

Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela*

Fernández, Gerardo; Farina, Patrizia; Arraíz de Fernández, Carolina; Troya, Elsa
Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela*

Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XXVI, núm. 1, 2020
Universidad del Zulia, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28063104016>

Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela*

Consequences of child abuse in a hospital in Maracaibo-Venezuela

Gerardo Fernández

Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

gfernandez@uta.edu.ec

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?>

id=28063104016

Patrizia Farina

Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela

f_patrizia@hotmail.com

Carolina Arráiz de Fernández

Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

ca.arraiz@uta.edu.ec

Elsa Troya

Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

elsavtroya@uta.edu.ec

Recepción: 11 Septiembre 2019

Aprobación: 05 Diciembre 2019

RESUMEN:

El maltrato infantil es un grave problema social y de salud con una prevalencia del 30% en América Latina. El objetivo de la presente investigación es determinar las consecuencias del maltrato infantil en el Hospital General del Sur de Maracaibo-Venezuela. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de tipo no probabilística intencional de 110 niños, se aplicaron instrumentos para la clasificación del maltrato infantil, severidad del maltrato por omisión, notificación del nivel de gravedad, estratificación social, situación funcional familiar y consecuencias psicológicas entre enero del 2010 y diciembre del 2016. Los resultados establecen que el maltrato infantil representa una experiencia adversa en el hogar con una alta frecuencia de violencia física, disfunción familiar grave y pobreza extrema, que origina desnutrición infantil, baja autoestima, agresividad, tristeza, bajo rendimiento escolar e infecciones de transmisión sexual. En conclusión, el maltrato infantil en el hogar produce consecuencias biopsicosociales graves, que repercuten en la salud física y emocional, y por tanto, necesita la intervención médica, psicológica y jurídica, que fomente la responsabilidad social de las empresas, para el apoyo económico de los programas de orientación y mediación familiar, permitiendo a mujeres y niños una vida feliz libre de violencia.

PALABRAS CLAVE: Maltrato infantil, disfunción familiar, problema social, consecuencias biopsicosociales, violencia física.

ABSTRACT:

Child abuse is a serious social and health problem with a prevalence of 30% in Latin America. The objective of the present investigation is to determine the consequences of child abuse in the General Hospital of the South of Maracaibo-Venezuela. A descriptive and cross-sectional study was carried out, with an intentional non-probabilistic sample of 110 children, instruments were applied for the classification of child abuse, severity of abuse by omission, notification of severity level, social stratification, family functional status and consequences Psychological studies between January 2010 and December 2016. The results establish that child abuse represents an adverse experience at home with a high frequency of physical violence, severe family dysfunction and extreme poverty, which causes child malnutrition, low self-esteem, aggressiveness, sadness, poor school performance and sexually transmitted infections. In conclusion, child abuse at home produces serious biopsychosocial consequences, which have an impact on physical and emotional health, and therefore, requires medical, psychological and legal intervention, which fosters corporate social responsibility, for the economic support of family orientation and mediation programs, allowing women and children a happy life free of violence.

KEYWORDS: Child abuse, family dysfunction, social problem, biopsychosocial consequences, physical violence.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato infantil se define como cualquier acto que promueva el daño real o potencial a la salud, la dignidad o el desarrollo de un niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Butchart y Phinney-Harvey, 2009; Scomparini, Dos Santos, Rosenheck y Scivoletto, 2013; Chang, et al., 2016; Simsek, Guney y Baysal, 2017).

Cada año más de la mitad de los niños del mundo son víctimas de violencia, en los Estados Unidos se registran 1,2 millones de casos de maltrato infantil anualmente, en países en vías de desarrollo es la tercera causa de muerte en niños entre uno y cuatro años, por lo que se considera un importante problema de salud pública mundial (Duque y Restrepo, 2012; Kodner y Wetherston, 2013; Shenk, Noll, Peugh, Griffin y Bensman, 2016; Wirtz, et al., 2016; Block, 2017).

Por lo antes mencionado se considera trascendente el objetivo de esta investigación: Determinar las consecuencias del maltrato infantil en el Hospital General del Sur de Maracaibo-Venezuela, la importancia de este estudio es dar a conocer, que el maltrato tiene efectos negativos inmediatos, profundos y duraderos en el niño, que pueden afectar el funcionamiento neurobiológico del cerebro (Kerker, et al., 2016; Szilagyi, et al., 2016; Iniguez y Stankowski, 2016), para lo cual en la metodología se procede a clasificar el maltrato infantil, la estratificación social familiar, la disfuncionalidad familiar, las consecuencias psicológicas, físicas y enfermedades asociadas al maltrato infantil.

1. ALGUNOS ASPECTOS TEÓRICOS

El maltrato infantil se clasifica en: Físico, referido a toda agresión de manera intencional por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores que ocasionan lesiones en los niños (Francisco, 2012; Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2015). Por omisión o negligencia, es privar a los niños de los elementos básicos necesarios para garantizar su desarrollo armónico e integral; es decir, alimentación, educación, salud, cuidado y afecto (Francisco, 2012).

De igual manera, se conoce el maltrato psicológico, que es toda conducta ejercida en deshonra, descrédito, tratos humillantes, vejatorios, aislamiento, amenazas y actos que conllevan a disminuir la autoestima y perturbar el desarrollo del niño (Francisco, 2012; Simsek, et al., 2017; Matos, Lima y Ludermir, 2017). El abuso sexual, ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor o la gratificación de un observador (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2015; Francisco, 2012).

