

IMPACTO DEL MALTRATO INFANTIL EN LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS¹

IMPACT OF CHILD ABUSE ON THE PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN CHILEAN CHILDREN AND ADOLESCENTS

IMPACTO DO ABUSO INFANTIL NA PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CHILENOS

NÁYADE RIQUELME PEREIRA*
CLAUDIO BUSTOS NAVARRETE**
BENJAMÍN VICENTE PARADA***

RESUMEN

Introducción: La mala salud mental está fuertemente asociada con la violencia interpersonal. El maltrato infantil es un problema cultural y global de salud pública que atenta contra los derechos de los niños. **Objetivo:** Examinar la asociación entre la experiencia de maltrato y presentación de trastornos mentales en niños y adolescentes. **Material y Método:** Estudio cuantitativo, no experimental, analítico de corte transversal, dirigido a niños y adolescentes chilenos. La muestra estuvo compuesta por 1558 participantes entre 4 y 18 años, el instrumento recolector de datos estuvo compuesto por la entrevista diagnóstica estructurada para niños, versión computarizada DISC-IV, un cuestionario de maltrato infantil y datos sociodemográficos. El análisis estadístico se realizó mediante regresión logística con el programa R versión 3. **Resultados:** En el grupo de los niños, los trastornos ansiosos y disruptivos prevalentes y subumbral se relacionaron con abuso sexual, maltrato psicológico y físico. En el grupo de los adolescentes, los trastornos del ánimo se asociaron con maltrato psicológico y abuso sexual, los trastornos disruptivos prevalentes y subumbrales se asociaron con todos los tipos de maltrato, y el trastorno por consumo de drogas se asoció con abuso sexual. **Conclusión:** Existe relación significativa entre el maltrato en sus diferentes categorías, especialmente abuso sexual con la expresión de trastornos mentales en niños y adolescentes. Es importante detectar tempranamente los niveles subumbrales para tratar de reparar el problema, educar a la población, procurar comunidades menos violentas y ambientes tranquilos para el crecimiento de niños y adolescentes.

Palabras clave: Maltrato infantil; Trastornos mentales; Niños; Adolescentes.

¹Investigación con financiamiento FONDECYT N° 1070519.

*Mg. en Salud Familiar, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, Código ORCID: 0000-0001-6121-4908, Email: nriquelm@udec.cl Autora de correspondencia.

**Dr. en Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Código ORCID: 0000-0003-3478-9858, Email: clbustos@udec.cl

***Dr. en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile, Código ORCID: 0000-0001-8903-6170, Email: bvicente@udec.cl Autor de correspondencia.

ABSTRACT

Introduction: Poor mental health is strongly associated with interpersonal violence. Child abuse is a cultural and global public health problem that violates children's rights. **Objective:** To examine the relation between experience of abuse and presence of mental disorders in children and adolescents. **Materials and methods:** Quantitative, non-experimental, cross-sectional analytical study, aimed at Chilean children and adolescents. The sample consisted of 1558 participants who were between 4 and 18 years old. The data-collection instrument included the Structured Diagnostic Interview for Children, computerized version DISC-IV, a child abuse questionnaire and sociodemographic data. Statistical analysis was performed by logistic regression using the R program version 3. **Results:** In the group of children, prevalent and sub-threshold anxiety and disruptive disorders were related to sexual abuse, psychological and physical abuse. In the adolescent group, mood disorders were associated with psychological and sexual abuse; prevalent and sub-threshold disorders were associated with all types of abuse, and drug use disorder was associated with sexual abuse. **Conclusion:** There is a significant relationship between abuse in its different categories, especially sexual abuse, and the occurrence of mental disorders in children and adolescents. It is important to detect early sub-threshold levels in order to try to solve the problem, educate the population, and have less violent communities and quiet environments for the growth of children and adolescents.

Key words: Child abuse; Mental disorders; Children; Adolescents.

RESUMO

Introdução: A saúde mental precária está fortemente associada à violência interpessoal. O abuso infantil é um problema cultural e global de saúde pública que compromete os direitos da criança. **Objetivo:** Examinar a associação entre a experiência de abuso e a apresentação de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Material e Método:** Estudo analítico quantitativo, não experimental, transversal, destinado a crianças e adolescentes chilenos. A amostra foi composta por 1558 participantes, entre 4 e 18 anos, o instrumento de coleta de dados foi composto pela Entrevista Diagnóstica Estruturada para Crianças, versão computadorizada DISC-IV, questionário de abuso infantil e dados sociodemográficos. A análise estatística foi realizada por meio de regressão logística com o programa R versão 3. **Resultados:** No grupo de crianças, os transtornos ansiosos e disruptivos prevalentes e abaixo do limiar estavam relacionados ao abuso sexual, psicológico e físico. No grupo de adolescentes, os transtornos do humor foram associados a abuso psicológico e abuso sexual, os transtornos disruptivos predominantes e inferiores ao limiar foram associados a todos os tipos de abuso, e o transtorno por uso de drogas foi associado ao abuso sexual. **Conclusão:** Existe uma relação significativa entre os abusos em suas diferentes categorias, principalmente o abuso sexual com a expressão de transtornos mentais em crianças e adolescentes. É importante detectar precocemente níveis inferiores ao limiar para tentar solucionar o problema, educar a população, para conseguir comunidades menos violentas e ambientes calmos para o crescimento de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Abuso infantil; Transtornos mentais; Crianças; Adolescentes.

