



**Universidad De Oriente.
Núcleo Bolívar.
Escuela De Cs. De La Salud.
"Dr. Francisco Batisttini Casalta"
Departamento De Puericultura Y Pediatría.**

**SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN LOS SERVICIOS DE
PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
"RUIZ Y PÁEZ". MAYO-DICIEMBRE 2009.**

Tutor:

Dr. Alfredo Martínez

Realizado Por:

Al Rifai Al Masri, Mohamad
C.I.: 18.229.909
Jiménez Rivas, María America
C.I.: 17.403.994

Ciudad Bolívar, Julio 2010.



INDICE

INDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS.....	12
Objetivo General:.....	12
Objetivo Específicos:	12
METODOLOGÍA	14
Tipo de estudio:.....	14
Universo:.....	14
Muestra:	14
Materiales:.....	14
Recolección de datos.....	16
Datos de Identificación.	16
Evaluación clínica.	16
Análisis de los datos.....	16
Presentación de resultados:	17
RESULTADOS.....	18
Cuadro N° 1	18
Cuadro N° 2.....	19
Cuadro N° 3.....	20
Cuadro N° 4.....	21
Cuadro N° 5.....	22
Cuadro N° 6.....	23



Cuadro N° 7.....	24
Cuadro N° 8.....	25
Cuadro N° 9.....	26
Cuadro N° 10.....	27
Cuadro N° 11.....	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
APENDICE.....	39



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Alfredo Martínez, nuestro asesor, por habernos brindado su orientación, atención y conocimientos.

A la Dra. Rita Pérez, por las correcciones realizadas y por la gentil colaboración prestada.

A la Universidad de Oriente, nuestra casa de estudios.

A la Escuela de Medicina “Dr. Francisco Batisttini Casalta”, en la que vivimos por más de 6 años, donde crecimos tanto personal como intelectualmente.

Al Hospital Universitario “Dr. Ruíz y Páez”, donde empezaron nuestras primeras practicas con nuestros libros más importantes, los pacientes.

A nuestros profesores, que día tras día dieron lo mejor de ellos para enseñarnos.



DEDICATORIA

En principio, gracias a Dios Todopoderoso, por cada día que me brinda, por iluminar el camino que transito, por ser mi fiel y verdadero compañero, sólo a través de Él recibo y daré vida en mi desempeño como médico.

A mis padres, Augusto Jiménez por sus consejos oportunos y preocupación. Zobeida Rivas, la mujer más importante en mi vida, gracias por apoyarme en la senda hacia el éxito y por haber confiado en mí.

In Memoriam de mis abuelos: Antonia Márquez, Augusto Jiménez, Santiago Rivas y María Cedeño, iniciadores del esfuerzo y la esperanza que seguirán presentes en mi realización personal.

Deseo compartir este logro con mi novio, Simón J. Rodríguez M, por ser la mano amiga que me acompañará en este camino por seguir. Este triunfo también es suyo.

A mi familia, por estar siempre a mi lado. Sin ustedes esta realidad no hubiese sido posible, los amo.

A mi compañero de tesis, por su mano amiga y por compartir juntos los esfuerzos y la alegría de tan maravilloso alcance.

Jiménez R. María A



DEDICATORIA

Ante todo quiero dar gracias a Dios por haberme orientado, ayudado y guiado a lo largo de mi carrera.

A mis padres, Houssein Al Rifai y Miriam de Al Rifai, quienes a lo largo de sus vidas han inculcado en mi, sabiduría, constancia e inmensos valores; excelentes bases que llevo en mi consciencia, necesarios para lograr el éxito.

A mis hermanos, Linda, Leila, Yuyo, Susi y Mimi por haber estado siempre a mi lado brindándome su apoyo.

A todos mis familiares y amigos por apoyarme a lo largo de mi carrera.

A mis profesores, por haberme enseñado el arte de la Medicina y compartir sus experiencias, GRACIAS.

A mi compañera de tesis que con esfuerzo y trabajo hemos llevado a final termino este trabajo.

Al Rifai Al Masri, Mohamad



**Universidad de Oriente.
Núcleo Bolívar.
Escuela de Cs. De la salud.
"Dr. Francisco Batisttini Casalta"
Departamento de Puericultura y Pediatría.**

**SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". MAYO-
DICIEMBRE 2009.**

Autores:

Al Rifai Al Masri, Mohamad

C.I.: 18.229.909

Jiménez Rivas, María América

C.I.: 17.403.994

RESUMEN

El Síndrome del Niño Maltratado es una patología social de múltiples consecuencias. Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. El maltrato infantil es un problema de todos, de manera que la prevención del mismo debe abarcar a un grupo multidisciplinario que deberían trabajar en conjunto con la finalidad de identificar precoz y oportunamente aquellos niños víctimas de este problema social, para asegurar su bienestar y desarrollo bio-psico-social. El Objetivo general de esta investigación fue caracterizar clínica y epidemiológicamente el síndrome del niño maltratado en los pacientes ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" durante el periodo de Mayo-Diciembre 2009. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de carácter prospectivo que incluyó encuestas aplicadas a los pacientes pediátricos ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" en el periodo de Mayo-Diciembre 2009. El Universo estuvo conformado por la totalidad de los pacientes pediátricos hospitalizados e ingresados en dicho servicio, la muestra estuvo conformada por ciento cincuenta (150) pacientes menores de 12 años ingresados en los mismos. En 8 meses de estudio, de cada diez pacientes pediátricos ingresados en el Hospital Universitario "Ruiz y Páez", ocho casos corresponden al Síndrome del Niño Maltratado, siendo frecuentemente mal diagnosticado y sub-registrado. El tipo de maltrato más frecuente es por Omisión y el grupo etareo mas afectado son los lactantes.

Palabras claves: Síndrome, Maltrato, Violencia, Víctima, Desarrollo, Crecimiento.



INTRODUCCIÓN

El hombre no parece tener peor enemigo que su propio semejante o dicho en otros términos: "Homo Homini Lupus" o sea "el hombre es un lobo". Los biólogos y los etólogos lo han dicho en todos los tonos: ningún animal, ni siquiera el más feroz de los carnívoros, que suele matar por comer, tiene la agresividad del hombre. La agresividad es una característica de lo humano. No es un instinto sino un efecto de la estructura de la crianza, una consecuencia psíquica en el desarrollo, por la indefensión inicial y la inmadurez biológica, que ponen al ser humano a merced del otro. La agresión se convierte en violencia cuando compromete el cuerpo, los bienes y el bienestar del otro¹.

El Maltrato Infantil es una sociopatía universal que no reconoce diferencias sociales, económicas, culturales ni de sexo; tiene antecedentes que lo sitúan en la más remota antigüedad, ha estado presente en todas las culturas, civilizaciones y sistemas políticos; ha sido avalado por diferentes religiones y ha contado y cuenta incomprensiblemente, con total permisividad social. Por algo J.J Rosseau definió este problema como que "no era del niño, ni de la pobreza, si no de la humanidad"².