Los factores que desencadenan la conducta de maltrato infantil son entre otros, la baja situación económica, el desempleo, el hacinamiento y la disfuncionalidad familiar (Pérez y Reinoza, 2011; Cuba, Jurado, Romero y Cuba, 2013; Pérez, 2013; Gómez, et al., 2015). Asimismo, el maltrato infantil antes de los 8 años se relaciona de manera significativa con síntomas somáticos, depresión, ansiedad, aislamiento, alteraciones conductuales como ruptura de normas, conducta agresiva (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013; De Rose, et al., 2016; Hewitt-Ramírez y Moreno-Méndez, 2018) y conducta antisocial en la adolescencia (Morillo y Birkbeck, 2017).

En este sentido, el maltrato físico puede provocar grandes complicaciones como retraso mental, parálisis cerebral, de igual forma, la negligencia puede ocasionar desnutrición grave (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011), patologías pediátricas por la falta de higiene del niño, como las parasitosis intestinales (amibiasis) o la falta de control de enfermedades crónicas, como por ejemplo, el asma bronquial, que conlleva a múltiples consultas en la emergencia pediátrica, puesto que no se le suministra el tratamiento adecuado al niño en el hogar.

Por otro lado, los niños sexualmente abusados muestran niveles altos de problemas de conducta y se asocian en mayor probabilidad de presentar trastorno de estrés postraumático, síntomas de disociación como amnesia, presencia de dos o más identidades y alucinaciones auditivas (Hébert, Langevin y Daigneault,

2016) y también existe el riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Crawford-Jakubiak, Alderman y Leventhal, 2017).

Al respecto, la Academia Americana de Pediatría (AAP) ha hecho esfuerzos significativos para aumentar en la comunidad en general, la conciencia de las experiencias adversas de la niñez generadas por el maltrato y sus efectos sobre el desarrollo temprano del niño, que repercuten sobre la salud infantil (Arrieta, Diaz y González, 2014; Teicher y Samson, 2016; Telman, et al., 2016; Segura y Stranieri, 2016).

2. METODOLOGÍA

En el estudio descriptivo, transversal y de diseño no experimental de acuerdo con Setia (2016), se analizaron 110 casos de pacientes pediátricos que consultaron por maltrato infantil al Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” de Maracaibo/Venezuela, entre enero del 2010 y diciembre del 2016. La muestra fue no probabilística intencional, se seleccionaron niños y niñas de 5 a 11 años puesto que, a partir de esa edad podían utilizar el Test del dibujo de la figura humana, donde el niño requiere de escritura; excluyendo a los menores de 5 años, sin antecedentes de violencia doméstica y padres, que se negaron a participar en el estudio. El equipo estaba conformado por 4 médicos pediatras, 2 enfermeras, 2 psicólogos, una trabajadora social y una abogada, utilizaron la técnica de entrevista a las madres de niños y niñas víctimas de maltrato aplicando los siguientes instrumentos:

a. Para la clasificación del tipo de maltrato infantil: Se utilizó un instrumento creado por los autores, basado en la descripción de los tipos de maltrato, descritos por la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2015) y la Academia Nacional de Medicina de Venezuela (Francisco, 2012), utilizando cuatro variantes de maltrato con sus respectivos indicadores: Maltrato físico: Golpes, fracturas, mordeduras, quemaduras y lesiones internas; psicológico: Ofensas, críticas, menoscambio, deshonra, descredito, tratos humillantes y amenazas; por omisión o negligencia: Descuido intencional o abandono de sus necesidades básicas; abuso sexual: Sin contacto físico: Exhibicionismo, voyerismo, fotos y videos, relacionados con actividades sexuales; con contacto físico: Sin penetración, actos lascivos y con penetración o acceso carnal violento o no, oral, anal y genital.

En relación a la confiabilidad: Se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach con una confiabilidad 0,948 y la correlación de Pearson 0,935; para la obtención de la validez, se analizó la estructura interna del instrumento mediante el análisis factorial exploratorio, se obtuvo un test de adecuación muestral Keiser-Meyer-Olkin de 0,922 con una varianza acumulada de 72,27%.

b. Para la severidad del maltrato por omisión o negligencia infantil: El sistema de Clasificación de Maltrato Modificado de English, Bangdiwala y Runyan (2005), es un instrumento que señala que el maltrato por omisión se presenta cuando no se cubren las necesidades físico-biológicas, cognitivas y sociales, valorado en una escala de severidad del 0 al 5, índice de confiabilidad de 0,85, validado en el Departamento de Salud del Instituto de Salud Infantil y Desarrollo de los *Estados Unidos* de América.

c. Para la notificación de casos de maltrato infantil y el nivel de gravedad: Se utilizó un formulario creado por el Observatorio de Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (Díaz, 2014) y adaptada a la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes de Venezuela (LOPNNA, 2015). La hoja de registro recoge indicadores de maltrato físico, emocional o psicológico, negligencia y sexual. El índice de confiabilidad es de 0,93, validado por el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil, Observatorio de la Infancia, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Madrid-España (Díaz, 2014) y la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia-Venezuela.

d. Para la estratificación social: Se utilizó la estratificación social de Graffar-Méndez (Ramírez, 2012), una escala elaborada en Venezuela por el Dr. Méndez Castellano, para establecer los estratos socioeconómicos de la población, consta de 5 variables: Profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones del alojamiento; estableciendo los estratos sociales: Estrato I