Fecha de recepción: 20/03/2020

Fecha de aceptación: 06/08/2020

INTRODUCCIÓN

La salud mental es una parte importante de la salud en general tanto para los niños como para los adultos. El tratamiento temprano puede ayudar a prevenir problemas más severos y duraderos a medida que el niño crece^(1, 2). La mitad de los

trastornos mentales tienen su primera aparición antes de la edad adulta cuando la presencia de un trastorno puede ser particularmente perjudicial para los hitos del desarrollo⁽³⁾. La mala salud mental está fuertemente asociada con la violencia interpersonal, desde la violencia de pareja, hasta el abuso infantil y la violencia familiar⁽⁴⁾. La evidencia plantea que

la adversidad psicosocial experimentada durante la infancia aumenta el riesgo de obtener pobres resultados en salud física y mental durante la misma como más adelante en la vida^(5, 6).

Las experiencias adversas de la infancia, reconocidas en las publicaciones internacionales con la sigla ACE (*Adverse Childhood Experience*), incluyen la exposición al abuso en todos sus tipos y a la disfunción familiar⁽⁷⁾. De hecho, se plantea que entre el 20 al 30% de todos los inicios de los trastornos mentales se asocian con este tipo de experiencia, particularmente el abuso (amenaza) y negligencia (privación) con un mayor riesgo de depresión posterior en la vida^(8, 9).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF: *United Nations Children's Fund*) define como víctimas de maltrato y abandono a niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. Dentro del grupo familiar se distinguen los siguientes tipos de maltrato: a) Maltrato físico: Es toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables; b) Maltrato emocional: Es el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente y también se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos; c) Abandono y negligencia: Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello; existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen; d) Abuso sexual: Es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente e incluye la explotación sexual.

Fuera de la familia pueden darse otros tipos de maltratos, como los niños que sufren en conflictos armados o que viven en la calle, las disciplinas violentas o humillantes en instituciones, la explotación sexual y la pornografía infantil⁽¹⁰⁾.

En Norteamérica aproximadamente la mitad de los niños y adultos estadounidenses han experimentado al menos una experiencia infantil adversa, el 11% de los adultos estadounidenses informan haber sufrido abuso sexual cuando

eran niños, el 16% abuso físico y el 35% abuso emocional⁽⁷⁾. Otros estudios focalizados en ACE han encontrado asociaciones fuertes y consistentes con problemas de salud mental, como depresión y trastorno de estrés postraumático, hasta la edad adulta⁽¹¹⁻¹³⁾. Se sugiere que esta relación es debido al efecto de las ACE sobre el desarrollo cerebral y la desregulación emocional en puntos críticos del desarrollo^(14, 15), por ejemplo, el abuso emocional y la negligencia pueden alterar el desarrollo de la recompensa cerebral y los sistemas de oxitocina en los niños, lo que da lugar a la falta de cuidado parental en la generación posterior. Además, el maltrato emocional sutil, debido a que los padres psicológicamente no están disponibles para sus hijos, puede estar asociado con un apego deficiente, problemas de conducta y dificultades académicas⁽¹⁶⁾. De acuerdo con investigadores del Reino Unido se cree que el maltrato infantil afecta a uno de cada tres niños a nivel mundial y se constituyen en un doble riesgo de desarrollar enfermedades mentales⁽¹⁷⁾. Investigadores sudafricanos encontraron que el abuso emocional en adolescentes mujeres es predictor de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático y depresión en conjunto o separados, planteando que puede existir colinealidad con el abuso sexual ya que el abuso emocional comúnmente ocurre con éste y otras formas de abuso y negligencia⁽¹⁸⁾.

Según estudios de UNICEF, en América Latina 6 millones de niñas y niños son agredidos severamente por sus padres o familiares y 85 mil mueren cada año como consecuencia de estos castigos⁽¹⁹⁾. La violencia contra los niños y niñas se da en todos los países del mundo, en distintas formas e intensidad y a menudo están arraigadas en prácticas culturales, económicas y sociales. La Convención de los Derechos del Niño en su artículo 19 refiere: “Los Estados parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”. En Chile, el 73,6% de los niños y niñas sufre violencia física o psicológica de parte de sus padres o parientes. El 53,9% recibe castigos físicos y un 19,7% violencia psicológica. Sólo un 26,4% de los niños, niñas y adolescentes nunca ha vivido situaciones de violencia por parte de sus padres⁽²⁰⁾. Por otro lado,

el estudio global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que el 36% de los niños sufre abuso psicológico, 23% abuso físico, 18% de las niñas y el 8% de los niños sufren abuso sexual, y el 16% de los niños experimenta negligencia de sus cuidadores⁽²¹⁾.

Debido que a nivel nacional no existen estudios que relacionen este tema con la identificación de trastornos mentales en población infanto-juvenil, el objetivo de este estudio fue examinar la asociación entre la experiencia de maltrato y la presentación de trastornos mentales, casos prevalentes y subumbrales, en niños y adolescentes chilenos, pues a nivel nacional existen estudios relacionados al maltrato infantil y problemas de salud mental, pero enfocados, la mayoría, sólo en población adolescente y en determinadas localidades, en los cuales se identifican problemas conductuales, emocionales o perfiles de riesgo, como los realizados en Calama⁽²²⁾ o Santiago⁽²³⁾, el estudio nacional de polivictimización⁽²⁴⁾, o el enfocado al Estrés Postraumático de Valparaíso⁽²⁵⁾ o Arica⁽²⁶⁾. Aun así, ninguno ha utilizado instrumentos que arrojen diagnósticos psiquiátricos categoriales y la mayoría utilizó muestreo no probabilístico o intencionado.