Aristóteles decía que un hijo era propiedad y nada de lo que se haga con la propiedad es injusto, por lo tanto no se reconoce el problema como maltrato, o bien en las sociedades china e hindú el infanticidio era un método de control de la natalidad y una forma de eliminar a niños recién nacidos con malformaciones físicas o daño cerebral por ser considerados instrumentos del mal, en algunas otras sociedades niñas eran sacrificadas por no contribuir a la economía familiar. Ahora bien, con relación a factores políticos, la historia refiere la matanza de niños ordenada por Herodes con el fin de conservar su reino y con relación a factores religiosos, la Biblia cita el sacrificio de Isaac, y más recientemente Hitler en su afán belicista



realizó atrocidades con los niños y lo justifica con la finalidad de obtener una raza pura³.

El maltrato en el niño fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosio Tardieu, patólogo de la Universidad de París quien define por primera vez en su cátedra el maltrato

visualizado en 32 autopsias de niños muertos por golpes y quemaduras. Posteriormente se encuentran descripciones de Caffey en 1946, quien observa la asociación entre hematomas y lesión de huesos largos, sin explicación clínica aparente; luego junto con Silverman establece el origen traumático de ellas. En 1962 Henry Kempe propuso el término "síndrome del niño golpeado o maltratado (Battered child syndrome)", aquel que presentaba una lesión ósea, con una lesión cutánea de tipo equimosis, magulladura, quemadura, en la misma región y cuya causa no hubiera podido ser especificada⁴.

Es conocido que el maltrato infantil no respetó épocas ni regímenes sociales. Por otra parte, estudios realizados en diversos países coinciden en señalar que en modo alguno es un fenómeno exclusivo de las familias carenciadas desde el punto de vista socioeconómico o cultural. Igualmente, la valoración del medio resulta fundamental para distinguir lo que puede ser un auténtico maltrato de ciertas conductas dañosas aceptadas por el entorno cultural de determinada familia⁵.

El Síndrome del Niño Maltratado (en adelante, SNM) es una de las formas que asume el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico-legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima¹.



De acuerdo con la definición propuesta, los elementos esenciales del SNM son: la víctima es un niño, en cualquier etapa de su desarrollo; el agresor es uno o más adultos, vinculados al niño por una relación de poder, asimétrica, sea parental o institucional: padres, hermanos mayores, cuidadores, etcétera; la agresión es crónica, conformando una forma de relación víctima-agresor; el daño puede ser físico o psicológico⁴.

Cuando las necesidades del niño no le son satisfechas en forma intencional, debido a acciones ejercidas por un adulto o la sociedad misma, se presenta también el maltrato infantil pudiéndose afectar su crecimiento, su desarrollo o ambos y manifestándose en su aspecto físico y social. Por lo que se considera maltrato al menor, cualquier forma de relación agresiva de un adulto (padre, hermano, maestro, cuidador) con un menor, que afecta su desarrollo integral, ocasionándole traumas físicos, emocionales y psíquicos en forma temporal o permanente^{3,4}.

En América Latina el problema es de una complejidad más grande, si se tiene en cuenta que las condiciones socioeconómicas, las guerras y todo el entramado cultural, se constituyen en variables importantes para darse el maltrato. En Brasil por ejemplo, la mortalidad de menores de 5 años asciende a 185.000, la mayoría pertenece a la raza negra y son de muy bajos recursos económicos, lo cual lleva a estos niños al trabajo informal, la mendicidad y la delincuencia. Las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son alarmantes. Se estima que de los cientos de miles que han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes, miles mueren. Los que sobreviven al abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después de que los moretones físicos han desaparecido. La comunidad y las cortes de justicia reconocen que estas "heridas emocionales ocultas" no pueden ser tratadas^{3,4}.



La UNICEF informó en 1990 que la cifra de niños muertos por maltrato ascendía al millón y medio en la última década. En Estados Unidos el Centro Nacional del Niño Abusado, informó que desde 1960 el problema ha ido incrementándose desde el 66 al 73%. Otro estudio realizado por la New Jersey División or Youth and Family Services en 1989, expuso una serie de datos confirmados y notificados de cada tipo de maltrato: los casos de maltrato físico representan allí un 34% del total, los de negligencia un 55% y los de abuso sexual casi un 8%^{3,4}.

Según la División del Centro de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), en Venezuela los casos conocidos, en los que las víctimas son niños, niñas y adolescentes sobre el total nacional de casos registrados según el tipo de delito, reportaron para el año 2004, 11.4% de homicidios, 8.7% lesiones personales y 49.4.% de violación, evidenciando un incremento de 0.3% para los casos de homicidios, 23.7% para lesiones personales y 13.3% para los casos de violación, con respecto al año 2003⁶.

Niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en América Latina y El Caribe sufren cotidianamente maltrato físico o psicológico, y un alto porcentaje de adultos piensa que se trata de una práctica normal de educación y socialización. Encuestas realizadas en 16 países de la región indican que altos porcentajes de adultos --en algunos casos superiores al 80 %-- consideran natural recurrir al maltrato infantil, incluido el castigo corporal, para imponer disciplina. El principal factor de riesgo para que exista violencia contra los niños y las niñas al interior de las familias es que el padre o la madre hayan sufrido una experiencia similar en su niñez, según la psicóloga Soledad Larraín y la socióloga Carolina Bascuñán, de UNICEF, autoras del estudio. Este es el llamado fenómeno de transmisión intergeneracional de la violencia⁷.



Cicchetti y Barnett en 1991 clasificaron al maltrato infantil en abuso físico, abuso físico por negligencia, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, abuso económico o social y maltrato durante el periodo de gestación^{8,9,10}.

El abuso Físico comprende las lesiones corporales infringidas por los padres o cuidadores a un menor de forma intencional como un comportamiento único o repetido⁸.

El abuso Físico por Negligencia se produce cuando los padres o responsables del niño no satisfacen las necesidades básicas para su desarrollo. La negligencia dental es considerada un tipo de maltrato cuando los padres no se ocupan de la salud bucal de sus hijos, permitiendo el desarrollo de infecciones y la aparición de dolor⁹.

Dentro del abuso Emocional o Psicológico se encuentran la hostilidad verbal, los insultos, amenazas, menosprecio, sometimiento, dominación; los cuales repercuten directamente sobre la autoestima del paciente⁸.

El abuso Sexual se refiere a todos aquellos padres o cuidadores que mantienen relaciones sexuales con menores o que los explotan sexualmente⁸.

El abuso económico o social abarca a los niños de las alcantarillas, niños guerrilleros, mendigos, menores trabajadores, ritos y sectas satánicas, así como a los niños objeto de tráfico, adopción ilegal, secuestro o prostitución¹⁰.