(alto), estrato II (medio alto), estrato III (medio bajo), estrato IV (pobreza relativa), estrato V (pobreza extrema), con el alfa de Cronbach (0,69 de índice de confiabilidad).

e. Para la evaluación de la situación funcional de la familia: El Test Apgar Familiar (Gómez y Ponce, 2010), es un instrumento para detectar la disfunción de la familia, posee un índice de confiabilidad de 0,84, y en la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0,75. Este test contiene cinco preguntas en donde se exploran: **Adaptabilidad:** Capacidad de utilizar recursos familiares para resolver situaciones de crisis; **participación.** Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones; **crecimiento.** Desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia; **afecto.** Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia; y **resolución:** Compromiso de dedicar tiempo para atender las necesidades físicas y emocionales de la familia. La puntuación clasifica a la familia en: Alta disfunción, de 0 a 3 puntos; moderada disfunción de 4 a 6 puntos; y funcional 7 a 10 puntos.

f. Para la evaluación de las consecuencias psicológicas del maltrato en el niño: Se utilizó el Test del dibujo de la figura humana (Lezcano, Melgarejo, Ureta, Arrom y Romero, 2015), el cuál fue analizado y validado por el experto en el área, Dr. Gonzalo Paredes (Psicólogo Clínico del Hospital General del Sur), basado en el Test de dibujo de la figura humana de Koppitz, el cual consta de indicadores emocionales generales, relacionados con padecimiento de angustia, ansiedad, agresividad, escasa coordinación visomotora, problemas de aprendizaje, inestabilidad y falta de equilibrio emocional (Crusco, 2013; Wimmer, 2014; Busschbach, 2017). Con un índice de confiabilidad de 0,84. (Error 17: La referencia Busschbach, 2017). debe estar ligada) (Error 18: El tipo de referencia Busschbach, 2017). es un elemento obligatorio) (Error 19: No existe una URL relacionada)

Por otro lado, los datos obtenidos fueron procesados a través del *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 18.0 para Windows, aplicando el análisis estadístico de tipo descriptivo, por medio del cálculo de la distribución numérica, porcentual, desviación estándar y la prueba de T de Student con una correlación significativa ($p < 0,01$), cuyos resultados se presentarán mediante tablas.

Asimismo, el estudio posee la aprobación de las diferentes instancias de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia-Venezuela y el Comité de Ética en Investigación del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” del Municipio Maracaibo del Estado Zulia-Venezuela. La obtención de información se realizó con el consentimiento firmado de los representantes de los niños.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El maltrato infantil tiene una alta prevalencia en América Latina, tomando en cuenta que más del 30% de los niños han recibido algún tipo de violencia (Wirtz, et al., 2016), así para comprender las consecuencias del mismo como una experiencia adversa en el hogar, se presentan los siguientes resultados:

En la Tabla 1, de acuerdo con la edad de los niños y niñas víctimas de maltrato infantil, de los 110 niños, el 59,09% (65) tenían entre cinco y siete años, un 16,36% (18) con edad de ocho a nueve años y otro 24,54% (27) entre diez y once años. El promedio de la población estudiada es de 8 años de edad, con una diferencia significativa ($p < 0,01$) en el grupo de cinco y siete años, en forma similar según Benavides y León (2013), en Perú se registra el maltrato infantil entre los 6 y 11 años de edad, porque los padres o encargados del cuidado de los niños consideran el uso de la violencia como una forma de disciplinar y corregir. En la investigación realizada por Chang, et al. (2016) sobre el abuso infantil, la incidencia fue mayor en los niños menores de 6 años, por ser vigorosos y curiosos, lo que desencadena frecuentemente la ira del cuidador.

TABLA 1
Distribución de los niños y niñas según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
5-7 años	65	59,09*
8-9 años	18	16,36
10-11 años	27	24,54
Total	110	100,00

Elaboración propia, 2019.

* Diferencia significativa p001

En la Tabla 2, con respecto al sexo de los niños y niñas víctimas de maltrato infantil, resultaron 53,63% (59) masculino y 46,36% (51) femenino, con una diferencia significativa ($p<0.01$) en el sexo masculino. En forma similar en Colombia también existe un predominio de maltrato en los niños, explicado por el patrón de conducta agresiva, negativista, desafiantes y desobedientes ante los padres y figuras de autoridad, que generan la violencia como un mecanismo de control (Rizo, 2014; Monsalve, Mora, Ramírez, Rozo y Rojas, 2016; Romero, Villacis y Jara, 2016).

TABLA 2
Distribución de los niños y niñas según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	59	53,63*
Femenino	51	46,36
Total	110	100,00

Elaboración propia, 2019.

* Diferencia significativa p001

De igual manera en la Tabla 3, en relación a la distribución según los tipos de maltrato infantil, se observó que un 34,54% (38) era físico, 30% (33) psicológico, en tanto que por omisión se encontró un 26,36% (29) y sexual 9,09% (10), con una diferencia significativa ($p<0.01$) en el maltrato físico, de forma similar al trabajo de Fernández, Arráiz y Paredes (2008) en el estado Zulia, Venezuela, en el cual los padres reconocieron utilizar como solución a los problemas familiares la violencia física.

TABLA 3
Distribución de los niños y niñas según los tipos de maltrato infantil

Tipo de maltrato infantil	Frecuencia	Porcentaje
Físico	38	34,54*
Psicológico	33	30,00
Por omisión	29	26,36
Sexual	10	9,09
Total	110	100,00

Elaboración propia, 2019.