Se entiende el concepto de trastorno mental según el DSM IV⁽²⁷⁾ como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo, significativamente aumentado, de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. Cada trastorno es definido y operacionalizado en una serie de criterios que ayudan a establecer el umbral para el diagnóstico, por lo tanto, se consideran casos subumbrales a aquellos individuos que no reúnen todos los criterios descriptivos completos que definen un trastorno específico. Las definiciones de maltrato de UNICEF, presentadas anteriormente, fueron utilizadas para nominar esta variable y de acuerdo con la revisión de la literatura, la hipótesis planteada fue que los adolescentes del estudio presentarían más relación entre sus experiencias de maltrato y presentación de trastornos mentales categorizables, que el grupo de los niños.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio. Estudio cuantitativo, no expe-

rimental, analítico de corte transversal, secundario del estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicio de la población infanto-juvenil chilena⁽²⁸⁾, que buscó alcanzar representación nacional, por lo cual se incorporaron al estudio cuatro provincias chilenas, que representaban diversas condiciones nacionales, en relación a densidad poblacional, diversidad étnica, socioeconómica y laboral.

Plan de muestreo. La muestra estuvo calculada con un error máximo de 3,5% y con un 95% de confianza, con 815 participantes en Santiago, 158 en Iquique, 254 en Cautín y 331 en Concepción. El proceso de selección de la muestra consideró la subdivisión de las provincias en comunas, luego en distritos y manzanas. Cada una de estas unidades fue seleccionada al azar. Se utilizó el censo nacional para determinar el número de hogares requerido por manzana. Los hogares se eligieron en sentido horario, comenzando por el primero en la esquina norte de cada manzana. Los siguientes hogares fueron seleccionados en base al número obtenido al dividir las estimaciones del censo por la cantidad de residentes en la manzana. Utilizando 12 tablas Kish⁽²⁹⁾ ajustadas por sexo y edad, preasignadas al azar, se seleccionó a un niño o adolescente por hogar. Esto implica una muestra aleatoria estratificada en dos etapas que considera la selección de la vivienda y, posteriormente, del niño o adolescente a entrevistar. Los criterios de exclusión fueron que el niño o adolescente no residiera permanentemente en la dirección seleccionada, y la presencia de deterioro o limitación sensorial y/o intelectual del entrevistado.

Recolección de datos. Las entrevistas se realizaron “cara a cara” en el hogar del entrevistado por personal entrenado en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción que es Centro de Entrenamiento y Referencia CIDI-OMS. Se solicitó firma de consentimiento informado en el cual se explicaba objetivos del estudio, vías de consulta, entre otros requisitos. Se cauteló la situación de los casos detectados con trastornos psiquiátricos o maltrato, actual o pasado, siendo derivados al centro de salud mental más cercano. Se aplicó el instrumento recolector de datos a los adolescentes entre 11 y 18 años, y a los padres o cuidadores de los menores de 11 años. Usando los datos del censo nacional se construyó un factor de ajuste por población, empleando la

distribución poblacional en términos de género y edad. Este factor se utilizó para ajustar los pesos obtenidos inicialmente, de modo de aumentar la precisión de las estimaciones. Los instrumentos recolectores de datos fueron los siguientes: Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños (DISC: *Diagnostic Interview Schedule for Children*) en versión computarizada (DISC-IV)⁽³⁰⁾, un Cuestionario ad hoc sobre maltrato infantil basándose en los principales reactivos del *Childhood Trauma Questionnaire Short-Form* (CTQ-SF)⁽³¹⁾, de amplio uso clínico e investigativo, de respuesta tipo Likert con opción de continuar con respuesta abierta, cumpliendo con lo necesario para la indagación del maltrato en concordancia con las definiciones UNICEF y procurar disminuir la carga de respuesta de los entrevistados en consideración a lo extenso del DISC, además de una encuesta de antecedentes sociodemográficos.

El DISC es una entrevista altamente estructurada diseñada para realizar diagnósticos psiquiátricos precisos de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta revisión (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁽³²⁾. Tiene una única versión informatizada. Puede ser administrada por entrevistadores legos, entrenados en su uso. Dispone de una forma para padres (DISC-P) y otra para niños (DISC-C). La entrevista con el niño tiene una duración aproximada de una hora y la de padres entre 60 y 90 min. El DISC-IV también indaga sobre el nivel de discapacidad y severidad asociado con cada diagnóstico, determinando el grado en el que los síntomas de un diagnóstico dado han causado estrés al niño, o han afectado su rendimiento escolar, o sus relaciones con cuidadores, familia, amigos o profesores. Permite identificar más de 30 diagnósticos psiquiátricos, agrupados en seis módulos. Los algoritmos de puntaje oficial del DISC-IV permiten la comprobación de la presencia de un diagnóstico, con o sin discapacidad, según ha sido medido por las escalas de discapacidad de la propia entrevista, a la vez que permite identificar casos subumbrales. Los criterios de discapacidad son ordenados en cuatro niveles que van de la A a la D, siendo inclusivos y de menor a mayor severidad. Para efecto diagnóstico, un caso es considerado positivo si cumple completamente los criterios de diagnóstico del DSM-IV o CIE-10, de acuerdo con

el DISC-IV, el cual se encuentra validado en Chile.