Los maltratos durante el período de gestación se producen cuando la madre descuida la atención médica necesaria para el control del embarazo, cuando ocurren intoxicaciones o intentos de abortos¹⁰.

El Congreso Internacional de Paris en 1982 consideró añadir a las clasificaciones existentes la Violencia Intrafamiliar cuyo escenario es el hogar y



puede ir desde maltrato físico, psicológico, sexual hasta la negligencia; la Violencia Extrafamiliar, la cual puede ocurrir en los colegios siendo de tipo física, psicológica o exceso de trabajo y en los hospitales como iatrogenia o abuso sexual; los niños abandonados o niños de la calle; los niños explotados, el cual es un tipo de maltrato que cada día aumenta desmesuradamente y se refiere a los niños trabajadores o los prostituídos; y otras formas de maltrato como el Síndrome de Munchausen⁸.

El Síndrome de Muchausen es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce al niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad. Es un síndrome raro poco comprendido cuya causa es desconocida. La madre puede simular síntomas de enfermedad en su niño añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres o administrando eméticos o catárticos para simular vómitos o diarreas¹¹.

Además, suelen incluirse dentro de este vasto fenómeno algunas formas muy particulares que son objeto de consideración teórica y resolución práctica. Estas son, entre otras, el abuso fetal, la simulación o provocación de patologías orgánicas (Síndrome de Münchhausen por poder), el ritualismo, algunas formas del maltrato institucional (menores privados de libertad, la escuela maltratadora) los niños de y en la calle o los niños víctimas del terrorismo⁴.

El maltrato infantil ocurre en cualquier etapa del desarrollo, pero se observa con más frecuencia en lactantes y niños de primera infancia (menores de 3 años). En cuanto al sexo, los diferentes estudios muestran resultados discordantes, pero en general no muestran un predominio neto para uno u otro sexo. La excepción es el abuso sexual que, si bien se ve a cualquier edad y en ambos sexos, predomina en escolares y adolescentes de sexo femenino¹².



Se reconocen como factores de riesgo la condición de hijo mayor o menor, adoptivo, gemelo o no deseado. Frecuentemente la víctima es un niño minusválido física o psíquicamente o que, por alguna razón, no satisface las expectativas depositadas por su familia y su entorno social y cultural, situación que lo "convierte" en no deseado. Estas características deben investigarse siempre, especialmente, cuando sólo uno de entre varios hermanos resulta maltratado ("Síndrome de Cenicienta"). También los lactantes de llanto frecuente y enérgico, o con dificultad para conciliar el sueño, así como los niños con trastornos del control esfinteriano urinario y anal, los inapetentes, los desobedientes y los irritables tienen chance aumentada de ser maltratados^{4,12}.

Se han señalado algunos rasgos característicos de la personalidad de estos niños, tales como un carácter tímido y asustadizo, sentimientos de culpa y aceptación del castigo, dificultad de adaptación y tendencia a la depresión y al suicidio. El retraso mental, los trastornos de la conducta y, en general, la patología psiquiátrica también convierte a los niños en sujetos de riesgo. Con acierto se ha señalado que el SNM es una enfermedad del adulto cuya expresión lesional se manifiesta en un niño. Agregamos que esa patología del adulto generalmente resulta de una disfunción familiar o social, que logra perpetuarse a través de la violencia¹².

De todas las características que se han atribuido al maltratador de menores, la más importante es el antecedente de haber sido víctima de maltrato en su infancia. En efecto, el maltratador parece reproducir en su hijo maltratado los propios códigos aprendidos en la infancia, generando una suerte de "círculo vicioso de la violencia". Efectivamente, no es inusual que justifique ideológicamente su conducta atribuyéndole un efecto beneficioso sobre el niño. Aun cuando logre superar y rechazar los modelos aprendidos, queda expuesto al riesgo de volver a ellos en los momentos de crisis y descontrol. Dentro de la violencia doméstica en general no existe una predominancia de uno u otro sexo en el papel de agresor. Varios estudios



señalan a la mujer -y en particular la madre como más frecuentemente agresora del menor en el ámbito familiar⁴.

En cuanto al grado de parentesco, se trata de padres o padrastros, aunque también pueden ser hermanos mayores, tíos, o abuelos. El alcoholismo es un factor importante asociado al maltratador y suele actuar como disparador. La fármacodependencia también puede estar involucrada. En cuanto al perfil psicológico general del agresor debe señalarse que se trata de individuos sometidos a importantes cargas de estrés social, familiar o laboral, con baja tolerancia a las frustraciones, inmadurez, dependencia y disminución de la autoestima y de los frenos inhibitorios de su agresividad. Sólo una minoría padece alteraciones psiquiátricas mayores^{4,13}.

El maltrato se produce en una familia disfuncional, donde la violencia actúa compensando las tensiones allí acumuladas, generadas y desarrolladas. Las dificultades económicas sea cual sea el nivel social de la familia tienen importancia como generadoras de estrés, ansiedad y agresividad. Idéntico papel juegan las tensiones y frustraciones del ámbito laboral. Se ha destacado el papel del hacinamiento como favorecedor del alcoholismo y la agresividad, al tiempo que se asocia con mayor riesgo de abuso sexual. Cobra particular relevancia la situación de la pareja, entre los niños maltratados se detecta un claro predominio de padres con uniones inestables, o en crisis. Ofrecen mayor riesgo las parejas en las edades extremas⁵.

Sobre el fondo descrito, habitualmente se agregan detonantes de menor significación (como la enuresis, la negativa del niño a alimentarse, un llanto que interrumpe el coito de los padres), que sobrepasan la capacidad de adaptación del maltratador y disparan la respuesta violenta. Los días en que ocurre el maltrato se vinculan a la presencia de los factores desencadenantes. Los fines de semana parecen



tener un mayor riesgo, probablemente derivado de un mayor consumo de alcohol y mayor tiempo de contacto del niño con sus maltratadores¹⁴.

Las lesiones en piel y mucosas son prácticamente constantes en los niños maltratados. El tipo de violencia involucrado es múltiple, destacándose por su frecuencia las contusiones, que originan equimosis y hematomas. La lesión contusa reproduce en forma bastante fiel la forma del objeto agresor (mano, pie, bastón, cinturón, arcadas dentarias). La violencia mecánica también origina arrancamientos de mechones de pelo, de los pabellones auriculares o del frenillo de la lengua. La piel y las mucosas pueden ser blancas de agresión térmica, originando quemaduras de diferente gravedad. Típicamente se describen las quemaduras perineales o "en calcetín" por sumersión en agua caliente y las quemaduras de lengua y paladar provocadas por alimentos. Deben mencionarse las quemaduras circulares provocadas por la brasa del cigarrillo, aunque su frecuencia parece haberse exagerado⁴.