* Diferencia significativa p001

La cultura de la violencia forma parte de la realidad venezolana, siendo necesario realizar futuras investigaciones sobre las múltiples formas de convivencia familiar, puesto que los mecanismos de resolución de conflictos son las agresiones físicas y verbales, por lo tanto, es importante diseñar mecanismos de resolución de conflictos alternativos basados en: El reconocimiento, la negociación y la mediación (Franco, 2015). En América Latina más del 50% de los adultos, piensan que es normal usar el maltrato contra los menores de edad como forma de educación y castigo, en Chile las cifras del estudio del año 2012, estableció que un 71%

de los niños y niñas entrevistados ha recibido algún tipo de violencia por parte de sus padres y que un 51,5% han sido víctima de violencia física (Silva y Tabernero, 2013; Larraín y Bascuñán, 2009).

Asimismo, en la Tabla 4 se puede apreciar la distribución de acuerdo a los niveles de gravedad según el tipo de maltrato infantil, observándose que de los 110 niños que recibieron maltrato, 81 casos (73,59%) mostraron maltrato infantil grave y 29 casos (26,35%) moderado, predominando el maltrato físico con 25,45% (28 casos), con una diferencia significativa ($p<0.01$) en éste para el nivel grave y moderado. En forma similar los estudios a nivel mundial establecen un alto nivel de gravedad en el maltrato infantil, puesto que solo en el año 2002, 53.000 niños murieron asesinados, entre un 20 y un 65% sufren acoso entre pares, 150 millones de niñas y 73 millones de niños sufrieron violencia sexual (Gancedo, 2017; Czerwinski, Finne, Alfes y Kolip, 2018).

TABLA 4
Distribución de acuerdo a los niveles de gravedad según el tipo de maltrato infantil

Tipo de maltrato infantil	Niveles de gravedad					
	Grave		Moderada		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Físico	28	25,45*	10	9,09	38	34,54*
Psicológico	25	22,72	8	7,27	33	30,00
Negligencia	21	19,09	8	7,27	29	26,36
Abuso Sexual	7	6,36	3	2,72	10	9,09
Total	81	73,59	29	26,35	110	100,00

Elaboración propia, 2019.

* Diferencia significativa $p<0.01$

Por otro lado, con respecto al análisis de la funcionalidad del grupo familiar, se evidenció en la Tabla 5 disfuncionalidad familiar grave en el 55,45% de los casos (61) y disfuncionalidad moderada en el 44,54% (49), con una diferencia significativa ($p<0.01$) en la disfuncionalidad familiar grave, siendo similar a la investigación realizada por Ambriz-Mora, Zonana-Nacach y Anzaldo-Campos (2015), en el cual las mujeres encuestadas tenían una familia altamente disfuncional, con una incapacidad de los miembros de estas para mantener una relación intrafamiliar basada en cuidados mutuos y buenos tratos.

TABLA 5
Distribución de los niños y niñas con maltrato infantil según la disfuncionalidad familiar

Disfuncionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Grave	61	55,45*
Moderada	49	44,54
Total	110	100,00

* Diferencia significativa $p<0.01$

De igual forma, de acuerdo a la estratificación social de Graffar-Méndez, predominó el estrato V (pobreza extrema) en el 50% (55) de los niños y niñas, seguido del estrato IV (pobreza relativa) obtenido en un 43,63% (48) de los casos y finalmente el estrato III (medio bajo), evidenciado en el 6,36% (7), con una diferencia significativa ($p<0.01$) en el estrato V (pobreza extrema). En este sentido, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2012) plantea que la salud de los niños depende de las condiciones socioeconómicas en las cuales nacen, crecen y viven, la privación socioeconómica y el maltrato emocional o psicológico son las experiencias adversas más frecuentes en la infancia (Vega-Arce y Niñez-Ulloa, 2017).

En forma similar Pérez (2013); Larraín y Bascuñán (2009); así como Kumar, Kumar, Singh y Kar (2017), establecen que el bajo nivel socioeconómico, es un factor que aumenta significativamente la probabilidad de maltrato infantil y un factor de riesgo para el trabajo infantil, por lo tanto debe existir una prohibición absoluta de que los menores de edad realicen una actividad laboral que obstaculice su escolarización (Llorent-Bedmar y Cobano-Delgado, 2017).

En cuanto a las consecuencias del maltrato infantil, se puede observar en la Tabla 6 que de acuerdo con los resultados, se encontró un 52,72% (58 casos) de consecuencias psicológicas y un 47,27% (52 casos) de secuelas físicas, con una diferencia significativa ($p<0.01$) en las psicológicas. La exposición a la violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los menores, especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas de ella, como lo afirman Pernebo y Almqvist (2017).

TABLA 6
Distribución según las consecuencias del maltrato infantil

Consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Psicológicas	58	52,72*
Físicas	52	47,27
Total	110	100,00

* Diferencia significativa $p<0.01$

Asimismo, en la Tabla 7, de los 58 niños y niñas con consecuencias psicológicas, se determinó: 15 casos (25,86%) con baja autoestima, 15 casos presentaron agresividad (25,86%), 10 casos tristeza (17,24), 14 casos (24,13%) con bajo rendimiento escolar y 4 casos (6,89%) con síntomas disociativos (alteraciones en la organización o la estructura del contenido mental de la identidad, la memoria, la percepción o la conciencia). En forma similar Vrijen, et al. (2017), establecieron en su investigación que el maltrato infantil como una experiencia adversa, constituye un factor predisponente para depresión, ansiedad, estrés post-traumático, estrés crónico, baja autoestima, con graves efectos cognitivos, problemas conductuales en la escuela y el hogar.