Procesamiento y análisis de datos. Se utilizó el programa estadístico R versión 3 para el procesamiento de datos, obteniéndose los principales resultados del análisis de regresión logística, considerando los cuatro tipos de maltrato como predictores de cada trastorno infante/juvenil, controlando por sexo y edad y presentándose los *odds ratios* ajustados.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

RESULTADOS

Caracterización de niños y adolescentes. De los 1558 participantes se tuvo una tasa de respuesta del 82,4%. El 34,5% de los participantes vivían con 3 o menos personas, y el 65,5% con 4 o más personas en su familia. La Tabla 1 presenta que la muestra tuvo una distribución homogénea en sexo y con una leve tendencia menor en el rango etario de los adolescentes. La Tabla 2 presenta que los trastornos más prevalentes fueron los trastornos disruptivos (14,6%) y los trastornos ansiosos (8,3%), repitiéndose ambos trastornos en la distribución por sexo y por grupo etario. La Tabla 3 presenta que el maltrato más frecuente es el psicológico.

Maltrato y trastornos mentales en niños y adolescentes. Las Tablas 4 y 5 presentan la relación entre los diferentes tipos de maltrato y los trastornos mentales en niños, y la relación con los casos subumbrales, respectivamente, observándose asociación significativa principalmente entre el maltrato psicológico y físico, con la presentación de trastornos disruptivos prevalentes. Ambos tipos de maltrato también se asocian con los trastornos ansiosos a nivel subumbral y con los trastornos ansiosos prevalentes hay relación significativa con el abuso sexual. En todos los casos se observa que quienes sufren de estos maltratos tienen más de dos veces probabilidades de presentar tales trastornos mentales.

La Tabla 5 presenta que en los adolescentes el abuso sexual se relaciona con los trastornos de ánimo, disruptivos y por consumo de sustancias, observándose la probabilidad de presentar dichos trastornos entre 3,9 y 5,2 veces más que quienes no lo sufren. Dentro de los trastornos prevalentes

hay asociación entre el maltrato psicológico y los trastornos de ánimo (OR 3,5 / 1,39-10,6), y entre el maltrato físico con los trastornos disruptivos (OR 2,2 / 1,18-4,08). La Tabla 6 presenta que a nivel subumbral, en los adolescentes, hay asociación entre los trastornos disruptivos, el maltrato físico,

psicológico y negligencia. El maltrato psicológico se vuelve a presentar en asociación con los trastornos de ánimo, también hay relación entre la negligencia y los posibles casos de esquizofrenia, la cual no se identifica en los casos prevalentes.

Tabla 1. Perfil de niños y adolescentes según sexo y rango etario (n=1558).

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	793	50.9
	Mujer	765	49.1
Rango Etario	Niños (4-11 años)	824	52.9
	Adolescentes (12-18 años)	734	47.1

Tabla 2. Prevalencias de Trastornos mentales (DSM-IV) en niños y adolescentes según grupo etario y sexo (n=1558).

Trastornos Mentales con discapacidad D	Niños		Adolescentes		Hombres		Mujeres		Total	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
Trastornos Ansiosos	9,2	1,1	7,4	1,4	5,8	0,9	11	1,7	8,3	0,9
Trastornos Alimentarios	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1
Trastornos del Ánimo	3,5	1,1	7,0	1,5	3,2	0,9	7,1	1,8	5,1	0,9
Esquizofrenia	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1
Trastornos Disruptivos	20,6	2,1	8,0	1,7	13,5	1,3	15,8	2,3	14,6	1,1
Trastornos por uso OH-drogas	0,0	0,0	2,6	0,8	1,4	0,5	1,1	0,5	1,2	0,4

Tabla 3. Distribución porcentual del maltrato infantil (n=1558).

Categorías	n	%
Maltrato psicológico	849	54,4
Negligencia	109	7,0
Maltrato Físico	501	32,2
Abuso sexual	99	6,4
Total	1558	100,0

Tabla 4. Relación entre tipos de maltrato y trastornos mentales prevalentes en niños.

Trastornos Mentales	Trast. Ansiosos		Trast. Ánimo		Trast. Disruptivos	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Maltrato Psicológico	1,63 (0,99-2,70)	0,0549	2,21 (0,89-6,00)	0,097	2,77 (1,85-4,22)	<0,001***
Negligencia	2,08 (0,92-4,39)	0,063	0,97 (0,74-1,43)	0,887	0,98 (0,46-1,98)	0,969
Maltrato físico	1,48 (0,89-2,44)	0,1215	1,56 (0,62-3,83)	0,32	2,18 (1,47-3,23)	<0,001***
Abuso sexual	2,47 (0,94-5,77)	0,0476*	2,3 (0,35-8,67)	0,28	1,33 (0,53-3,04)	0,521
X ² 4 (p)	19.044 (0,0007704)***		9.109 (0,05843)		58.887 (4,969e12)***	

Nota: No se observan casos relacionados de Esquizofrenia, ni Trast. Alimentarios, ni Trast. por consumo de Alcohol y drogas.

*p< 0.05; ** p< 0.01; ***p< 0.001

Tabla 5. Relación entre tipos de maltrato y trastornos mentales subumbrales en niños.