Aunque menos frecuentes, se pueden encontrar quemaduras eléctricas y químicas. Finalmente, pueden estar presentes heridas provocadas por arma blanca, cortante o punzante, y sus cicatrices. Las lesiones viscerales profundas son de singular gravedad por el compromiso vital inmediato o alejado que aparejan. Se destacan los traumatismos cerrados de abdomen provocados por armas naturales (puños y pies) u objetos contundentes que ocasionan roturas de hígado, bazo o riñón, hemotórax o el estallido de vísceras huecas (intestino). Las lesiones neurológicas revisten especial significación por su frecuencia y gravedad. Muchas veces responden a traumatismos encefalocraneanos: sin embargo, en los lactantes es bien conocido el mecanismo de "sacudida" que, sin mediar proyección sobre un plano duro, origina hemorragias meníngeas graves⁴.

La intención de esta investigación está basada fundamentalmente en hacer ver que el SNM es una patología social de múltiples consecuencias. Independientemente



de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. Así mismo, se quiere demostrar que el maltrato continúa de una generación a la siguiente, de forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta creándose así un círculo vicioso cada vez más difícil de parar. Por estas razones se considera que el maltrato infantil es un problema de todos, de manera que la prevención del mismo debe abarcar a un grupo multidisciplinario: pediatras, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores familiares, terapeutas, maestros, jueces de menores, cuerpos policiales, etc., que deberían trabajar en conjunto con la finalidad de identificar precoz y oportunamente aquellos niños víctimas de este problema social, para asegurar su bienestar y desarrollo bio-psico-social.



JUSTIFICACIÓN

Se considera importante esta investigación ya que el maltrato infantil es una patología social y universal, con implicaciones multicausales y connotaciones médicas, culturales, jurídicas, políticas, religiosas y educativas, que tiene una incidencia y prevalencia en la población de carácter destructivo, creando así un deterioro bio-psico-social creciente, donde no solo está el agresor y el agredido, sino un contexto familiar deteriorado y una sociedad cargada de injusticia social y violencia.

La importancia de realizar un diagnóstico temprano se basa en lograr que las lesiones (físicas o emocionales) no alcancen sus expresiones mayores. Dejando de lado los casos extremos con una presentación clínica florida, el diagnóstico positivo de SNM requiere la participación de un equipo multidisciplinario, que cuente con el aporte del pediatra, el psiquiatra infantil y de adultos, el asistente social y el médicolegista.

Como en la mayoría de los casos se realiza primero un diagnóstico de sospecha, en general, a cargo del pediatra, pero donde los maestros juegan un papel importante y creciente, o son los parientes o vecinos quienes denuncian situaciones que perciben como de maltrato, creemos que es fundamental crear conciencia en la población sobre este problema, que sin duda alguna perjudica no solo al niño que es maltratado sino a toda la sociedad en la que él mismo se desenvuelve, y que traerá efectos perjudiciales tanto en su niñez como en su vida adulta.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar clínica y epidemiológicamente el síndrome del niño maltratado en los pacientes ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" durante el periodo de Mayo-Diciembre 2009.

Objetivo Específicos:

1. Determinar la incidencia del síndrome del niño maltratado (SNM) en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" durante el periodo de Mayo-Diciembre 2009.
2. Especificar en qué sexo y edad es más frecuente del síndrome del niño maltratado.
3. Establecer la relación que existe entre el grado de instrucción de los padres y la presencia de niños maltratados.
4. Determinar la relación que existe entre la edad de los padres con el maltrato infantil.
5. Definir el tipo de unión de los padres en relación al maltrato infantil.
6. Determinar el tipo de familia según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en la que es más frecuente el maltrato infantil.



7. Precisar la relación que existe entre el alcoholismo y/o drogadicción con el maltrato infantil.
8. Establecer la relación que existe entre las características socioeconómicas y el maltrato infantil.
9. Identificar el tipo de maltrato infantil más frecuente.
10. Mostrar la relación que existe entre el Síndrome del Niño maltratado y el esquema de vacunación.
11. Relacionar la posibilidad del Síndrome del Niño maltratado con la estabilidad de los padres.



METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de carácter prospectivo que incluyó encuestas a los pacientes pediátricos ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" en el periodo de Mayo-Diciembre 2009.

Universo:

El Universo está conformado por la totalidad de los pacientes pediátricos hospitalizados e ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" durante el periodo de Mayo-Diciembre 2009.

Muestra:

La muestra está conformada por ciento cincuenta (150) pacientes menores de 12 años ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" durante el periodo de Mayo-Diciembre 2009.

Materiales:

Se diseñó un instrumento de recolección de datos denominado Encuesta que consta de 5 partes:



1. Datos del niño.
 - a. Edad, sexo, peso, talla.
 - b. Desarrollo físico.
 - c. Inmunizaciones.
 - d. Estado de salud.
 - e. Asistencia al médico.
 - f. Grado de instrucción.
 - g. Composición de la familia.
 - h. Forma de castigo empleada.
2. Datos de los padres.
 - a. Edad.
 - b. Tipo de unión.
 - c. Ocupación.
 - d. Grado de instrucción.
 - e. Estabilidad de la unión.
 - f. Estado de salud.
 - g. Hábitos alcohólicos y/o drogadicción.
3. Datos del entorno.
 - a. Fuente de ingreso.
 - b. Características de la vivienda.
 - c. Ingresos.
 - d. Graffar.
4. Examen físico.
5. Impresión diagnóstica.



Recolección de datos.

Al representante de cada niño que participó en el estudio se le aplicó una encuesta, para realizar esto, los autores se trasladaron hasta los distintos servicios de Pediatría del Hospital Universitario “Ruiz y Páez”.

Datos de Identificación.

De cada niño se investigó datos de identificación, edad y sexo, etc., así como otros datos epidemiológicos de interés, mediante la encuesta diseñada para tal fin (Apéndice).

Evaluación clínica.

Cada niño fue evaluado clínicamente y sometido a una anamnesis orientada (dependiendo de la edad). Los resultados se anotarán en una ficha de control individual.

Análisis de los datos.

Para el análisis de los resultados, se vaciaron los datos en tablas para posteriormente graficarlos, utilizando frecuencias relativas (%), para demostrar la relación que existe entre las distintas variables a estudiar en el Síndrome del Niño Maltratado: edad, sexo, grado de instrucción de los padres, edad de los padres, tipo de unión de los padres, tipo de familia, adicción a sustancias, características socioeconómicas, tipo de maltrato, inmunizaciones.



Presentación de resultados:

Los datos que se obtuvieron mediante la aplicación de las encuestas, se tabularon y posteriormente se graficaron mediante el programa Microsoft Excel 2007. Se analizaron utilizando la clasificación de Chicchetti y Barnett en abuso físico si los pacientes presentan lesiones corporales evidentes, abuso físico por negligencia si las necesidades básicas para su desarrollo no son satisfechas por los padres, abuso emocional o psicológico si son agredidos verbalmente, insultados, amenazados, en abuso sexual si los padres o cuidadores han establecido contacto sexual con el niño, y en abuso económico y social en caso de que el menor este trabajando, sin recibir educación en una institución.



