de patologías orgánicas ajenas al tema actual con el que se pueda comparar los hallazgos psicológicos y repercusiones intelectuales obtenidas en este estudio

Incentivar a los entes encargados a la mejora de los servicios de atención primaria en salud con el fin de realizar campañas de educación a padres y cuidadores sobre esta entidad que abordada de la forma correcta podría disminuir el número de ingresos y reingresos por maltrato infantil

Realizar campañas informativas en escuelas para incentivar a los maestros y niños producto de maltrato denunciar los hechos tempranamente

Realizar un seguimiento y apoyo a las familias y niños ingresados con diagnóstico de síndrome de niño maltratado con el fin de evitar recurrencia y multiplicación de dichas conductas y reingresos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bascuñan CB, Larrain SL, editores. 4° estudio de maltrato infantil. Chile: UNICEF; 2012. Patrocinado por UNICEF.
2. UNICEF. Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Nueva York: Sección de datos y análisis; 2012
3. OMS. Maltrato infantil. Nueva York: Centro de prensa; 2014
4. Rivas NR. Maltrato infantil: las madres son las principales protagonistas. Agencia FIDES. En prensa 2013.
5. Cecodap (VE). Balance Venezuela 2014. Impacto de las diferentes formas de violencia contra las niñas, niños y adolescentes. Venezuela; 2014
6. Guerrero MF, Delgado F. Clasificación actual del síndrome de niño maltratado. Revista hospital Juárez de México. 2012; 79(1): 43-47
7. Chtay AC. Indicadores emocionales de los niños y niñas víctimas del maltrato doméstico [Tesis especial de grado]. Maracaibo (VE): Univ. Rafael Urdaneta; 2010.
8. Opazo VB, Rivera JT. Indicadores gráficos de la prueba del Dibujo de la Figura Humana en adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años víctimas de agresiones sexuales. Revista de psicología de la Universidad de Chile. 2010 Jun; 4(1):XVIX
9. Cabrera AC. Propiedades psicométricas de los indicadores evolutivos en el dibujo de la figura humana en niños maltratados [Tesis especial de grado]. Maracaibo (VE): Univ. Rafael Urdaneta; 2011.
10. Cohen SI. Del garabato al dibujo. Una mirada diacrónica del dibujo infantil. Tucumán (AR): Universidad Nacional de Tucumán; 2012.
11. Rural Salut (ES). El dibujo como medio de expresión y fuente de salud. Barcelona (ES) 2014

12. Casalod VE. Aplicación práctica del test del árbol. [Tesis especial de grado]. Valladolid (ES): Universidad de Valladolid; 2015
13. Cid JM. Estudio de los mecanismos de adaptación y socialización en el dibujo del "Test de la Casa" con una muestra de estudiantes de psicología. Revista de Psicología INFAD. 2012; 1(2): 183-92.
14. Morales CA. Implementación de un procedimiento psicoeducativo para detectar dificultades emocionales en niños escolarizados. Colombia (COL): Revista Colombiana de Ciencias Sociales; 2012
15. Arias, S., y Peñaloza, M. Muestreo. Enfoque ilustrado para investigar. Universidad de los Andes. Mérida. Estado Mérida. Venezuela. 2013. P.38
16. López, F., (2006) Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. Editorial Manual Moderno. 2ª. Edición. México. D.F. p.32-33
17. Hurtado, I., Toro, J., (2001) Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio. Edición: Episteme consultores asociados C.A. 4ª. Edición. Valencia. Carabobo. Venezuela.p.87
18. López, F., (2014) El ABC de la revolución metodológica. Editorial Express, C.A. Segunda Edición. Venezuela.p32-33
19. Francisco, J., (2012) Maltrato de Niños en Venezuela. Tribuna del Investigador, Vol. 13, N° 1-2, 9-20, 2012
20. Acosta E., (2017) Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores, Rev Cubana Pediatr. 2017;89(2)
21. Molina R., (2015) Maltrato infantil: consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas, Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
22. Jaffee, S., & Kohn, A. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(2), 184-194.

Anexo 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE ESTUDIO DE CASOS

Analizar los indicadores clínicos y psicológicos en niños con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado, que acuden al Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga en Valencia, Estado Carabobo. Período 2016 - 2017

DATOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO:	
NOMBRE: _____ N° HISTORIA: _____ CASO N°: __ TF/CEL/ ____	
PARTE A. INDICADORES CLÍNICOS	
ITEMS N°	
1. EDAD: ____ 2. SEXO: M__ F__ 3. PROCEDENCIA: MUNICIPIO: _____ FORÁNEO: _____	
4. GRAFFAR: GRADO I__ II__ III__ IV__ V__	
5. MALTRATO FÍSICO POR LESIONES CUTÁNEO MUCOSAS: SI __ NO __ ESPECIFIQUE _____	
6. MALTRATO POR LESIONES DENTALES: SI __ NO __ ESPECIFIQUE _____	
7. MALTRATO POR LESIONES OSTEOARTICULARES: SI __ NO __ ESPECIFIQUE _____	
8. MALTRATO FÍSICO POR LESIONES ORGÁNICAS DE TIPO: ABUSO SEXUAL: SI ____ NO ____ ESPECIFIQUE _____ ABANDONO FÍSICO: SI __ NO __ ESPECIFIQUE _____	
PARTE B. INDICADORES PSICOLÓGICOS	
ITEMS N°	
9. INTERACCIÓN INTERPERSONAL	PRESENTE: ____ AUSENTE: ____
10. DINÁMICA FAMILIAR	FUNCIONAL: ____ DISFUNCIONAL: ____
11. ASPECTOS CONDUCTUALES ANTE PRESIÓN AMBIENTAL	PRESENTE: ____ AUSENTE: ____
12. MADUREZ MENTAL	PRESENTE: ____ AUSENTE: ____
13. ESTABILIDAD EMOCIONAL	PRESENTE: ____ AUSENTE: ____
14. DINÁMICA COMUNICACIONAL	PRESENTE: ____ AUSENTE: ____
15. CAPACIDAD INTELECTUAL	
(RANGO V) PERCENTIL 5. DEFICIENTE	
(RANGO IV) PERCENTIL 10. INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO	
(RANGO IV+) PERCENTIL 25. INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO	
(RANGO III) PERCENTIL 50. ACORDE A TÉRMINO MEDIO	
(RANGO II) PERCENTIL 75. SUPERIOR AL TÉRMINO MEDIO	
(RANGO II+) PERCENTIL 90. SUPERIOR AL TÉRMINO MEDIO	
(RANGO I) PERCENTIL 95. SUPERIOR	