Trastornos Mentales		Subumbral Trast. Ansiosos		Subumbral Trast. Ánimo		Subumbral Trast. Disruptivos	
Tipos de Maltrato	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	
Maltrato Psicológico	2,26 (1,48-3,48)	0,00017***	1,94 (0,91-4,34)	0,0937	0,66(0,06-6,5)	0,717	
Negligencia	0,86 (0,37-1,81)	0,706	0,39 (0,02-1,97)	0,370	8,2(0,34-98,1)	0,111	
Maltrato físico	2,03 (1,33-3,06)	0,00085***	1,43 (0,65-3,05)	0,364	0,62 (0,03-5,9)	0,703	
Abuso sexual	1,09 (0,39-2,63)	0,85	1,57 (0,24-5,66)	0,554	9,98(0,46-87,6)	0,056	
X ² 4 (p)	37,012 (1,791e07)***		5,927 (0,2046)		30,395 (4,067e06)***		

*p< 0.05; ** p< 0.01; ***p< 0.001

Tabla 6. Relación entre tipos de maltrato y trastornos mentales prevalentes en adolescentes.

Trastornos Mentales		Trast. Ansiosos		Trast. Ánimo		Trast. Disruptivos		Trast. Consumo OH-Drogas	
Tipos de Maltrato	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	
Maltrato Psicológico	1,91 (0,91-4,22)	0,095	3,482 (1,39-10,6)	0,014*	1,421 (0,71-2,94)	0,3249	1,423 (0,49-4,72)	0,5331	
Negligencia	1,71 (0,61-4,13)	0,266	1,812 (0,76-3,98)	0,156	1,722 (0,76-3,59)	0,1640	1,019 (0,22-3,32)	0,9775	
Maltrato físico	0,61 (0,29-1,24)	0,181	1,75 (0,88-3,57)	0,114	2,168 (1,18-4,08)	0,0142*	1,872 (0,72-5,15)	0,2058	
Abuso sexual	1,61 (0,57-3,87)	0,322	5,183 (2,54-10,36)	4,06e06***	3,853 (1,94-7,41)	7,14e06***	4,167 (1,47-10,88)	0,0045**	
X ² 4 (p)	6,465 (0,167)		47,549 (1,172e09)***		34,804 (5,097e07)***		12,362 (0,01485)*		

Nota: No se observan casos relacionados de esquizofrenia, ni trastornos alimentarios en el grupo de los adolescentes. *p< 0.05; ** p< 0.01; ***p< 0.001

Tabla 7. Relación entre tipos de maltrato y trastornos mentales subumbrales en adolescentes.

Trastornos Mentales		Subumbral Trast. Ansiosos		Subumbral Trast. Alimentario		Subumbral Trast. Disruptivos		Subumbral Trast. Esquizofrenia		Subumbral Trast. Consumo OH-Drogas	
Tipos de Maltrato	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	
Maltrato Psicológico	1,475 (0,97-2,26)	0,0708	0,554 (0,11-2,69)	0,459	2,113 (1,41-3,20)	<0,001***	2,48 (1,15-5,81)	0,0259*	1,172 (0,22-8,89)	0,8595	0,83 (0,25-2,78)
Negligencia	1,132 (0,58-2,07)	0,6977	1,426 (0,07-9,46)	0,753	1,824 (1,05-3,12)	0,0299*	0,917 (0,26-2,45)	0,8764	4,662 (0,87-21,28)	0,0490*	1,623 (0,24-6,72)
Maltrato físico	0,956 (0,64-1,43)	0,8290	0,92 (0,167-4,37)	0,918	1,505 (1,04-2,18)	0,0301*	1,071 (0,54-2,11)	0,8427	1,729 (0,37-9,43)	0,4917	0,739 (0,21-2,40)
Abuso sexual	1,447 (0,79-2,56)	0,2183	3,86 (0,53-18,90)	0,120	1,682 (0,97-2,86)	0,0578	0,868 (0,25-2,31)	0,7980	2,047 (0,28-10,12)	0,4131	2,819 (0,60-9,92)
X ² 4 (p)	6,284 (0,1789)		2,42 (0,659)		44,194 (5,85e09)***		6,492 (0,1653)		6,328 (0,1759)		2,487 (0,647)

*p< 0.05; ** p< 0.01; ***p< 0.001

DISCUSIÓN

En el grupo de los niños se obtuvo que los trastornos de mayor prevalencia son los trastornos disruptivos y ansiosos, relacionándose con tres de los tipos de maltrato y con los trastornos ansiosos a nivel subumbral. En el grupo de los adolescentes se presentaron más trastornos prevalentes y subumbrales que en el grupo de los niños, y se relacionaron con todos los tipos de maltrato estudiados, incluso se observa consistentemente que los trastornos del ánimo y disruptivos se presentaron a nivel prevalente y subumbral, además de identificar el trastorno por consumo de sustancias y la esquizofrenia. Con estos resultados la hipótesis planteada es aceptada.