RESULTADOS

Cuadro N° 1

Incidencia Del Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.

	N°	%
Niños maltratados	120	80
Niños no maltratados	30	20
TOTAL	150	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un Total de 150 niños encuestados (100%), se observó que 120 (80%) son víctimas de maltrato infantil, mientras que los 30 restantes (20%) no son maltratados.

**Cuadro N° 2****Edad Y Sexo Más Frecuente Del Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

EDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 año	18	15	21	17,5	39	32,5
1 – 3 años	15	12,5	18	15	33	27,5
4 – 6 años	9	7,5	9	7,5	18	15
7 – 9 años	6	5	3	2,5	9	7,5
10 – 12 años	12	10	9	7,5	21	17,5
TOTAL	60	50	60	50	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANÁLISIS:

De un total de 120 niños maltratados (100 %), se observó que en relación al sexo no hubo diferencias significativas entre ambos. Sin embargo, en cuanto a la edad, se encontró que la frecuencia es mayor en niños menores de 1 año, de los cuales 18 (15%) corresponden al sexo masculino y 21 (17,5%) al femenino, tomando en cuenta que la mayoría de los encuestados pertenecen a este grupo etario.



Cuadro N° 3

Grado De Instrucción De Los Padres Y El Síndrome Del Niño Maltratado.

Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.

GRADO DE INSTRUCCION	PADRES		MADRES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ANALFABETA	9	3,75	0	0	9	3,75
PRIMARIA INCOMPLETA	12	5	18	7,5	30	12,5
PRIMARIA COMPLETA	18	7,5	24	10	42	17,5
EDUCACION BASICA	45	18,75	48	20	93	38,75
BACHILLER	21	8,75	18	7,5	39	16,25
TECNICO SUPERIOR	12	5	9	3,75	21	8,75
UNIVERSITARIO	3	1,25	3	1,25	6	2,5
TOTAL	120	50	120	50	240	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 240 padres maltratadores encuestados (100%), en cuanto al grado de instrucción para ambos géneros se observó que el mayor porcentaje (38,75%) corresponde al nivel de educación básica, en segundo lugar se encontraban los padres que solo tenían primaria completa (17,5%), seguido de aquellos que eran bachilleres (16,25%), así mismo una proporción significativa (12,5%) no habían culminado la primaria, 8,75% tenían estudios a nivel medio, 3,75% eran analfabetas y solo 2,5% de los padres tenían un título universitario.

**Cuadro N° 4****Edad De Los Padres Y El Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital Universitario
Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

EDAD	PADRES		MADRES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
14 – 20 años	12	5	36	15	48	20
21 – 30 años	66	27,5	60	25	126	52,5
31 – 40 años	21	8,75	18	7,5	39	16,25
41 – 50 años	12	5	3	1,25	15	6,25
>50 años	9	3,75	3	1,25	12	5
TOTAL	120	50	120	50	240	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 240 padres maltratadores encuestados (100%), el grupo etario más frecuente dentro del cual se encontraban ambos progenitores estuvo comprendido en el rango entre los 21 a 30 años, con un total de 126 padres para el mismo (52,5%), seguido de un total de 48 padres (20%) en el grupo etario comprendido entre los 14 a 20 años, 39 (16,25%) tenían entre 31 – 40 años, 15 (6,25%) estaban comprendidos entre los 41 – 50 años y, 12 (5%) eran mayores de 50 años.

**Cuadro N° 5****Tipo De Union De Los Padres Y El Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

TIPO DE UNION	N°	%
SOLTERO	9	7,5
CASADO	30	25
CONCUBINATO	69	57,5
DIVORCIADO	12	10
VIUDO	0	0
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados (100%), se observó que el 57,5% de los padres de los mismos viven en concubinato, el 25% de los progenitores estaban casados, 10% estaban divorciados y 7,5% eran solteros.

**Cuadro N° 6****Tipo De Familia Y El Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital Universitario
Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

TIPO DE FAMILIA	N°	%
NUCLEAR	81	67,5
COMPLETA	21	17,5
INCOMPLETA	18	15
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados (100%), se observó que el 67,5% de los mismos pertenecían a una familia nuclear, el 17,5% tenían una familia completa y sólo el 15% pertenecían a una familia incompleta.



Cuadro N° 7
Consumo De Alcohol Y/O Drogas En El Síndrome Del Niño Maltratado.
Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.

CONSUMO DE SUSTANCIAS (Alcohol y/o Drogas)	N°	%
FRECUENTEMENTE	48	40
POCAS VECES	63	52,5
NINGUNA	9	7,5
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados (100%), se observó que el 52,5% tenían padres quienes pocas veces consumían sustancias como alcohol y/o droga; sin embargo, un porcentaje importante (40%) tenían hábitos de consumo frecuentes, el 7,5% restante de los padres negó el consumo de dichas sustancias.



Cuadro N° 8
Nivel Socioeconomico Y El Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital
Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.

GRAFFAR	N°	%
CLASE I – II	51	42,5
CLASE III – IV	69	57,5
CLASE V	0	0
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados (100%), se observó que más de la mitad de los mismos (57,5%) pertenecían a un estrato socioeconómico correspondiente a la clase III – IV según la clasificación de Graffar, seguida por el 42,5% perteneciente a la clase I – III.

**Cuadro N° 9****Tipo De Maltrato Infantil. Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

TIPO DE MALTRATO	N°	%
OMISION	63	52,5
FISICO	9	7,5
PSICOLOGICO	6	5
PSICOLOGICO/OMISION	12	10
FISICO/OMISION	18	15
FISICO/PSICOLOGICO	6	5
FISICO/PSICOLOGICO/OMISION	6	5
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados (100%), encontramos que el tipo de maltrato más frecuente fue por omisión observándose en 63 niños (52,5%), en segundo lugar se encontraron 18 niños (15%) maltratados físicamente y por omisión, 12 (10%) eran maltratados psicológicamente y por omisión, 9 (7,5%) eran maltratados solo físicamente, y en último lugar se encontraron solo 6 niños (5%) que eran maltratados tanto física como psicológicamente y los que recibían maltrato físico, psicológico y por omisión respectivamente.

**Cuadro N° 10****Esquema De Inmunizaciones Y El Síndrome Del Niño Maltratado. Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

INMUNIZACIONES	N°	%
NO HA RECIBIDO	54	45
INCOMPLETO	48	40
COMPLETO	18	15
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados encuestados (100%), encontramos que 54 (45%) no habían recibido el esquema de inmunización correspondiente de acuerdo a su edad, seguido de 48 niños (40%) que lo habían recibido de forma incompleta, y solo 18 (15%) tenían su esquema de vacunación completo.