TABLA 7
Distribución según las consecuencias psicológicas del maltrato infantil

Consecuencias Psicológicas	Frecuencia	Porcentaje
Baja autoestima	15	25,86
Agresividad	15	25,86
Tristeza	10	17,24
Bajo rendimiento escolar	14	24,13
Síntomas disociativos	4	6,89
Total	58	100,00

Elaboración propia, 2019.

En la presente investigación se identificaron niños escolares con síntomas disociativos, como la presencia de períodos recurrentes de pérdida de memoria, referirse a sí mismo en tercera persona, en forma similar en México de acuerdo con Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010), la prevalencia del trastorno disociativo se ha incrementado durante las últimas décadas.

En la actualidad está bien documentada la asociación entre el trastorno de identidad disociativa y el abuso infantil (Onostre, 2011). Ensink, Berthelot, Bégin, Maheux y Normandin (2017), en su trabajo plantearon que los niños que sufren abuso sexual, expresan con mayor frecuencia síntomas disociativos vinculados a los efectos neurobiológicos del trauma.

Por su parte, se puede apreciar en la Tabla 8, que de los 52 niños con consecuencias físicas de maltrato infantil, se determinó: 25 casos (48,07%) con cicatrices cutáneas, 17 casos (32,69%) con abscesos en piel (infección bacteriana que produce secreción amarilla conocida como pus), 10 casos (19,23%) con

traumatismo generalizado, con una diferencia significativa ($p<0.01$) en cicatrices cutáneas, encontrando similitud con el trabajo realizado por Lee, et al. (2017), donde se evidenciaron lesiones agudas como traumatismo craneoencefálico y del sistema musculo esquelético. Es de resaltar, que según la UNICEF (2012), así como Kodner y Wetherton (2013), para el diagnóstico precoz de maltrato infantil, se deben tomar en cuenta la presencia de lesiones residuales tipo cicatrices y las infecciones de las heridas posttraumáticas.

TABLA 8
Distribución según las consecuencias físicas del maltrato infantil

Consecuencias Físicas	Frecuencia	Porcentaje
Cicatrices cutáneas	25	48,07*
Abscesos en piel	17	32,69
Trauma generalizado	10	19,23
Total	52	100,00

Elaboración propia, 2019.

* Diferencia significativa p001

En relación a las patologías o enfermedades asociadas al maltrato por omisión, se observa en la Tabla 9: 15 casos (51,72%) con desnutrición proteico-calórica, 8 casos (27,58%) con amibiasis intestinal y 6 (20,68%) presentaron asma bronquial, lo cual guarda similitud con los resultados obtenidos por Widom, Czaja, Bentley y Johnson (2012), quienes establecieron que el maltrato por omisión es un factor que aumenta el riesgo de diabetes, enfermedades pulmonares y desnutrición, causada por el abandono familiar (Barroso, Salvador y Fagundes, 2016), además existe un aumento de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, en hogares donde existe violencia contra la mujer y negligencia (Ruiz-Grosso, Loret y Miranda, 2014).

TABLA 9
Distribución según las enfermedades asociadas al maltrato infantil

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición proteico-calórica	15	51,72
Amibiasis intestinal	8	27,58
Asma bronquial no controlada	6	20,68
Total	29	100,00

Elaboración propia, 2019.

Asimismo, de acuerdo con Páramo-Castillo, D., y Rubio-Ruiz (2009), en su investigación realizada en México, los niños que fueron víctima de abandono tuvieron mayor probabilidad de desarrollar enfermedades respiratorias tipo asma no controlada, por falta de cumplimiento adecuado de medicación, de control y cuidados inadecuados en el hogar, los casos de amibiasis intestinal se relacionan con la falta de control de medidas de higiene y cuidados personales (Child Welfare Information Gateway, 2013).

De igual manera, en la Tabla 10 se puede observar que de los 7 casos de abuso sexual que se encontraron en la investigación, 3 casos (42,85%) presentaron infección por VIH y 4 (57,14%) resultaron sin infección de transmisión sexual, con una diferencia significativa ($p<0.01$); mientras que en Chile la prevalencia de abuso sexual fue de 5 y 11% (Silva y Widoycovich, 2011).

TABLA 10
Distribución según infecciones asociadas al abuso sexual

Infecciones	Frecuencia	Porcentaje
Infeción por VIH	3	42,85
Sin infección	4	57,14*
Total	7	100,00

* Diferencia significativa p001

Al respecto, en México el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia informó que en el 2010, se recibieron 18.012 denuncias por maltrato infantil, de las cuales alrededor del 5% correspondieron a denuncias por abuso sexual infantil (Zúñiga, 2013). En Rodríguez, Aguiar y García (2012), en su investigación “Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil”, determinaron el desarrollo de depresión, conducta suicida, trastorno por estrés postraumático y problemas en el área de sexualidad.

Según Crawford, et al. (2017), la frecuencia de transmisión de VIH es baja en un solo episodio de agresión sexual, siendo del 0,1% al 0,2% en coitos vaginales y del 0,5% al 3% para coitos anales, lo cual es reafirmado por Akinlusi, et al. (2014), por otra parte, Tomori, et al. (2016), establecieron que los adultos homosexuales con VIH reportaron en un alto porcentaje el antecedente de abuso sexual infantil.