La detección de la relación entre el maltrato y los trastornos subumbrales proporciona una importante información para trabajar preventivamente, sobre todo si las condiciones de maltrato se mantienen. Es por eso que es necesario plantear que los trastornos de ansiedad, disruptivos y del desarrollo, de aparición temprana, son motivo de preocupación porque pueden preparar el escenario para trastornos más serios en la niñez y adolescencia, y también para la adultez⁽³³⁻³⁵⁾, además los trastornos disruptivos y ambientes familiares violentos pueden afectar el desarrollo cognitivo⁽³⁶⁾ y dar las condiciones para mantener el trastorno. Se plantea que los niños y jóvenes con trastornos disruptivos experimentan altos impedimentos familiares y a nivel de pares, bajo rendimiento académico⁽³⁷⁾ y alta mortalidad en comparación con la población general⁽³⁸⁾, por lo que se recomienda trabajar con las familias con el objetivo de mejorar su funcionamiento, se apoye la recuperación inicial y sostenida de niños y adolescentes⁽³⁹⁾ y fortalezca su capacidad de resiliencia.

El maltrato físico, que aún se presenta como medida disciplinaria en las sociedades latinoamericanas, se observa tanto en el grupo de niños como adolescentes, en asociación con los trastornos disruptivos y ansiosos, lo que se condice con lo estudiado por Ma et al.⁽²³⁾, en una muestra de la capital chilena, cuyos resultados indeseables, tanto del uso infrecuente como frecuente del castigo corporal, se asoció con comportamientos problemáticos juveniles más graves. La polivictimización, concepto que no fue aplicado en este estudio, se constituyó en un

factor primordial en la sintomatología depresiva y autoestima en el estudio nacional de escolares⁽²⁴⁾, lo cual se asemeja, no siendo lo mismo, con la co-ocurrencia de maltratos que no es inusual y que incluso podrían derivar de un mismo evento abusivo como lo presenta Nöthling et al.⁽¹⁸⁾, y que se podría inferir en la presentación de los trastornos del ánimo prevalentes y subumbral en los adolescentes encuestados en este estudio.

Cabe hacer notar que el abuso sexual declarado se asocia con todos los trastornos prevalentes de los adolescentes, y con los trastornos ansiosos subumbrales de los niños, evidenciando un progreso en la declaración, contrario a lo que ocurría años atrás dado que aparte del coraje que requerían quienes deseaban denunciar, también era usual encontrarse con definiciones inconsistentes y burocráticas, y se optaba por el secretismo asociado al estigma⁽¹⁶⁾. Si bien existen escasos estudios focalizados en el abuso sexual en Chile⁽⁴⁰⁾, a lo que se suma la subdeclaración, el estudio de polivictimización arrojó una prevalencia de vida de 26,4%⁽²⁴⁾, muy superior a este estudio, tal vez a causa que su población correspondería solo a adolescentes, y concluyen que a mayor edad, mayores son las probabilidades de haber sido víctima de algún tipo de victimización sexual, por violencia familiar o socio-comunitaria, razón por la cual se ha tratado de educar y prevenir a la población mediante múltiples campañas nacionales y en el mundo. Se plantea que en Chile falta investigación en experiencias psicoterapéuticas con personas que han sido víctimas de agresiones sexuales, razón por la cual es importante realizar intervenciones dirigidas a esto, considerando que implica tener como objetivo la resignificación, la superación y su integración a la identidad personal⁽⁴¹⁾.

Las experiencias traumáticas tempranas, especialmente el abuso infantil, se encuentran entre los factores ambientales potencialmente involucrados en la etiología de los trastornos de ansiedad como lo plantean Maniglio⁽⁴²⁾, y que concordaría con este estudio, incluso a nivel subumbral; no obstante, en dicho estudio no se hace mayor determinación de la gravedad del trastorno, elemento que sí se trabajó en esta investigación ya que se determinó la detección de trastornos con la mayor discapacidad tipo D. Tener problemas emocionales constituyentes de trastornos ansiosos o del ánimo, inciden en el aumento de la conducta

de riesgo, generan oposicionismo o comprometen la capacidad de protegerse del menor, más allá de la propia característica de la etapa adolescente⁽²²⁾, lo que se relacionaría con la presentación de los trastornos disruptivos como aquellos de los más prevalentes, tanto en el grupo de los niños como de los adolescentes aquí informados.

Es importante que la comunidad establezca sistemas de apoyo familiar en casos en que la salud de sus miembros se vea amenazada por la violencia, el abuso, el descuido o el desamparo⁽⁴³⁾. Para ello es necesario identificar prácticas basadas en la evidencia que superen barreras organizativas, de recursos y sistémicas, para que los niños y adolescentes obtengan atención efectiva de salud mental⁽⁴⁴⁾ y no repliquen modelos violentos.

Se plantea como limitaciones del estudio, la utilización de encuesta ad hoc para valorar el maltrato, dada la preocupación por lo extenso del instrumento recolector y evitar que los encuestados no completaran la entrevista. Además el CTQ, siendo uno de los instrumentos más utilizados en el mundo, no se encontraba validado en Chile hasta principios del año 2020. Centrados en el objetivo de esta publicación, el análisis de los antecedentes sociodemográficos serán expuestos en otra publicación.

CONCLUSIÓN

El maltrato infantil se asocia fuertemente con trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. Específicamente el abuso sexual, a pesar de la subdeclaración que puede existir, se constituyó en el tipo de maltrato más frecuente de esta muestra y en un tipo de adversidad social que junto con cualquier trastorno mental afectan el desarrollo y la calidad de vida de los niños y adolescentes.