**Cuadro N° 11****Estabilidad De Union De Los Padres Y El Síndrome Del Niño Maltratado.****Hospital Universitario Ruiz Y Paez. Mayo-Diciembre 2009.**

ESTABILIDAD DE UNIÓN	N°	%
MALA	24	20
REGULAR	75	62,5
BUENA	21	17,5
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta elaborada por los autores.

ANALISIS:

De un total de 120 niños maltratados encuestados (100%), se observó que más de la mitad (62,5%) tenían padres que refirieron una estabilidad de unión regular, seguido de un 20% cuyos padres tenían una mala estabilidad de unión, y solo el 17,5% tenían padres con una buena estabilidad de unión.



DISCUSIÓN

Los derechos de niños, niñas y adolescentes según la propuesta de la Convención sobre Los Derechos del Niño suscrita por Venezuela en la sede de las Naciones Unidas en 1990, que se refieren a los derechos relacionados con la supervivencia, protección y participación, enfrenta en el país importantes problemas de violación¹⁵. Especialmente existe gran preocupación a nivel de las instancias gubernamentales y de las organizaciones que atienden estos casos sobre la reiterada presencia de maltrato hacia la integridad física, emocional, psicológica, sexual o abuso sexual, que estas instituciones observan en niños, niñas y adolescentes, además de que no existe un sistema de información sobre niñez y adolescencia que permita obtener de manera oportuna, precisa y coherente, información estadística y datos desagregados sobre este sector de la población¹⁶.

El subregistro que se presenta en los casos de maltrato infantil ha estado relacionado, en primer lugar, con la falta de conocimiento para el manejo adecuado de los casos por parte del personal encargado, y por otro con el desconocimiento de los mecanismos legales a través de los cuales pueden ser denunciados los casos confirmados de maltrato al niño (3,4). De los pacientes ingresados a los servicios de Pediatría del Hospital Universitario Ruíz y Páez en el periodo de Mayo – Diciembre 2009, en las edades comprendidas entre 0 y 12 años, se observó que 120 de los casos correspondientes al 80% de los niños son víctimas de maltrato infantil (Tabla 1).

Para el año 2002 existían más de un millón de niños, niñas y adolescentes en la categoría de riesgo social que incluye a niños de la calle, niños, niñas y adolescentes vinculados con la explotación sexual, niños y niñas trabajadores¹⁵. Los y las jóvenes adolescentes, niños y niñas, están siendo afectados por elevados índices de violencia tanto intrafamiliar como en la calle, incluyendo el abuso sexual. El 72% de las



denuncias por violencia y abuso sexual corresponde a niños, niñas y adolescentes, y el 66% de los agresores fueron jóvenes entre 15 y 24 años ¹⁶.

La violencia es una experiencia tan común para los varones desde muy temprano en sus vidas, que llega a ser asumida como uno de los principales mecanismos de socialización masculina¹⁷. Sin embargo en el presente trabajo no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla 2). En cuanto a la edad, se ha observado que los lactantes representan un gran porcentaje de niños maltratados, de igual forma en este estudio, los niños menores de un año conforman la población mayormente afectada (Tabla 2). Se podría plantear que por su permanencia más prolongada en el hogar, los lactantes son los más susceptibles a sufrir algún tipo de maltrato, posiblemente por estar bajo el cuidado o ausencia de sus progenitores que en sus quehaceres domésticos infringen por descuido^{*8 22 23}.

Las diferencias respecto a la Tasa de Mortalidad Infantil se encuentran estrechamente vinculadas a variables sociodemográficas tales como sexo, edad y nivel de educación de la madre; intervalo intergenésico y lugar de residencia; condición de la vivienda, clase social y ocupación del jefe de familia¹⁸. Las encuestas de demografía y salud (DHS) desarrolladas en varios países señalan como una de las variables más significativas el “nivel de educación de la madre”, demostrando básicamente la relevancia de las variables mencionadas. En este sentido, las posibilidades de morir antes del año de vida son tres veces superiores en los hijos de mujeres analfabetas, en comparación con aquellos cuyas madres poseen educación secundaria y/o universitaria¹⁹. Esta investigación arrojó en cuanto al grado de instrucción para ambos géneros que el 38,75% poseían estudios de educación básica, el 17,5% correspondía a los padres que solo tenían primaria completa, el 16,25% eran bachilleres, 12,5% no habían culminado la primaria, 8,75% tenían estudios a nivel medio, 3,75% eran analfabetas y 2,5% tenían un título universitario (Tabla 3).



Se ha identificado una amplia gama de factores que incrementan el riesgo de que un niño sufra malos tratos. Cabe citar los siguientes: tener unos padres jóvenes, pobres, desempleados o socialmente aislados; tener antecedentes de violencia doméstica en el hogar; vivir en una familia monoparental, y vivir en un hogar atestado ²⁰. En relación a la edad de los padres los resultados encontrados guardan una estrecha relación con los hallazgos de casos diagnosticados como maltrato infantil en diferentes estudios, encontrándose que la mayoría de los padres maltratadores tienen entre 21 – 30 años (Tabla 4).

Las estadísticas señalan que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes es generada con mucha frecuencia dentro del mismo seno familiar. Para el año 2003, un 34,7% de los agresores contra niños atendidos en Panaced, son familiares¹⁷. En este estudio se observó que el 67,5% de los niños maltratados pertenecían a una familia nuclear, seguida de un 17,5% que tenían una familia completa y sólo el 15% pertenecían a una familia incompleta (Tabla 6).

Estudios realizados en muchos países han constatado asociaciones entre el consumo nocivo de alcohol y el maltrato infantil. Sin embargo, los estudios en los que se ha cuantificado la participación del consumo de alcohol en el maltrato infantil son escasos y se han realizado casi exclusivamente en países de ingresos altos. Cuando se dispone de cifras, las diferencias metodológicas entre países complican las comparaciones, y a ello se suma, como factor de confusión, la considerable proporción de casos de maltrato que no se notifican ni al sistema sanitario ni al judicial. Aun así, en los EE. UU., el 35% de los progenitores que maltrataron a sus hijos habían consumido alcohol o drogas en el momento del incidente. En Alemania, durante el período 1985–1990, alrededor del 35% de los perpetradores de maltrato infantil con resultado de muerte se encontraban bajo los efectos del alcohol en el momento del crimen, y el 37% de los agresores eran alcohólicos crónicos. A nivel mundial, se calcula que los antecedentes de abusos sexuales en la infancia son la



causa del 4–5% de los casos de abuso del alcohol en varones y del 7–8% en mujeres²⁰. Sin embargo, estos datos revisados no coinciden con este estudio realizado, el cual arroja que el 52,5% de los niños víctimas de algún tipo de maltrato tenían padres quienes pocas veces consumían sustancias como alcohol y/o droga, aun cuando un porcentaje importante (40%) tenían hábitos de consumo frecuentes, el 7,5% restante de los padres negó el consumo de dichas sustancias (Tabla 7).