CONCLUSIONES

La cultura de la violencia forma parte de la realidad venezolana, siendo necesario realizar investigaciones sobre las múltiples formas de convivencia familiar, puesto que los mecanismos de resolución de conflictos son las agresiones físicas y verbales.

En el presente estudio se establece que el maltrato infantil representa una experiencia adversa en el hogar, con una alta frecuencia de violencia física, disfunción familiar y pobreza extrema, donde más de la mitad de los niños presentaron consecuencias biopsicosociales graves como: Baja autoestima, agresividad, bajo rendimiento escolar y síntomas disociativos, por lo tanto el maltrato infantil constituye un factor de riesgo para el bienestar psicológico, debido a que predispone a enfermedades mentales en la niñez y adolescencia como: La depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos de la personalidad, problemas conductuales y actividades antisociales.

También producto del maltrato físico se evidenciaron cicatrices cutáneas, abscesos en piel y trauma multisistémico, además patologías como la desnutrición proteico-calórica y una alta transmisión VIH asociada al abuso sexual, estas graves consecuencias biopsicosociales del maltrato infantil, contribuyen a que futuras investigaciones elaboren planes preventivos, para promover la resiliencia en los niños, fomentar la enseñanza de estrategias de crianza positiva, fortalecer los valores y la armonía familiar, para evitar las complicaciones de las experiencias adversas relacionadas con el maltrato infantil, que afectan significativamente el desarrollo neurobiológico del niño.

La investigación resalta que para la prevención del maltrato infantil es importante *concienciar* a los pediatras, psicólogos, docentes, trabajadores sociales, abogados y a la comunidad en general, de la importancia del diagnóstico precoz del maltrato infantil, además es fundamental la responsabilidad social de las empresas, para el apoyo económico de los programas de orientación y mediación familiar permitiendo a mujeres y niños una vida feliz libre de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akinlusi, F. M., Rabiu, K. A., Olawepo, T. A., Adewunmi, A. A., Ottun, T. A., Akinola, O. I. (2014). Sexual assault in Lagos, Nigeria: A five year retrospective review. *BMC Womens Health*, 14(115), 1-7. doi: 10.1186/1472-6874-14-115.
- Ambriz-Mora, M. I., Zonana-Nacach, A., y Anzaldo-Campos, M. C. (2015). Intimate partner violence and family dysfunction among Mexican women seen a primary care unit. *Semergen*, 41(5), 241-246. doi: 10.1016/j.semeng.2014.07.004.
- Arrieta, K. M., Diaz, S., y González, F. (2014). Maltrato infantil: Conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de odontología de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 103-111.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2015). Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA). Gaceta Oficial No. 6.185 extraordinario del 8 de junio de 2015. Recuperado de <https://enplural.org/files/vigente/leyorganica/lopnna.pdf>
- Barroso, M. M. B., Salvador, L. M., y Fagundes, U. (2016). Severe protein-calorie malnutrition in two brothers due to abuse by starvation. *Revista Paulista de Pediatría*, 34(4), 522-527. doi: 10.1016/j.rpped.2016.05.001.
- Benavides, M., y León, J. (2013). Una mirada a la violencia física contra los niños y niñas en los hogares peruanos: Magnitudes, factores asociados y transmisión de la violencia de madres a hijos e hijas. GRADE, Documento de investigación, No. 71. Recuperado de <http://www.grade.org.pe/novedades/descargue-documento-de-investigacion-71-una-mirada-a-la-violencia-fisica-contra-los-ninos-y-ninas-en-los-hogares-peruanos-magnitudes-factores-asociados-y-transmision-de-la-violencia-de-madres-a/>
- Block, R. W. (2017). No surprise: The rate of fatal child abuse and neglect fatalities Is related to poverty. *Pediatrics*, 139(5), 1-2. doi: 10.1542/peds.2017-0357.
- Busschbach, J. T. (2017). Psychometric properties of the dresden body image questionnaire: A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a Dutch non-clinical sample. *PLoS One*, 12(7). doi: 10.1371/journal.pone.0181908.
- Butchart, A., y Phinney-Harvey, A. (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/es
- Chang, Y. C., Huang, J. L., Hsia, S. H., Lin, K. L., Lee, E. P., Chou IJ,...Wu, H. P. (2016). Child protection medical service demonstration centers in approaching child abuse and neglect in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*, 95(44), 1-8. doi: 10.1097/MD.00000000000005218.
- Child Welfare Information Gateway (2013). Long-term consequences of child abuse and neglect. Washington, DC: Children's Bureau. Recuperado de https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/long_term_consequences.pdf
- Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., y Leventhal, J. M. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*, 139(3), 1-18. doi: 10.1542/peds.2016-4243.
- Crusco, M. (2013). Draw-A-Person: Screening procedure for emotional disturbance. London: Centre for Longitudinal Studies, Institute of Education, University of London. Recuperado de <https://cls.ucl.ac.uk/wp-content/uploads/2017/07/Miranda-Crusco-WP-CLS-20137-FINAL.pdf>
- Cuba, M., Jurado, A., Romero, Z., y Cuba, M. (2013). Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Médica Herediana*, 24(1), 12-16. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1ao2.pdf>
- Czerwinski, F., Finne, E., Alfes, J., y Kolip, P. (2018). Effectiveness of a school-based intervention to prevent child sexual abuse-Evaluation of the German IGEL program. *Child Abuse & Neglect*, 29(86), 109-122. doi: 10.1016/j.chab.2018.08.023.
- De Rose, P., Salvaguardia, F., Bergonzini, P., Cirillo, F., Demaria, F., Casini, M. P.,... y Vicari, S. (2016). Current psychopathological symptoms in children and adolescents who suffered different forms of maltreatment. *Scientific World Journal*, 2016(ID 8654169), 1-9. doi: 10.1155/2016/8654169.