Tanto los trastornos mentales como los trastornos ansiosos y disruptivos pueden mantenerse hasta la adultez y afectar el desarrollo biográfico de niños y adolescentes, más aún cuando se asocian a la experiencia de maltrato infantil, que sin poder determinar si es un factor causal, definitivamente puede ser un factor reforzador en un ciclo vicioso que puede establecerse como modelo y extenderse a nuevas generaciones si se mantiene como estilo de relación interpersonal. Además, tener problemas de salud mental puede aumentar las

conductas de riesgo y comprometer la capacidad de autoprotección que se observa en la adolescencia.

Es imperativo que las medidas de salud pública destinadas a prevenir y detectar el maltrato infantil y sus consecuencias, se implementen efectivamente para prevenir alteraciones de la salud mental de quienes tienen el derecho de crecer y desarrollarse en paz, evitando la doble estigmatización que se puede asociar tanto al maltrato como al diagnóstico psiquiátrico. Así, también se debe buscar intencionadamente la experiencia de maltrato cuando se diagnostica y tratan los trastornos mentales en niños y adolescentes, a fin de favorecer la resignificación y superación de la experiencia abusiva.

REFERENCIAS

1. Posada JA. La salud mental en Colombia. *Biomédica*. [Internet] 2013 Dic [citado 10 jul 2019]; 33 (4): 497-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
2. NIMH. Treatment of Children with Mental Illness [Internet]. NIH Publication No. 09-4702. Revised 2009 [citado 9 may 2019]; 6 pp. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED507899.pdf>
3. Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, Orozco R, et al. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 1 jul 2019]; 25: 163-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0721-5>
4. Roesch PT, Velonis AJ, Sant SM, Habermann LE, Hirschtick JL. Implications of Interpersonal Violence on Population Mental Health Status in a Low-Income Urban Community-Based Sample of Adults. *J Interpers Violence* [Internet] 2019 Jul [citado 15 ene 2020]; Epub ahead of print. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260519862365>
5. Luby J, Barch D, Whalen D, Tillman R, Belden A. Association Between Early Life Adversity and Risk for Poor Emotional and Physical Health in Adolescence: a Putative Mechanistic Neurodevelopmental Pathway. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 1 jul 2019]; 171(12): 1168-1175. Disponible en: [10.1001/jamapediatrics.2017.3009](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3009).
6. McLaughlin KA. Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2016 [citado 4 nov 2019]; 45(3): 361-82. Disponible en: [10.1080/15374416.2015.1110823](https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823).

7. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, Thompson WW, Ford DC, Dhingra SS, et al. Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *Am J Prev Med* [Internet]. 2015 [citado 1 jul 2019]; 48: 345-9. Disponible en: 10.1016/j.amepre.2014.09.006.
8. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2014 [citado 4 nov 2019]; 47: 578-91. Disponible en: 10.1038/npp.2015.365.
9. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 4 nov 2019]; 69(11): 1151-60. Disponible en: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277.
10. UNICEF. 4° Estudio Maltrato Infantil en Chile análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006 - 2012 [Internet]. UNICEF: Santiago, Chile. 2012 [citado 4 nov 2019]; 104 p. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/1306/file/4to_estudio_de:maltrato_infantil_en_chile.pdf
11. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2017 [citado 9 may 2019]; 29(3): 359-72. Disponible en: 10.1017/S1041610216001800.
12. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* [Internet]. 2017 [citado 9 may 2019]; 2(8): 356-66. Disponible en: 10.1016/s2468-2667(17)30118-4.
13. Kerker BD, Zhang J, Nadeem E, Stein R E, Hurlburt M S, Heneghan A, et al. Adverse childhood experiences and mental health, chronic medical conditions, and development in young children. *Acad Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 9 may 2019]; 15(5): 510-17. Disponible en: 10.1016/j.acap.2015.05.005.
14. Herzog J I, Schmahl C. Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 4 nov 2019]; 9: a420. Disponible en: 10.3389/fpsy.2018.00420
15. Oh DL, Jerman P, Silverio Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2018 [citado 4 nov 2019]; 18(1): a83. Disponible en: 10.1186/s12887-018-1037-7.
16. Kisely S, Abajobir AA, Mills R, Strathearn L, Clavarino A, Najman JM. Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 4 nov 2019]; 213(6): 698-703. Disponible en: 10.1192/bjp.2018.207.
17. Chandan J, Thomas T, Gokhale KM, Bandyopadhyay S, Taylor J, Nirantharakumar K. The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 15 ene 2020]; 6 (11): 926-34. Disponible en: 10.1016/S2215-0366(19)30369-4.
18. Nöthling J, Suliman S, Martin L, Simmons C, Seedat S. Differences in Abuse, Neglect, and Exposure to Community Violence in Adolescents With and Without PTSD and Depression. *J Interpers Violence* [Internet]. 2019 [citado 15 ene 2020]; 34(21-22): 4357-83. Disponible en: 10.1177/0886260516674944.
19. UNICEF Responde. Maltrato infantil en Chile [Internet]. Unicef Oficina de Área para Argentina, Chile y Uruguay: Santiago, Chile. 2000 [citado 4 nov 2019]; 20 p. Disponible en: https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf
20. Larrain S, Bascuñán C. Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006. *Rev Chil Pediatr* [Internet] 2008 [citado 4 nov 2019]; 79 Supl (1): 64-79. Disponible en: scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79s1/art11.pdf.
21. WHO. Child Maltreatment. Violence Info [Internet]. 2017 [citado 4 nov 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment>
22. Rojas R, Leiva L. Psicopatología y victimización ocasional entre pares en una muestra de estudiantes chilenos. *Univ Psychol* [Internet] 2015 [citado 4 nov 2019]; 14 (1): 165-176. Disponible en: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.pvop
23. Ma J, Han Y, Grogan-Kaylor A, Delva J, Castillo M. Corporal punishment and youth externalizing behavior in Santiago, Chile. *Child Abuse Neglect* [Internet] 2012 [citado 15 ene 2020]; 36: 481-490. Disponible en: 10.1016/j.chiabu.2012.03.006.
24. Consejo Nacional de la Infancia. Análisis Multivariable de Estudio Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile: Santiago, Chile. 2018; 78 pág. Disponible en: <https://bit.ly/2POfgzY>
25. Guerra C, Farkas C. Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿Son importantes las características “objetivas” del abuso? *Rev Psicol* [Internet]. 2015 [citado 15 ene 2020]; 24: 1-19. Disponible en: 10.5354/0719-0581.2015.38013

26. Pinto-Cortez C, Moraga C, Henríquez D. Experiencias de polivictimización como predictoras de síntomas postraumáticos en una muestra de adolescentes chilenos. *Interciencia* [Internet]. 2018 May [citado 15 ene 2020]; 43(5): 329-335. Disponible en: https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2018/05/329-PINTO-43_5.pdf
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV. 2ª ed.* Washington, DC: Masson, SA; 1995.
28. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* [Internet]. 2012 [citado 15 mar 2020]; 140(4): 447-57. Disponible en: 10.4067/S0034-98872012000400005
29. Kish L. *Survey Sampling, Revised Edition.* New York. Wiley Interscience; 1995.
30. Saldivia S, Vicente B, Valdivia M, Melipillán R. Validación de la entrevista diagnóstica estructurada DISC-IV para la identificación de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [Internet]. 2013 [citado 4 nov 2019]; 51 (1): 70-78. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100009>.
31. Behn A, Vöhringer P, Martínez P, Domínguez A, González A, Carrasco MI, et al. Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Rev Med Chile* [Internet]. 2020 [citado 15 mar 2020]; 148(3): 336-343. Disponible en: 10.4067/S0034-98872020000300336
32. OMS-OPS. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima Revisión* [Internet]. Washington, D.C. © OPS. 1995 [citado 15 nov 2019]; Vol. 1 Publicación científica N° 554. Disponible en: <ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
33. Carpenter KL, Sprechmann P, Calderbank R, Sapiro G, Egger HL. Quantifying Risk for Anxiety Disorders in Preschool Children: A Machine Learning Approach. *PLoS One* [Internet]. 2016 [citado 4 nov 2019]; 11(11): 1-20. Disponible en: 10.1371/journal.pone.0165524.
34. Campbell SB. Les troubles externalisés chez le jeune enfant à la lumière de la psychopathologie développementale. *Enfance* [Internet]. 2016 [citado 4 nov 2019]; 1(1): 35-49. Disponible en: 10.4074/S001375451600104X.
35. Campbell SB, Leezenbaum N, Mahoney A, Day T, Schmidt E. Social engagement with parents in 11-month-old siblings at high and low genetic risk for Autism Spectrum Disorder. *Autism* [Internet]. 2015 [citado 4 nov 2019]; 19(8): 915-24. Disponible en: 10.1177/1362361314555146.
36. Cova F, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Melipillán R. Factores sociales, educacionales, familiares, inteligencia y riesgo de trastorno de conducta en adolescentes de sexo masculino. *Revista mexicana de psicología* [Internet]. 2011 [citado 4 nov 2019]; 28(2):161-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631005>
37. Leadbeater BJ, Ames ME. The longitudinal effects of oppositional defiant disorder symptoms on academic and occupational functioning in the transition to young adulthood. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2017 [citado 9 may 2019]; (45): 749-63. Disponible en: 10.1007/s10802-016-0190-4.
38. Scott JG, Pedersen MG, Erskine H, Bikic A, Demontis D, McGrath JJ, et al. Mortality in individuals with disruptive behavior disorders diagnosed by specialist services. A nationwide cohort study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 [citado 9 may 2019]; 251: 255-60. Disponible en: 10.1016/j.psychres.2017.02.029.
39. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014 [citado 9 may 2019]; 34(1): 29-43. Disponible en: 10.1016/j.cpr.2013.10.005.
40. Pinto-Cortez C, Guerra VC. Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista de Psicología* [Internet]. 2019 [citado 15 ene 2020]; 28(2): 1-12. Disponible en: 10.5354/0719-0581.2019.55658.
41. Capella C, Gutiérrez C. Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2014 [citado 15 ene 2020]; 13(3): 93-105. Disponible en: 10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue3- fulltext-348
42. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2012 [citado 9 may 2019]; 14 (2): 96-112. Disponible en: 10.1177/1524838012470032.
43. Kang J, Cohen P. Extended kin and children's behavioral functioning: family structure and parental immigrant status. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017 [citado 9 may 2019]; 186: 61-69. Disponible en: 10.1016/j.socscimed.2017.04.033.
44. Andrade B, Courtney D, Duda S, Aitken M, Craig S, Szatmari P, et al. A systematic review and evaluation of clinical practice guidelines for children and youth with disruptive behavior: rigor of development and recommendations for use. *Clin Child Family Psychol Rev* [Internet]. 2019 [citado 15 ene 2020]; (22): 527-48. Disponible en: 10.1007/s10567-019-00292-2.