Numerosos estudios han demostrado que los niños de todos los grupos étnicos y clases sociales son o pueden ser sujetos de maltrato físico. Sin embargo, hay ciertos factores sociales y demográficos que presentan un nivel más alto de correlación con el abuso físico. Estos factores son: padres solos, bajos niveles de ingreso así como cualquier otro factor que incremente los niveles de estrés en la familia, tales como la presencia de niños con discapacidades o enfermedades médicas complejas; niños no deseados; niños hiperactivos y niños de padres que atraviesan situaciones difíciles como el divorcio, la pérdida del empleo o padres que tienen expectativas poco realistas sobre sus hijos²¹. En estudio, se observó que el 57,5% de los progenitores viven en concubinato, solo el 25% estaban casados, 10% estaban divorciados y 7,5% eran solteros (Tabla 5). En cuanto al nivel socioeconómico se encontró que el 57,5% pertenecían a un estrato socioeconómico correspondiente a la clase III – IV según la clasificación de Graffar, seguida por el 42,5% perteneciente a la clase I – III (Tabla 8).

En sondeos realizados con docentes de Fe y Alegría atendidos conjuntamente por AFACO en varias escuelas de Barquisimeto, durante el año escolar 2000 – 2001, en el 50,6% de los estudiantes se reconocían signos externos de maltrato. Según una encuesta aplicada por el CEDNA Lara a estudiantes de la escuela básica, el 26% manifestaron recibir algún tipo de maltrato físico¹⁷. Este estudio arrojó que el tipo de maltrato más frecuente fue por omisión observándose en el 52,5%, el 15% eran



maltratados tanto físicamente como por omisión, 10% lo eran psicológicamente y por omisión, y solo el 7,5% eran maltratados físicamente (Tabla 9).



CONCLUSIONES.

1. El Síndrome del Niño Maltratado es un problema de Salud Pública en Venezuela.
2. En 8 meses de estudio, de cada diez pacientes pediátricos ingresados en el Hospital Universitario "Ruiz y Páez", ocho casos corresponden al Síndrome del Niño Maltratado.
3. Frecuentemente es mal diagnosticado y sub-registrado.
4. El grupo etareo más frecuente es el lactante.
5. No hubo diferencia en cuanto al sexo.
6. El Síndrome del Niño Maltratado es más frecuente en padres con Educación Básica y Primaria Completa.
7. La edad más frecuente de padres con niños maltratados está comprendida entre los 21 y los 30 años.
8. El tipo de unión de los padres más frecuente en el Síndrome del Niño Maltratado es el Concubinato.
9. El mayor porcentaje de niños con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado provienen de una familia Nuclear.
10. El Síndrome del Niño Maltratado es más frecuente en aquellos padres consumidores de sustancias ilícitas (alcohol, drogas).
11. El nivel socioeconómico en el que se encontraron más casos de Síndrome del Niño Maltratado corresponde a la clase III-IV según la clasificación de Graffar.
12. El tipo de maltrato más frecuente es por Omisión.
13. El mayor porcentaje de niños maltratados no han recibido el esquema completo de inmunizaciones.
14. El Síndrome del Niño Maltratado se observó con mayor frecuencia en padres con una unión inestable.



RECOMENDACIONES.

1. Impartir charlas a la población en general sobre la importancia del cuidado tanto físico como emocional de cualquier niño para su adecuado desarrollo.
2. Crear y facilitarle a la población médica un instrumento práctico que permita la detección y valoración del riesgo a sufrir maltrato infantil.
3. Fomentar estrategias que permitan cortar el círculo de violencia en las familias venezolanas.
4. Realizar campañas donde se mejore la calidad de vida de los niños, por ejemplo: vacunación, alimentación, educación, recreación, etc.
5. Implementar medidas para mejorar las condiciones del entorno social del niño: calidad de los servicios básicos, áreas de recreación, fuente de empleo para los padres, entre otros.
6. Concientizar a la población en general que el maltrato infantil constituye un problema de salud pública que repercute en cualquier sociedad y se convierte en un círculo vicioso.
7. Detectar de forma precoz y oportuna niños víctimas de violencia para implementar técnicas que permitan limitar los daños a los mismos, así como fomentar dentro de sus hogares medidas que permitan reducir el maltrato y crear un ambiente apto para el correcto funcionamiento de cada uno de los integrantes de dicha familia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Martinez E, Reyes R. 1993. Maltrato Infantil, un problema inquietante. Bol Med Hospital Infantil México. 50:557.
- 2) Onostre R, Sandoval O. 1994. Síndrome del niño maltratado a propósito de un caso. Rev. Soc. Bol. Ped. [Serie en línea]. 33 (3) 100 – 103. Disponible: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp94330302.pdf>. [Noviembre, 2009].
- 3) Rodriguez M, Cerón M. 2009. Maltrato infantil. [En línea]. Disponible: <http://www.mipediatra.com/infantil/maltrato.htm>. [Noviembre, 2009].
- 4) Rodriguez H. 1996. Síndrome del niño maltratado. Nosotros: Violencia y maltrato.[Serie en línea].5.6–8. Disponible: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sindrome%20nino%20maltratado.pdf>. [Noviembre, 2009]
- 5) Gonzalez R, 1.994. Niños Maltratados. Edit Porlamar. Caracas 1^{era} ed. pp.58.
- 6) Centro para la Paz y los Derechos Humanos. CECODAP. (2004). Estudio sobre la violencia en Niños, Niñas y Adolescentes en Venezuela. Universidad Central de Venezuela. [En línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169032007000200004&lng=es&nrm=iso. [Diciembre, 2009]
- 7) Anonimo. 2010. El maltrato infantil es práctica tolerada en América Latina y el Caribe. [En línea]. Disponible en:



http://www.onu.org.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=175&Itemid=1. [Febrero, 2010].

- 8) Gallegos L, Miegimolle M, Planells, P. 2002. Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta Odontológica Venezolana. 40 (3).
- 9) Kairys S. 1999. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 104 (2) 348-50.
- 10) Infante C. 1998. Manejo de pacientes con maltrato infantil. Guías de Manejo en estomatología pediátrica. Universidad Nacional de Colombia. Ecoe ediciones. Pp: 10-15.
- 11) Espinosa A, Figueiras B, Mendilahaxón J, Roca A. 2000. Síndrome de Munchausen: un reto para el clínico. Rev. Cubana Méd. 39 (4). 228-37.
- 12) Foncerrada M. 1982. El niño víctima de maltrato. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 20. 457-469.
- 13) Valenzuela J, Hernández GL, Sánchez SJJ. 1995. Quejas psicósomáticas y comportamiento de adolescentes en función de abuso sexual en la niñez. Arch Hispanoam Sexual. 1. 201-224.
- 14) Lizcano Z, 1993. El Maltrato de niños. Trabajo de grado. Departamento de documentos e investigación sobre la problemática de la niñez. Asociación benefactor de ayuda al niño sin asistencia. Pp 15.
- 15) Situación de los Derechos humanos en Venezuela. Informe Anual Octubre 2002/ Septiembre 2003. Caracas, Venezuela, Noviembre 2003, página 44.