- Díaz, J. A. (2014). Maltrato infantil: Detección de casos y manejo desde atención primaria. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Ed.), *Curso de actualización pediatría 2014* (pp. 225-234). Madrid, España: Exlibris Ediciones.
- Duque, L. F., y Restrepo, A. (2012). Prevención temprana de la agresión en los niños de los países menos desarrollados. En Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia, CEECD/SKC-ECD| Violencia Social. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2682/prevencion-temprana-de-la-agresion-en-los-ninos-de-los-paises-menos-desarrollados-.pdf>
- English, D. J., Bangdiwala, S. I., y Runyan, D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: Introduction. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 441-460. doi: 10.1016/j.chabu.2003.09.023.
- Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., y Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse & Neglect*, 69, 116-124. doi: 10.1016/j.chabu.2017.04.017.
- Fernández, G., Arráiz, C., y Paredes, G. (2008). Estrategias de prevención de violencia familiar de la cátedra Escuela para Padres. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 71(4), 124-130.
- Fernández-Daza, M. P., y Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. doi:10.111144/Javeriana.UPSY12-3.pccp.
- Francisco, J. (2012). Maltrato de niños en Venezuela. *Revista Tribuna del Investigador*, 12(1-2), 1-16.
- Franco, G. N. (2015). Actuación del defensor escolar en la protección del niño, niña y adolescente. *Revista Ciencias de la Educación*, 26(46), 94-103.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF (2012). Niñas y niños en un mundo urbano. Estado Mundial de la Infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2012/>
- Gancedo, A. (2017). Abordaje integral del maltrato infantil. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Ed.), *Curso de actualización pediatría 2017* (pp. 535-543). Madrid, España: Lúa Ediciones 3.0.
- Gómez, F. J., y Ponce, E. R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family Apgar. *Atención Familiar*, 17(4), 102-106. doi: 10.22201/facmed.14058871p.2010.4.21348.
- Gómez, J. D., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N.,...Khenti, A. (2015). Malestar psicológico, disfunción familiar, maltrato de estudiantes durante la niñez en una Universidad Privada de Bogotá, Colombia. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24(Esp.), 33-39. doi: 10.1590/0104-07072015001030014.
- Hébert, M., Langevin, R., y Daigneault, I. (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 15(19), 227-232. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.080.
- Hewitt-Ramírez, N., y Moreno-Méndez, J. H. (2018). Intervención psicológica para comportamientos externalizados e internalizados en niños de 8 a 12 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 37-42. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.2.5.
- Iniguez, K. C., y Stankowski, R. V. (2016). Adverse childhood experiences and health in adulthood in a rural population-based sample. *Clinical Medicine & Research*, 14(3-4), 126-137. doi: 10.3121/cmr.2016.1306.
- Kerker, B. D., Storfer-Isser, A., Szilagyi, M., Stein, R. E. K., Garner, A. S., O'Connor, K. G.,...Horwitz, S. M. (2016). Do pediatricians ask about adverse childhood experiences in pediatric primary care?. *Academic Pediatrics*, 16(2), 154-160. doi: 10.1016/j.acap.2015.08.002.
- Kodner, C., y Wetherton, A. (2013). Diagnosis and management of physical abuse in children. *AmFam Physician*, 15(88), 669-675.
- Kumar, M. T., Kumar, S., Singh, S. P., y Kar, N. (2017). Prevalence of child abuse in school environment in Kerala, India: An ICAST-CI based survey. *Child Abuse Neglect*, 70, 356-363. doi: 10.1016/j.chabu.2017.06.025.
- Larraín, S., y Bascuñán, C. (2009). Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, (9), 4-12. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35986/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Lee, E. P., Hsia, S. H., Huang, J. L., Lin, J. J., Chan, O. W., Lin, C. Y.,... Wu, H. P. (2017). Epidemiology and clinical analysis of critical patients with child maltreatment admitted to the intensive care units. *Medicine (Baltimore)*, 96(23). doi: 10.1097/MD.0000000000007107.
- Lezcano, D. A., Melgarejo, O. J., Ureta, V. S., Arrom, C., y Romero, M. M. (2015). Test del dibujo de la figura humana en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica. Estudio de casos. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3), 88-89.
- Llorent-Bedmar, V., Cobano-Delgado, V. /2017). Familia y educación en las constituciones de los países de la Unión Europea. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXIII(2), 27-40.
- Matos, J. M., Lima, M., y Ludermir, A. B. (2017). Intimate partner violence and maternal education practice. *Revista de Salud Pública*, 51, 1-11. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006848.
- Mesa-Gresa, P., y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: El “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503. doi: 10.33588/rn.5208.2009256.
- Morillo, S. y Birkbeck, C. H. (2017). Conducta antisocial adolescente bajo un enfoque integrador de tres teorías criminológicas. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXIII(3), 76-88.
- Monsalve, A., Mora, L. F., Ramírez, L. C., Rozo, V., y Rojas, D. M. (2016). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 105-127.
- Onostre, R. D. (2011). Trastorno disociativo: A propósito de un caso. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 50(3), 162-166.
- Páramo-Castillo, D., y Rubio-Ruiz, C. (2009). Frecuencia de asma en preescolares con historia de maltrato y su relación con el tipo de maltrato experimentado. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(1), 34-40.
- Pérez, A., y Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 15(52), 629-634.
- Pérez, M. D. M. (2013). Violencia y maltrato infantil en la familia: Una reflexión actual y prospectiva. *Publicación Electrónica*, (8), 1-15. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3582/3.pdf>
- Pernebo, K., y Almqvist, K. (2017). Young children exposed to intimate partner violence describe their abused parent: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 32, 169-178. doi: 10.1007/s10896-016-9856-5.
- Ramírez, L. N. (2012). Evolución 1982-2007 de los estratos sociales en Venezuela y su conexión con la elección presidencial 2012. *Mundo Universitario*, X(41), 311-322.
- Rizo, A. B. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 89-100.
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. A., y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68.
- Romero, K., Villacis, M. I., y Jara, E. (2016). Maltrato infantil en escuela ecuatoriana de Ambato. *Revista Humanidades Médicas*, 16(2), 215-226.
- Ruiz-Grosso, P., Loret, C., y Miranda, J. J. (2014). Association between violence against women inflicted by the partner and chronic malnutrition in their children under five years old in Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 16-23.
- Scomparini, L. B., Dos Santos, B., Rosenheck, R. A., y Scivoletto, S. (2013). Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. *Clinics*, 68(8), 1096-1102. doi: 10.6061/clinics/2013(08)06.
- Segura, M., y Stranieri, M. (2016). Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 78-85.
- Setia, M. S. (2016) Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261-264. doi: 10.4103/0019-5154.182410.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., Peugh, J. L., Griffin, A. M., y Bensman, H. E. (2016). Contamination in the prospective study of child maltreatment and female adolescent health. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(1), 37-45. doi: 10.1093/jpepsy/jsv017.

- Silva, A., y Tabernero, C. (2013). Escuela y familia: Alianza estratégica para la prevención del maltrato infantil. *Educare*, 17(2), 51-74.
- Silva, C., y Widoycovich, M. (2011). Guía clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. Chile: Ministerio de Salud de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de <https://docplayer.es/10603583-Guia-clinica-abuso-sexual-victimas-de-atencion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos.html>
- Simsek, E., Guney, S. A., y Baysal, S. U. (2017). A retrospective study with ICAST-R (ispca child abuse screening tools-retrospective) questionnaire for determination of child abuse in first year medical students in Turkish population. *Child Abuse & Neglect*, 69, 125-133. doi: 10.1016/j.chabu.2017.04.018.
- Szilagyi, M., Kerker, B. D., Storfer-Isser, A., Stein, R. E., Garner, A., O'Connor, K. G.,...Mc Cue, S. (2016). Factors associated with whether pediatricians inquire about parents' adverse childhood experiences. *Academic Pediatric Association*, 16(7), 668-675. doi: 10.1016/j.acap.2016.04.013.
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines*, 57(3), 241-266. doi: 10.1111/jcpp.12507.
- Telman, M. D., Overbeek, M. M., Clasien, J., Lamers-Winkelmann, F., Finkenauer, C., y Schuengel, C. (2016). Family functioning and children's post-traumatic stress symptoms in a referred sample exposed to Interparental violence. *Journal of Family Violence*, 31(1), 127-136. doi: 10.1007/s10896-015-9769-8.
- Tomori, C., McFall, A. M., Srikrishnan, A. K., Mehta, S. H., Nimmagadda, N., Anand, S.,...Celentano, D. D. (2016). The prevalence and impact of childhood sexual abuse on HIV-risk behaviors among men who have sex with men (MSM) in India. *BMC Public Health*, 16, 784. doi: 10.1186/s12889-016-3446-6.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno disocial. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_disocial.pdf
- Vega-Arce M.; y Niñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130. doi: 10.1016/j.reu.2017.02.004.
- Vrijen, J. N., Van Amen, C. T., Koekkoek, B., Van Oostrom, I., Schene, A. H., y Tendolkar, I. (2017). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. *Brain and Behavior*, 7(6). doi: 10.1002/brb3.693.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., y Johnson, M. S. (2012). Prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135-1144. doi: 10.2105/AJPH.2011.300636.
- Wimmer, M. (2014). The complete guide to children's drawings a practical handbook to children's emotional world. Recuperado de http://www.childrendrawingcenter.com/wpcontent/uploads/2014/02/Sample_Chapter.pdf
- Wirtz, A. L., Álvarez, C., Guedes, A. C., Brumana, L., Modvar, C., y Glass, N. (2016). Violence against children in Latin America and Caribbean countries: A comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. *BMC Public Health*, 16(1006), 1-16. doi: 10.1186/s12889-016-3562-3006.
- Zúñiga, I. R. (2013). Abuso sexual infantil: Una alerta para el personal médico de primer contacto. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, V(1), 3-10.

NOTAS

- * Este trabajo se realizó en el marco del proyecto investigación "Estrategias de aprendizaje con pertinencia social para la prevención de enfermedades infantiles", de la Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE), aprobado por el Consejo Universitario de la Universidad Técnica de Ambato.