- 16) Loredo, A. 2008. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. *Acta Pediatr Mex.* 29(5):255-61
- 17) Informe Situación Derechos Humanos de la Niñez y Adolescencia en Venezuela. 2003 [En línea]. Disponible en: <http://www.cecodap.org.ve> [Junio, 2010]
- 18) Yunes, J., Díaz, A. 1993. Maternal and Child Health in Latin America and the Caribbean: Current Situation and Trends. Pp 12-13
- 19) Marckwardt, A.M., Ochoa, L.H. 1993. Población y salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Encuesta de Demografía y Salud/Macro International Inc. (DHS); Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Pp 3.
- 20) OMS 2006. Maltrato infantil y alcohol. [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_child_es.pdf. [Junio, 2010]
- 21) Azaola, Elena, 1993. “El maltrato infantil: algunas propuestas”, en: Problemática del menor en la Ciudad de México, II Asamblea de Representantes del Distrito Federal, México, pp. 47-52.



APENDICE



ENCUESTA

DEL NIÑO. IDENTIFICACIÓN:

EDAD: _____ SEXO: _____ PESO: _____

TALLA: _____

1. Desarrollo Físico:

- a. $P_3 - P_{10}$: _____
- b. $P_{10} - P_{90}$: _____
- c. P_{90} : _____

2. Inmunizaciones:

- a. No ha recibido el esquema de vacunas _____
- b. Falta una vacuna del esquema _____
- c. Recibió todas las vacunas _____

3. Estado de salud del niño:

- a. Anomalía congénita _____
- b. Enfermedad crónica _____
- c. Sano o enfermedad aguda _____

4. Ante la enfermedad del niño ¿Acude al médico?

- a. Nunca _____
- b. Algunas veces _____
- c. Siempre _____

5. Grado de Instrucción:

- a. Adecuado: _____
- b. Inadecuado por repetencia: _____



c. Sin Instrucción: _____

6. Composición de la Familia:

a. Incompleta: _____

b. Completa: _____

c. Nuclear: _____

7. ¿Quién castiga al niño?

a. Ambos padres: _____

b. Un solo progenitor: _____

c. Ninguno: _____

8. Forma de Castigo:

a. Física: _____

b. Verbal: _____

c. Otras: _____

DE LOS PADRES:

Edad de la madre _____ Edad del padre _____

Tipo de unión: Casado ___ Soltero ___ Viudo ___ Divorciado ___

Concubinato _____

Ocupación del
padre _____

Ocupación de la
madre _____

Grado de instrucción del
padre _____



Grado de instrucción de la

madre_____

9. Estabilidad de la unión:

- a. Mala:_____
- b. Regular:_____
- c. Buena:_____

10. Estado de salud del padre:

- a. Enfermedad crónica:_____
- b. Enfermedad aguda:_____
- c. Sano:_____

11. Estado de salud de la madre:

- a. Enfermedad crónica:_____
- b. Enfermedad aguda:_____
- c. Sano:_____

12. Hábitos alcohólicos o drogadicción:

- a. Frecuentemente:_____
- b. Pocas veces:_____
- c. Ninguna:_____

DEL ENTORNO

Fuente de ingreso:

Ganancia- beneficio- honorario_____

Sueldo mensual_____

Salario- semanal- día_____

Donación- trabajo ocasional_____



Características de la vivienda:

Vivienda de lujo_____

Vivienda optima sin lujo, amplio espacio_____

Buenas condiciones sanitarias, espacios reducidos_____

Deficiente en alguna condición sanitaria_____

Rancho o vivienda, condición sanitaria inadecuada_____

Ingreso del padre_____ Ingreso de la madre_____

13. Graffar:

a. Clase V:_____

b. Clase III-IV:_____

c. Clase I-III:_____

EXAMEN FÍSICO:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Síndrome del Niño Maltratado en los servicios de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Mayo – Diciembre 2009.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Al Rifai Al Masri, Mohamad	CVLAC: 18.229.909 E MAIL: mohamuda_r@hotmail.com
Jiménez Rivas; María América	CVLAC: 17.403.994 E MAIL: ame_jim_2009@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Síndrome, Maltrato, Violencia, Víctima, Desarrollo, Crecimiento.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Dpto de Puericultura y Pediatría	

RESUMEN (ABSTRACT):

El Síndrome del Niño Maltratado es una patología social de múltiples consecuencias. Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. El maltrato infantil es un problema de todos, de manera que la prevención del mismo debe abarcar a un grupo multidisciplinario que deberían trabajar en conjunto con la finalidad de identificar precoz y oportunamente aquellos niños víctimas de este problema social, para asegurar su bienestar y desarrollo bio-psico-social. El Objetivo general de esta investigación fue caracterizar clínica y epidemiológicamente el síndrome del niño maltratado en los pacientes ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" durante el periodo de Mayo-Diciembre 2009. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de carácter prospectivo que incluyó encuestas aplicadas a los pacientes pediátricos ingresados en los servicios de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" en el periodo de Mayo-Diciembre 2009. El Universo estuvo conformado por la totalidad de los pacientes pediátricos hospitalizados e ingresados en dicho servicio, la muestra estuvo conformada por ciento cincuenta (150) pacientes menores de 12 años ingresados en los mismos. En 8 meses de estudio, de cada diez pacientes pediátricos ingresados en el Hospital Universitario "Ruiz y Páez", ocho casos corresponden al Síndrome del Niño Maltratado, siendo frecuentemente mal diagnosticado y sub-registrado. El tipo de maltrato más frecuente es por Omisión y el grupo etareo más afectado son los lactantes.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Alfredo Martínez	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	5874447			
	E_MAIL	alfredojmn@hotmail.com			
	E_MAIL				
Carmen Ruiz	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	4299956			
	E_MAIL	Co9ruiz@hotmail.com			
	E_MAIL				
Norma Conquista	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	8365727			
	E_MAIL	Nconqistalira3@cantv.net			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	10	15
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Síndrome del Niño Maltratado en los servicios de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario "Ruíz y Páez". Mayo – Diciembre 2009.	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL Servicios de Pediatría del Hospital Ruiz y Paez Ciudad Bolívar Edo Bolívar

TEMPORAL: 5 Años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Medico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre-Grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto de Puericultura y Pediatría

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente



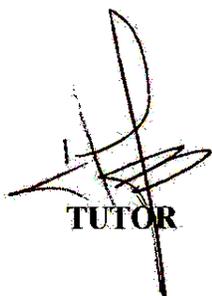
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.
“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.


AUTOR


AUTOR


TUTOR


JURADO


JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS