

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO  
"BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ"  
CIEGO DE ÁVILA**

## **Estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia**

### **Health promotion strategy against child abuse in the family**

Grisel María Alonso Gutiérrez<sup>I</sup>, Cristóbal Lázaro Martínez Gómez<sup>II</sup>, Hipólito Peralta Benítez<sup>III</sup>, Adelaida María Ballbé Valdés<sup>IV</sup>, Reinaldo Pablo García Pérez<sup>V</sup>, Letissia Giance Paz<sup>VI</sup>.

#### **RESUMEN**

**Introducción:** la estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia es la proyección práctica de un modelo teórico previamente construido.

**Objetivo:** corroborar el valor práctico de la estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, previo a la valoración de su pertinencia científico-metodológica.

**Método:** se realizó un estudio preexperimental (antes y después), en seis consultorios médicos de familia del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila, entre enero de 2011 y diciembre de 2016. El universo fue de 407 familias y 126 representantes comunitarios, y la muestra intencionada de 385 y 113, respectivamente. Se aplicaron los métodos teóricos histórico-lógico, inductivo-deductivo, análisis-síntesis, sistémico-estructural-funcional, hermenéutico-dialéctico, y otros de nivel empírico.

**Resultados:** la estrategia se diseñó para elevar la cultura de defensa de los derechos de los niños y se estructuró mediante un sistema de categorías. Dentro de ellas su plan de acción se organizó mediante tres subprocesos integrados en la práctica habilitadora en salud. Según expertos la consistencia interna del instrumento fue adecuada: coeficiente  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,970 y concordancia altamente significativa (W de Kendall =0,673,  $\chi^2 = 108,987$ ,  $p = 0,000$ ). La corroboración práctica fue efectiva según los indicadores de proceso, resultado e impacto.

**Conclusiones:** se constató la pertinencia científico-metodológica y se corroboró la eficacia de la estrategia para elevar el nivel de conocimientos, actitud y práctica respecto a la prevención del maltrato infantil en la familia y demás implicados, así como para en caso de producirse, identificarlo, denunciarlo y atenderlo.

**Palabras clave:** FAMILIA, ESTRATEGIAS, MALTRATO A LOS NIÑOS/prevención y control, EDUCACIÓN EN SALUD.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** the strategy of health promotion against child abuse in the family is the practical projection of a previously constructed theoretical model.

**Objective:** to corroborate the practical value of the health promotion strategy against child abuse in the family, prior to assessing its scientific-methodological relevance.

**Method:** a pre-experimental study (before and after) was carried out in six family doctors' offices of the "Belkis Sotomayor Álvarez" Polyclinic in Ciego de Ávila, between January 2011 and December 2016. The universe was of 407 families and 126 community representatives, and the intentional sample of 385 and 113, respectively. Theoretical methods were applied: historical-logical, inductive-deductive, analysis-synthesis, systemic-structural-functional, hermeneutic-dialectical, and others of an empirical level.

**Results:** the strategy was designed to raise the culture of defending the rights of children and was structured through a system of categories. Within them, their action plan was organized through three subprocesses integrated into the health enabling practice. According to experts, the internal consistency of the instrument was adequate: Cronbach's  $\alpha$  coefficient equal to 0,970 and highly significant agreement (Kendall's  $W = 0,673$ ,  $\chi^2 = 108,987$ ,  $p = 0,000$ ). The practical corroboration was effective according to the indicators of process, result and impact.

**Conclusions:** the scientific-methodological relevance was confirmed and the effectiveness of the strategy was corroborated to raise the level of knowledge, attitude and practice regarding the prevention of child maltreatment in the family and others involved, as well as in case of

occurrence, identify it, report it and take care of it.

**Keywords:** FAMILY, STRATEGIES, CHILD ABUSE/prevention and control, HEALTH EDUCATION.

- I. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer y Segundo Grados en Pediatría. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Primer y Segundo Grados en Psiquiatría Infantil. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.
- III. Doctor en Ciencias Agrícolas. Licenciado en Química. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Superior. Licenciada en Química. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Médica. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Licenciada en Gestión de Información en Salud. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.

## INTRODUCCIÓN

La familia es el primer espacio socializador, en ella se reflejan las relaciones sociales en su conjunto y sus contradicciones, a la vez que es considerada un mundo privado. De ahí que los cambios en su interior deben vencer barreras específicas, de acuerdo a lo que es válido para cada familia. Tiene funciones bien específicas que le permiten alcanzar los objetivos que le corresponden como institución social. Cuando sus miembros provocan un comportamiento disfuncional que genera problemas para el desarrollo y la salud de las personas dentro del hogar se está en presencia de la violencia intrafamiliar.

Para que se dé la violencia intrafamiliar generalmente coexisten algunos factores de riesgo como condiciones favorecedoras de su desarrollo. Entre ellos se citan los siguientes: alto grado de verticalidad en la estructura familiar, naturalización de la violencia, creencia sin cuestionamientos en la obediencia, el sacrificio y disciplina, castigo como pauta educativa, muertes, pérdidas y situaciones que afectan traumáticamente a la familia, inversión de los roles, precariedad sociocultural, adopciones ilegales, la posición subjetiva que ocupan las niñas en los embarazos no deseados, el lugar que ocupa el niño en las familias monoparentales y familias con procesos psiquiátricos y antecedentes de alcoholismo.<sup>(1)</sup>

La violencia intrafamiliar, es una de las manifestaciones más lamentables de la violencia humana. Sus protagonistas son personas unidas por estrechos lazos de consanguinidad o afinidad, de las que se esperaría por tanto una relación que no produzca daños, sino afecto y respeto mutuos, pues al ser lo contrario destruye las posibilidades de vivir en un clima de paz y armonía.<sup>(2,3)</sup> La violencia intrafamiliar es la expresión más elocuente de la ruptura de los vínculos de responsabilidad entre las generaciones y constituye una vulneración de los derechos de la niñez. Entre sus consecuencias más graves están los problemas de agresividad, las dificultades de interacción social, la tendencia a interpretar de modo hostil la conducta de los otros, baja autoestima, problemas de egocentrismo cognitivo y social, perturbaciones en el sueño, enuresis, anorexia, bulimia, taquicardia, disfunción eréctil, debilidad, fatiga, somatizaciones y asma.<sup>(4,5)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que la promoción de la salud es una categoría integradora, intersectorial y de participación, que interviene en la dimensión social de los determinantes de la salud de una población y traspasa los límites del accionar médico. Proporciona, además, los medios necesarios a los pueblos para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre ella.<sup>(6-9)</sup> Este organismo internacional hace referencia a tres grandes estrategias de la salud pública: promoción, prevención y recuperación. La promoción de salud es la más integral, de mayor impacto y la que menos depende de la acción de los servicios de salud por sí solos.<sup>(6)</sup>

Las acciones buscan evitar que aparezcan enfermedades o se detenga su avance a través de la detección e intervención temprana de los factores de riesgo. Estas acciones pueden ser de tipo individual, familiar o colectivo.<sup>(8)</sup>

Para que la promoción de salud sea efectiva, se necesita que exista una interacción entre el médico, la familia y la comunidad, así como con los diferentes actores de instituciones y organizaciones que permiten a través de planes de acciones un manejo holístico de los factores de riesgo, protectores y las determinantes sociales de la salud. La sostenibilidad del cambio social está mediada por la reproducción de las acciones y su continuidad.<sup>(9)</sup> Cuando esta atención se realiza al niño comprende la vigilancia y acompañamiento de su proceso de crecimiento y desarrollo, detección temprana e intervención oportuna de problemas y factores de riesgo, por lo que se logra una sociedad más justa y equitativa.<sup>(3,7,10-12)</sup>

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) revela cifras alarmantes en torno al grado de violencia que padecen los niños en el mundo. De acuerdo a ellas el asesinato es el más repudiado, 1,6 de cada 10 niños entre dos y 14 años sufren maltrato físico a diario y cada cinco minutos uno muere. En Australia una de cada 10 familias aboga por el castigo físico severo para educar y en el Reino Unido, 17 000 niños reciben atención especial tras haber sufrido malos tratos.<sup>(2)</sup>

Estudios realizados en España revelan historias familiares de abuso, falta de afectividad en los padres, baja autoestima, drogodependencias, madres solas o padres no biológicos, desarmonía familiar, entre otros antecedentes que provocan el incremento de los riesgos de la violencia hacia los niños en el hogar, lo que está determinado por la interacción de múltiples factores.<sup>(13,14)</sup>

Estados Unidos de Norteamérica es el único país que no ha ratificado la *Convención de los Derechos del Niño*. En este país anualmente se denuncian más de tres millones de casos de maltrato a niños y se estima que aproximadamente mil mueren por esta causa.<sup>(15)</sup> En estudios realizados en Latinoamérica se identificaron como factores de riesgo importantes el estilo de crianza agresivo, padres con antecedentes de maltrato en la infancia, madres adolescentes y eventos estresantes como desempleo, pobreza, muerte de un ser querido, desplazamiento y enfermedad.<sup>(16-18)</sup>

En Cuba se han realizado grandes esfuerzos en aras de garantizar la atención oportuna a los niños, con la creación de instituciones, programas y la formación de profesionales en diferentes ramas del saber relacionadas con la familia. No obstante, son insuficientes los estudios sobre el tema, así como los indicadores para su detección en el contexto del primer nivel de atención a la salud; esto provoca que el problema no pueda valorarse en toda su magnitud y dimensiones. Por ello, es necesario un manejo adecuado del control de los grupos de riesgo y el trabajo con el individuo sano para evitar que se adopten estilos de vidas inadecuados. El trabajo interdisciplinario con participación de los sectores sociales y la comunidad, liderado por el sector de la salud en el cumplimiento de las políticas públicas saludables y el acompañamiento de los medios de comunicación social como soporte, son esenciales para desplegar acciones promocionales frente al maltrato infantil en la familia.

No obstante las acciones desarrolladas desde el punto de vista promocional y preventivo para dotar a las personas y a las comunidades en los aspectos relacionados con el maltrato infantil, en el diagnóstico realizado en el Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila se revelaron las siguientes insuficiencias: dificultades en el planeamiento, sistematización e integración de las actividades de educación para la salud, subregistro estadístico, poco conocimiento y percepción del riesgo de maltrato infantil y la no existencia de una consulta especializada en la detección, prevención, tratamiento y rehabilitación de los casos. Por tal razón el objetivo de la investigación es corroborar el valor práctico de la estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, mediante su aplicación en el Policlínico "Belkis Sotomayor", previo a la valoración de su pertinencia científico-metodológica.

## MÉTODO

Se realizó un estudio preexperimental (antes y después), en seis consultorios médicos de familia

(CMF) del Consejo Popular "Pedro Martínez Brito" perteneciente al Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez" del municipio Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero 2011 a diciembre 2016. El universo quedó constituido por 407 familias y 126 representantes de las instituciones y organizaciones de masas. La muestra fue intencional y quedó conformada por 385 familias y 113 representantes de las instituciones y organizaciones de masas.

Se utilizaron varios métodos teóricos. El histórico-lógico para la comprensión de los documentos y la caracterización del proceso y su dinámica; el inductivo-deductivo y el análisis-síntesis para establecer los presupuestos teórico-metodológicos y la valoración de los resultados. El sistémico-estructural-funcional<sup>(19)</sup> para diseñar la estrategia y el hermenéutico dialéctico<sup>(19)</sup> para la comprensión e interpretación de los enfoques sobre el proceso y su dinámica y facilitar la interpretación de los resultados obtenidos. El método holístico dialéctico<sup>(19)</sup> se aplicó para la elaboración del modelo teórico que sustentó la estrategia denominada "Modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil", construida desde una concepción integradora de las determinantes de salud teniendo en cuenta la interacción familia-comunidad-sociedad.<sup>(20)</sup> Se utilizaron varios métodos empíricos en la corroboración práctica, los que se detallan en el acápite de resultados.

Para la consulta a expertos se seleccionaron primero los candidatos, tomando como criterios su alto nivel docente, asistencial o investigativo, avalados por las categorías docentes de profesor asistente, auxiliar o titular, el título de especialista de segundo grado (cuando correspondían al sector de la salud) y el título académico de máster o el grado científico de doctor en ciencias en una determinada rama del conocimiento. También se consideró como requisito una experiencia de 10 años o más en la profesión. La determinación de los expertos se efectuó analizando como criterios para su posible inclusión que tuvieran conocimientos profundos, avalados por las autovaloraciones, sobre el dominio de la temática y las fuentes de argumentación. Para ello, se aplicó como instrumento un cuestionario estandarizado,<sup>(21)</sup> enviado por correo electrónico.

Se seleccionaron 19 expertos, de los cuales 17 mostraron un nivel de competencia alto y dos un nivel medio. De ellos, 13 doctores en medicina, tres licenciados en educación, dos licenciados en psicología, dos licenciados en derecho y uno licenciado en defectología. El promedio de años de graduados fue de 28,2. Seis se desempeñan en la asistencia médica y docencia, dos en dirección y el resto a tiempo completo en la docencia. Todos poseen categorías docentes: nueve son profesores titulares, cuatro auxiliares y seis asistentes. El grupo de expertos estuvo integrado por cuatro másteres (todos en ciencias médicas) y 15 doctores en ciencias (tres en las médicas, cinco en las pedagógicas y uno en las agrícolas).

Se realizaron dos rondas de consultas. En la primera se solicitó a los expertos que emitieran criterios y en la segunda, que las calificaran teniendo en cuenta la frecuencia de las respuestas en la primera ronda. Se emplearon como métodos de la estadística inferencial, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para cuantificar la confiabilidad de la consistencia interna del instrumento aplicado y el coeficiente de concordancia de Kendall para valorar el grado de concordancia de todos los expertos en la valoración de la estrategia.

## RESULTADOS

### **Estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia**

La modelación teórica de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, permitió revelar como regularidad esencial la integración de la práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia y el desarrollo de la cultura para la defensa de los derechos de los niños, a través de la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia.<sup>(20)</sup> Ello sustentó la estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia (figura 1) como constructo práctico, estructurada mediante un sistema de categorías: visión, premisas y requisitos, misión, marco normativo, regularidades de la dinámica, objetivo estratégico, plan de acción estratégico con sus subprocesos integrados, recomendaciones metodológicas para su aplicación y sistema de evaluación.

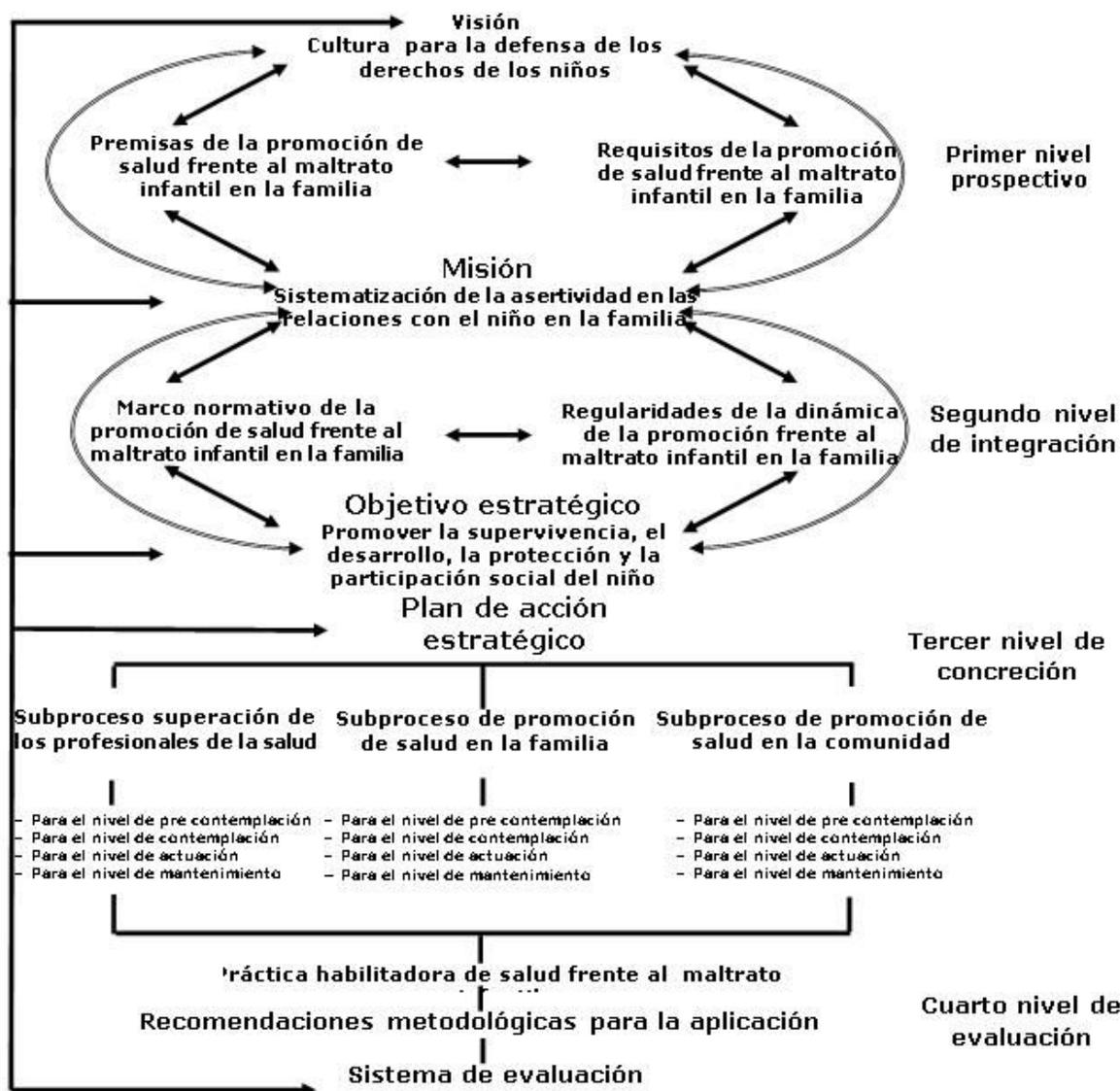


Figura 1. Representación gráfica de la estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.

La estrategia presenta cuatro niveles. El primer nivel es prospectivo, expresa como se realiza la sistematización de la asertividad para desarrollar la cultura para la defensa de los derechos de los niños, teniendo en cuenta las premisas y requisitos. El segundo nivel es de integración, expresa la misión del Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez", de sistematizar la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, teniendo en cuenta el marco normativo internacional, nacional y las regularidades de la dinámica de la promoción frente al maltrato infantil en la familia. El tercer nivel, de concreción, se configura en el desarrollo integrado de los tres subprocesos para cumplir el objetivo estratégico, y el cuarto nivel es de evaluación de los resultados alcanzados en la dinámica del proceso, teniendo en cuenta los indicadores de resultado, proceso e impacto.

En cuanto a la visión de los profesionales y trabajadores del policlínico, se plantea que los niños, la familia, los actores e instituciones de la comunidad tengan una cultura que garantice la defensa de los derechos de los niños.

Constituyen premisas de la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia la política definida por el Estado cubano con relación a la satisfacción de las necesidades de los niños (su educación en la familia, la escuela y la comunidad), así como para enfrentar y prevenir todas las

formas de discriminación y manifestaciones de violencia en las relaciones interpersonales con ellos, garantizar la alimentación adecuada, diferenciada y subsidiada a todos los niños sanos y enfermos y su educación gratuita. Cuenta además con instituciones y organizaciones que dentro de sus funciones tienen el garantizar la protección de los derechos de los niños. Por otra parte los niños tienen sus propias organizaciones que les garantizan su derecho a la participación social.

Son requisitos de la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, el enfoque holístico que integra las características de los seres implicados como personas biopsicosociales con influencia de las determinantes sociales de la salud, los procesos y acciones del sector de la salud y de las otras instituciones de la administración central del estado y las organizaciones de masas, así como la construcción individual, familiar y comunitaria de la salud frente al maltrato infantil en la familia. Es importante la intersectorialidad como forma de trabajo participativo, mediante la intervención coordinada de instituciones y organizaciones representativas de la comunidad. Así como la familia, por constituir la célula básica de la sociedad, por su encargo social con relación a la protección, supervivencia, desarrollo y participación social de los niños. La capacidad proactiva de la comunidad es esencial como potenciadora de la promoción y generadora de acciones y soluciones de salud frente al maltrato de infantil. Y se debe tener en cuenta además el papel orientador e integrador de todos los factores que tienen los profesionales de la salud, particularmente los médicos de la familia y los pediatras.

Entre otras categorías se definen la misión, que consiste en la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, la comunidad y los profesionales de salud en el tiempo para alcanzar niveles superiores, desde la pre contemplación hasta el mantenimiento; el marco normativo de la promoción frente al maltrato infantil en la familia, teniendo en cuenta un conjunto de normas nacionales e internacionales. Entre las internacionales se encuentran la *Declaración de los Derechos del Niño* (1959),<sup>(22)</sup> la *Convención de los Derechos del Niño* (1989),<sup>(23)</sup> el *Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía* (2000),<sup>(24)</sup> la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2006),<sup>(25)</sup> el *Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)* (1999),<sup>(26)</sup> la *Resolución 64/145, de 18 de diciembre de 2009*, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas y conocida como "La Niña",<sup>(27)</sup> la *Observación 13/2011 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas sobre el "Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia* (2011)<sup>(28)</sup> y la *Observación 14/2013 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas sobre el Derecho del Niño a que su interés superior sea una consideración primordial*.<sup>(29)</sup>

Entre las normas nacionales se encuentran la *Constitución de la República de Cuba*,<sup>(30)</sup> el *Código de la Niñez y la Juventud de Cuba*, la *Ley No.16 de 28 de Junio de 1978*,<sup>(31)</sup> el *Decreto Ley No.64 de 1982 sobre el Sistema de Atención a Menores con trastornos de Conducta*,<sup>(32)</sup> el *Decreto Ley No.76 de 1984 sobre la creación de la Red Nacional de Círculos Infantiles Mixtos y Hogares de Menores sin Amparo Familiar*, para la protección de los niños en desventaja social,<sup>(33)</sup> la *Ley No.49 del Código de Trabajo cubano*,<sup>(34)</sup> la *Ley No.51 del Registro del Estado Civil*,<sup>(35)</sup> la *Ley No.87 modificada del Código Penal*,<sup>(36)</sup> la *Ley No.9 Modificación del Código de Familia*<sup>(37)</sup> y la *Ley de Salud Pública*.<sup>(38)</sup>

En las regularidades de la dinámica de la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia se consideran la integración de la dimensión cultural y la dimensión práctica en la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia. Esta se realiza mediante la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, que se construyen en la práctica habilitadora de promoción, con el fin de desarrollar la cultura para la defensa de los derechos de los niños.<sup>(20)</sup>

El objetivo estratégico es promover la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación social del niño para el disfrute de sus derechos humanos. Para ello el plan de acción estratégico consta de diferentes partes: fundamentación, diagnóstico, principales problemas detectados, problema metodológico, objetivo metodológico y actividades. Se estructura en los siguientes subprocesos: superación de los profesionales de la salud, promoción de salud en la familia y promoción de salud en la comunidad. Cada subproceso posee su objetivo específico y un sistema de acciones, con objetivos, responsables, ejecutores, escenarios y fecha; y se estructura en

correspondencia con los niveles de sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia (pre contemplación, contemplación, actuación y mantenimiento).

El subproceso superación de los profesionales de la salud tiene como objetivo perfeccionar su desempeño en la práctica de promoción de salud. Incluye las siguientes acciones: intervenciones en reuniones del Grupo Básico de Trabajo, matutinos especiales, distribución de materiales sobre violencia infantil, talleres y cursos a promotores de salud, personal médico y paramédico, con su participación en el control sistémico de las familias con riesgo de presentar maltrato infantil, el uso del manual elaborado como instrumento, y consultas e interconsultas especializadas por parte del pediatra. Contribuirá a desarrollar habilidades para la prevención, diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil en la familia, consolidar las relaciones del Grupo Básico Trabajo con la familia. desarrollar habilidades para la autogestión del conocimiento sobre el maltrato infantil en la familia. Resulta esencial la integración de los procesos docente, asistencial e investigativo en el Grupo Básico de Trabajo para proteger los derechos del niño.

El subproceso de promoción de salud en la familia, tiene como objetivo habilitar a las familias para construir relaciones asertivas con los niños a fin de garantizar la protección de sus derechos y prevenir el maltrato. Las acciones que incluye son: matutinos especiales en las escuelas sobre los derechos de los niños y las niñas, sesiones de actividades lúdicas, círculos de interés, formación de activistas familiares para la prevención del abuso infantil, escuelas de padres, dinámica grupal familiar y grupo focal. Contribuirá a sistematizar conocimientos sobre el maltrato infantil en la familia, mejorar los indicadores de funcionamiento familiar para que la familia pueda promover el desarrollo integral de los niños y lograr que se respeten sus derechos, mejorar la capacidad de las familias para lograr cambios en los estilos de las relaciones con los niños a favor de la asertividad, promover estilos de vida sanos en la población que favorezcan comportamientos no violentos y protectores de la niñez. También a mejorar la calidad de vida de la población infantil y disminuir la morbimortalidad por maltrato infantil en la familia.

El subproceso de promoción de salud en la comunidad tiene como objetivo desarrollar la cultura para la defensa de los derechos de los niños. Entre sus acciones se encuentran: intervenciones sobre maltrato infantil en la familia, en el consejo popular y en reuniones de las estructuras de base de las organizaciones de masas del área, cursos destinados a los decisores locales, conversatorios con líderes de opinión y representantes de los medios de comunicación, programas radiales y televisivos de corte educativo orientados a los segmentos familiar y educativo y visitas del grupo de redes sociales de apoyo. Contribuirá a lograr la participación activa de los diferentes sectores en la educación, promoción y prevención del maltrato infantil en la familia, la creación de grupos y redes de apoyo comunitario para prevenir el maltrato infantil en la familia. Así como mejorar la capacidad de las comunidades para lograr cambios que promuevan estilos de relaciones asertivas con los niños, aumentar la influencia de los factores comunitarios que estimulen comportamientos saludables y alentadores de conductas de paz, fortalecer normas y valores sociales que apoyen la coexistencia pacífica y solidaria entre las personas, fortalecer los procesos de participación social, intersectorial y comunitaria en la prevención del maltrato infantil en la familia. También ayudará a la participación de la sociedad civil en los escenarios de toma de decisiones relacionados con la protección de los derechos del niño, a comprometer la comunidad y los diferentes sectores en la transformación del entorno y a las familias en el respeto de los derechos de los niños, así como a integrar los factores de la comunidad para diseñar, implementar, desarrollar y evaluar el proceso de prevención del maltrato infantil en la familia en los diferentes escenarios.

Es importante tener en cuenta algunas recomendaciones metodológicas para su implementación, dado a su complejidad. Por ello se recomienda la confección de un proyecto de investigación cuyos principales resultados en los tres subprocesos sustenten tesis de las especialidades de medicina general integral y pediatría, así como de maestrías y doctorados, la presentación de ponencias en eventos científicos y la publicación de artículos en revistas especializadas. Deben realizarse además las siguientes actividades: someter la estrategia a la valoración del Consejo Científico del Policlínico "Belkis Sotomayor" de Ciego de Ávila, reelaborarla teniendo en cuenta las recomendaciones emanadas de Consejo Científico del propio policlínico y someterla a la

aprobación del Consejo Científico Provincial. Posteriormente se deberá reelaborar la estrategia, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Científico Provincial y capacitar a los médicos, personal paramédico y representantes de la comunidad que participan en las acciones.

La práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia constituye el eje integrador de los tres subprocesos y la vía para la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño para desarrollar la cultura de defensa de sus derechos.

Como resultado de la valoración de la pertinencia científico-metodológica de la estrategia los expertos emitieron sus criterios:

- Existe correspondencia entre las categorías del modelo y de la estrategia. La estrategia propuesta permite desarrollar la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, en correspondencia con la lógica concebida en el modelo. La estrategia constituye un instrumento pertinente para el logro de los objetivos propuestos. Es una herramienta novedosa. Plantea desde otra perspectiva el tratamiento del maltrato infantil en la familia.
- Recoge los cuatro niveles esenciales para garantizar la sistematización del proceso, teniendo en cuenta las premisas y requisitos de la promoción, los elementos de la planificación y el marco normativo internacional y nacional. Trabaja con objetivos estratégicos y lleva todo el proceso hasta el final describiendo la evaluación, teniendo en cuenta los indicadores de resultado, proceso e impacto.
- La estrategia constituye un aporte práctico pertinente pues incluye un sistema de acciones que permiten abordar el proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia de manera integral. Implica a los profesionales de la salud, la familia, los miembros de la comunidad. Facilita el desarrollo de comportamientos responsables en los implicados. Sitúa a la familia en el propio proceso de habilitación para su función en el enfrentamiento al maltrato infantil. Asume el doble rol de generar el cambio y preparar a las generaciones que le continúen, a partir de aprender a hacer.
- Las categorías de la estrategia permiten estructurar la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil de manera consciente, intencional, previsor y planificada, mediante una secuencia de actividades. Se complementan e integran en un todo que posibilita el tratamiento desde disímiles aristas. Son pertinentes y abarcan las esferas a tratar del maltrato infantil.
- El plan de acción estratégico, estructurado por subprocesos, recoge los diferentes actores y su papel en la sistematización de un aprendizaje. Busca la protección de la salud desde sus propios beneficiarios, con su participación activa en la transformación de su comportamiento. Permite ir alcanzando los diferentes niveles en la sistematización de la asertividad en las relaciones del niño en la familia, que es el eje del proceso de promoción para desarrollar la cultura de protección de los derechos del niño.
- A partir de que existen múltiples formas de elaborar una estrategia y de que se propone un modelo teórico novedoso, las recomendaciones metodológicas para su aplicación resultan una guía para su comprensión y ejecución efectiva. Además, son claras y precisas y permiten que los médicos de la familia la implementen en sus consultorios.
- Es pertinente el hecho de que se evalúa la aplicación de la estrategia desde el inicio hasta el final y propicia momentos para su reajuste, si es necesario. Es un sistema de evaluación dinámico, diferenciado e integrativo, que no solo permite evaluar los resultados finales, sino que sirve como elemento regulador de la propia estrategia en todos los procesos dentro de su funcionamiento. Permite evaluar los procesos y los resultados del proceso de promoción de salud.
- La estrategia incluye acciones que involucran directamente a los miembros de las familias (niños y adultos) y de la comunidad, que deben posibilitar su habilitación para identificar la presencia del maltrato infantil, actuar para prevenirla y enfrentarla si esta se presenta. Asumir la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, permite

tomar como centro fundamental en el proceso de transformación de la conducta humana, la educación de valores morales trascendentales y garantiza el proceso de cambio familiar de una generación a otra, en una cultura de paz.

- La estrategia representa una alternativa para que el médico de la familia pueda integrar, con participación social y comunitaria, acciones que contribuyan a la creación de una cultura de protección de los derechos del niño.
- La factibilidad de la implementación de la estrategia para la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia en la práctica, se da como resultado que parte de los propios recursos y actores sociales de la comunidad y la familia que potencian la autorresponsabilidad y el autocuidado de la salud. En lo que involucra a la intersectorialidad, la estrategia no demanda de grandes recursos económicos y financieros, sino de la utilización eficiente de lo instituido en cuanto a capacitación y prevención social. La estrategia establece el uso de los recursos humanos, materiales y financieros en correspondencia con la jerarquización de prioridades que le da el diagnóstico. Con una capacitación adecuada, los médicos de la familia pueden implementar esta estrategia, contextualizando las acciones, en dependencia de los resultados que obtengan en el diagnóstico.

En la valoración dada por los expertos todos los ítems fueron evaluados de "muy adecuado". La confiabilidad de la consistencia interna del instrumento fue adecuada, de acuerdo con el valor del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach ( $\alpha=0,970$ ) y la concordancia de los expertos fue altamente significativa ( $W$  de Kendall =0,673,  $\chi^2=108,987$ ,  $p=0,000$ ).

Para la corroboración práctica de la estrategia se realizaron tres tipos de evaluación: proceso, resultado e impacto.

### **Indicadores de proceso**

#### Actividades de capacitación desarrolladas:

- Intervenciones en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo: siete con 203 participantes, con el objetivo de concientizar sobre la presencia del maltrato infantil como problema de salud.
- Matutinos especiales: 34 con el objetivo de sensibilizar sobre la detección y prevención del maltrato infantil.
- Talleres sobre maltrato infantil: 25. Dirigidos a los promotores de salud de los consultorios médicos de familia en estudio con el objetivo de capacitar al personal sobre el manejo adecuado de los factores de riesgo en las comunidades.
- Cursos a médicos y enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y especialistas interconsultantes: 16 impartidos con el objetivo de capacitar sobre el manejo adecuado de los factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.
- Matutinos especiales de 10 minutos de duración en las escuelas y el círculo infantil: 17 con la participación de padres o tutores de los niños para concientizar a las familias en estudio sobre la presencia y el riesgo del maltrato infantil como problema de salud.
- Intervenciones en reuniones de las estructuras de base de las organizaciones de masas sobre maltrato infantil, estilos de educación y derechos de los niños: 31 para lograr la sensibilización de los líderes y representantes de las instituciones.
- Talleres con líderes de la comunidad: 24 con el objetivo de lograr que se apropiaran de los contenidos de los temas y asumieran una postura de identificación y enfrentamiento crítico.

#### Materiales de promoción elaborados para la capacitación:

- Manual de orientación sobre maltrato infantil para el primer nivel de atención a la salud: con el objetivo de preparar a los profesionales de la salud en los contenidos científicos y tendencias actuales del maltrato infantil en la familia para unificar criterios, conductas y modos de actuación en su identificación, diagnóstico y tratamiento. Es una guía que incluye términos y definiciones, conceptualización y clasificación de los distintos tipos de maltrato, sus síntomas y signos más importantes al examen físico, los factores, causas y determinantes que

lo originan, la frecuencia, intensidad y otras características. También contiene orientaciones a seguir en el tratamiento, características del agresor, consideraciones en el actuar del médico y enfermera en el consultorio del médico de la familia, la consulta especializada de pediatría, y la promoción y prevención. Todos estos contenidos están orientados a alcanzar mejor calidad en la actuación frente al maltrato infantil.

- Los médicos y enfermeras de los seis consultorios se entrenaron en el puesto de trabajo en el uso del manual de orientación sobre maltrato infantil para el primer nivel de atención a la salud. Se realizaron 96 actividades.
- Se elaboraron materiales educativos sobre los derechos del niño, que fueron situados en todos los consultorios incluidos en el estudio y en el Policlínico "Belkis Sotomayor".
- Se realizaron 17 actividades científicas (fóruns y eventos) en las cuales se presentaron soluciones y resultados investigativos sobre el maltrato infantil como problema de salud.

Se creó una consulta especializada de Pediatría con el objetivo de realizar la evaluación, diagnóstico y tratamiento a las familias proclives al maltrato infantil, fortalecer el servicio de consejería familiar para no violencia, identificar y declarar el grado de sensibilidad de la familia con relación al niño, orientar a las familias y empoderar al resto de los integrantes de la familia con respecto al maltrato infantil. Se realizaron 89 consultas en total.

### **Indicadores de resultados**

#### Subproceso de promoción de salud en los profesionales del sector:

Número de profesionales de la salud capacitados: 56 profesionales de la salud, de ellos 21 médicos y enfermeras de los consultorios, 24 integrantes del Grupo Básico de Trabajo y 11 representantes de la dirección del policlínico.

Satisfacción de los profesionales de la salud con las actividades de capacitación: la encuesta aplicada a los profesionales de la salud mostró: 87,5 % de nivel de satisfacción respecto a la calidad y novedad de las actividades; 76,8 % para sus expectativas; 96,4 % de utilidad para su vida personal; 60,7 % de beneficio de la participación; 80,4 % vinculan los contenidos con la educación de sus hijos y 100 % apoyaron difundir la capacitación como un proyecto de atención a la infancia.

Satisfacción de los profesionales de la salud con los materiales de promoción elaborados: 100 % de los profesionales encuestados manifestaron encontrar novedad y actualidad en los contenidos, 100 % de los participantes refirieron como muy adecuados los objetivos y que se corresponden con las necesidades de superación, 94,6 % encontraron muy adecuada la utilidad del contenido para el desempeño asistencial y 91,1 % de los profesionales de la salud encontraron bastante adecuada la aplicabilidad de los contenidos recibidos en el desempeño asistencial.

Los profesionales notaron cambios en su desempeño en la práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia en los siguientes aspectos:

- Identificación de los casos de maltrato infantil en la familia que se diagnostican en el consultorio: se identificaron 67 casos de maltrato infantil, de ellos 34 (8,3 %) por negligencia y abandono, 23 (5,6%) por maltrato psicológico y 10 (2,4%) por maltrato físico.
- Evaluación de los casos de maltrato infantil en la familia (solución en el consultorio, interconsulta, remisión a instituciones dentro o fuera del sector): de los 67 niños identificados en la consulta especializada de pediatría, se evaluaron, orientaron y siguieron 44 pertenecientes a 38 familias. El resto de los casos fueron seguidos en la visita de terreno por el médico y la enfermera de la familia, y el pediatra. Se establecieron sesiones de trabajo con los niños identificados, en conjunto con sus tutores o padres, en la consulta especializada de pediatría. Se interconsultaron 44 casos, de ellos 19 niños padecían de maltrato infantil por negligencia y abandono, 17 maltrato infantil de tipo psicológico y se siguieron ocho casos de maltrato físico. Se encontraron lesiones en diferentes estadios, como hematomas relacionados con golpes por cintos, zapatos y tirones de orejas.
- Identificación de las familias con riesgo de maltrato infantil en los consultorios: en el estudio

se seleccionaron 385 familias, de ellas en 311 se encontró algún factor de riesgo y en 53 se identificó la existencia de maltrato infantil.

- Evaluación de la atención a las familias con riesgo de maltrato infantil: en los consultorios médicos de familia se identificaron 53 familias con algún tipo de maltrato infantil. De ellas 38 se atendieron en la consulta especializada. El resto se negó a ser atendida de forma personalizada en la consulta; no obstante, fueron atendidas y seguidas en el policlínico. En la consulta especializada se interconsultaron con la psicóloga 44 casos de las 38 familias, igualmente todas fueron reportadas al responsable del Programa de Atención Materno Infantil y se les dio seguimiento en el policlínico. Fueron remitidos al Centro de Diagnóstico y Orientación (CDO) 15 casos, de 13 familias, y 25 familias fueron atendidas por el trabajador social.

#### Subproceso de promoción de salud en la familia frente al maltrato infantil en la familia:

Se realizaron 23 actividades utilizando la técnica de la dinámica grupal familiar. Como resultado, los integrantes de las familias reconocieron el maltrato infantil como problema de salud, encontraron posibles soluciones mediante el conocimiento de los derechos de los niños y la comunicación asertiva como método indispensable para la educación del niño.

La escuela de padres se impartió en las instituciones educativas y círculos infantiles pertenecientes al área de estudio, lo cual permitió promover actitudes, valores, habilidades personales y sociales sanas en los niños y sus familiares. Se realizaron 24 actividades con seis sesiones anuales de 30 minutos en cada escuela, en el horario de la tarde a propuesta de los padres. Se hizo una encuesta inicial y otra después de las sesiones para determinar el nivel de conocimientos sobre los temas tratados. El equipo docente estuvo formado por un médico de familia, el pediatra y el psicólogo del Grupo Básico de Trabajo.

Se aplicó el grupo focal como técnica cualitativa y se realizaron 12 actividades con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos sobre el maltrato infantil, los estilos de educación, y los derechos de los niños; además de identificar si existían manifestaciones de violencia infantil en el hogar. La evaluación del grupo focal se analizó en dos etapas, antes y después de la estrategia. En la primera etapa las principales coincidencias estuvieron en el desconocimiento de algunas formas de maltrato infantil y en la existencia de conflictos y su agudización a partir de algunos factores desencadenantes en el hogar, entre ellas el poco respaldo económico por parte de alguna figura parental, madres solteras o adolescentes, niños con hiperquinesia, falta de concentración y presencia de más de un hijo en el hogar.

Los padres en estas actividades relacionaron el término violencia con el maltrato físico, manifestaron sentimientos de vergüenza ante estos actos y al justificar los métodos disciplinarios utilizados se refirieron al antecedente de maltrato en su niñez. En los familiares existe poco conocimiento sobre los derechos de los niños y la educación asertiva como prevención del maltrato infantil. En una segunda etapa los integrantes del grupo focal fueron más espontáneos, abiertos y expresaron con mayor seguridad y claridad sus conocimientos sobre los diferentes estilos de educación, maltrato infantil y los derechos de los niños. Los familiares se refirieron a la importancia del rol de los padres en el desarrollo de las responsabilidades en el hogar. Las acciones desarrolladas les permitieron crear habilidades comunicativas con regulación de la comunicación no verbal. Las habilidades asertivas estuvieron condicionadas, al principio por los patrones sociales de padres e hijos. Con las sesiones del grupo focal se desarrolló la habilidad de escuchar y respetar las opiniones de los demás.

Satisfacción de las familias con las actividades programadas: del total de familias participantes, 68,3% se mostraron satisfechas con la calidad y novedad de las actividades realizadas; 51,4% se consideraron satisfechas con el nivel de expectativas previsto y 54,8% refirieron satisfacción con la utilidad de las actividades para su vida personal y para las relaciones interpersonales y filiales. Después de participar en la estrategia, 70,9% de las familias se consideraron satisfechas con el conocimiento adquirido para mejorar la forma de educar y criar a los hijos, y 64,4% consideró que la estrategia debía ser aplicada a otras comunidades.

En cuanto a los estilos de educación relacionados con el niño en la familia, después de aplicada la

estrategia, se apreciaron cambios significativos en los estilos de educación con relación al diagnóstico inicial. En ambas evaluaciones predominaron los estilos permisivo-agresivo, pero se apreció un ligero incremento (19,2 % a 23,9 %) de las familias caracterizadas por el estilo asertivo. Las familias con estilos agresivos disminuyeron (6,5 % a 3,1 %); lo que se considera significativo de acuerdo con los resultados de la prueba de homogeneidad marginal (figura 2).

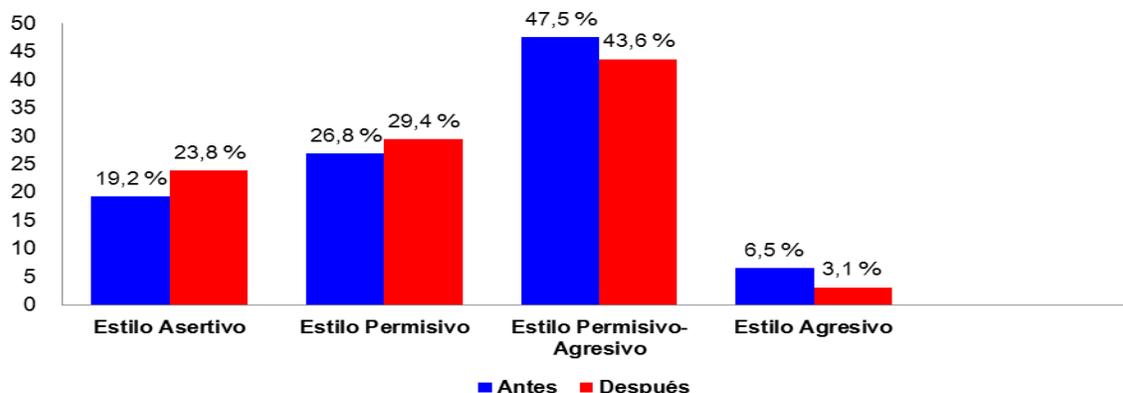


Figura 2. Estilos de educación antes y después de implementada la estrategia.  
Z=7,681; p=0,000.

Respecto del funcionamiento familiar se produjo un incremento del porcentaje de familias funcionales (19,2 % a 23,9 %) y una disminución de las gravemente disfuncionales a 3,1 %, significativo de acuerdo con los resultados de la prueba de los rangos de Wilcoxon (figura 3).

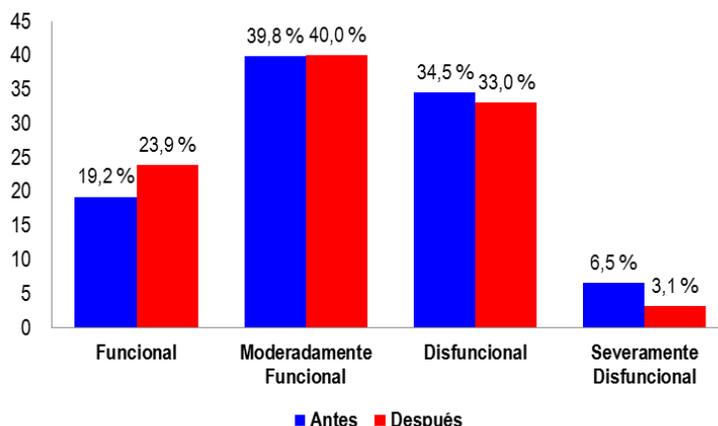


Figura 3. Funcionamiento familiar antes y después de implementada la estrategia.  
Z=7,071; p=0,000

Los procesos o dimensiones del funcionamiento familiar mostraron un incremento en el porcentaje de cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad; significativos de acuerdo a los resultados de la prueba de los rangos de Wilcoxon (Anexo 5).

Subproceso de promoción de salud en la comunidad frente al maltrato infantil en la familia:

Se capacitaron los representantes de las organizaciones de masas e instituciones los cuales estuvieron representados por cuatro del Instituto Nacional de Deportes y Recreación, cinco del Ministerio de Cultura, nueve del Ministerio de Educación, tres del Ministerio del Interior, cinco de los Comités de Defensa de la Revolución, seis de la Federación de Mujeres Cubanas, un delegado de circunscripción y 24 líderes formales e informales, para un total de 57 participantes.

De los 57 representantes que concluyeron el estudio, 77,1 % manifestaron satisfacción con la calidad y novedad de las actividades, 64,9 % refirieron haber cubierto sus expectativas, 61,4 % manifestaron que resultó de utilidad para su vida personal, 70,1 % lo encontró útil para mejorar la forma de crianza de los hijos, y 56,1 % plantearon que la estrategia debía ser difundida y aplicada a otras comunidades.

Se realizaron actividades y emitieron mensajes educativos por los medios de comunicación masiva:

- Se realizaron 13 actividades con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública local y nacional sobre el alcance y consecuencias del maltrato infantil como problema de salud.
- Se efectuaron ocho programas radiales de corte educativo destinados a las familias, los educadores y la comunidad, con el objetivo de realizar acciones de educación popular y comunicación social.
- Se realizaron seis comparecencias en programas de televisión para profundizar en el conocimiento del maltrato infantil.
- Se transmitieron diez mensajes por la prensa, radio y televisión respecto a los derechos de los niños, a los estilos de educación, la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil.

Se efectuaron visitas del grupo de redes sociales de apoyo para promover la autogestión de la comunidad en la identificación y solución de problemas relacionados con el maltrato infantil. Estas no estaban planificadas porque su realización dependía de la identificación de casos y de su magnitud. Sin embargo, fue necesario realizar un total de 33 actividades.

Como resultado de ello se apreciaron cambios en el desarrollo de la cultura de la comunidad para la defensa de los derechos de los niños en los siguientes aspectos:

#### Incorporación de la comunidad en el activismo por los derechos de los niños:

- Se realizaron 33 actividades lúdicas con los niños para reforzar la autoestima, fomentar las relaciones interpersonales basadas en la aceptación, aprender las diferentes formas de comunicación y los derechos de los niños. Durante las actividades lúdicas se observó que los niños se interrelacionaban unos con otros, aunque no se conocieran con antelación, se encontraban desinhibidos y mostraban interés por desarrollar los roles. Además, a través del juego se introdujeron mensajes de salud para mejorar los estilos de vida.
- Se organizaron círculos de interés con los niños en las escuelas del consejo popular para desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas para prevenir el maltrato infantil y adquirir habilidades para hacer valer sus derechos.
- Se efectuaron festivales recreativos y educativos en la comunidad, donde participaron representantes de las organizaciones de masas y de la administración central del Estado, líderes y personalidades de la comunidad, con el objetivo de propiciar una cultura de diálogo y paz. Se realizaron 156 actividades.
- Se creó el cubículo "Casa de muñecas" en el "Proyecto debajo de los Elevados", para empoderar a niños y familiares de la comunidad en la prevención del maltrato infantil mediante juegos de participación, y propiciar una variedad de experiencias educativas en salud e interacciones que contribuyan al crecimiento personal.

El grupo de redes sociales de apoyo atendió a las 53 familias de riesgo. De ellas, se realizó un seguimiento sistemático a 38 familias en conjunto con el médico y la enfermera de la familia, la trabajadora social, el psicólogo, el grupo de redes sociales de apoyo y el interconsultante de pediatría del policlínico.

#### **Indicadores de impacto**

##### Reducción de la morbimortalidad por maltrato infantil en la familia:

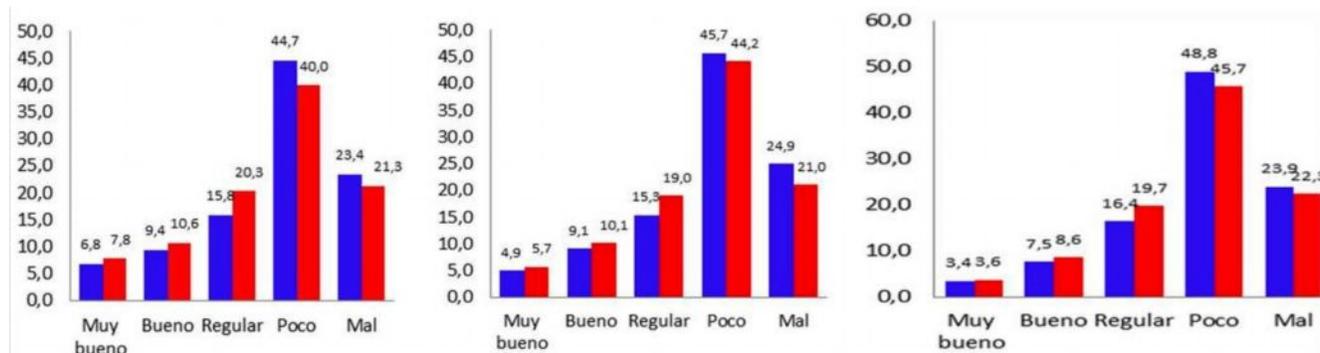
Antes de la implementación de la estrategia no existían casos identificados de maltrato infantil. Después de implementada la estrategia se detectaron 67 casos, con predominio de la negligencia y el abandono, seguidos del maltrato psicológico. Con el seguimiento de las familias afectadas de maltrato infantil se obtuvieron resultados positivos y moderados en más de 70 % de los casos identificados para todos los tipos de maltrato en los casos seguidos en la consulta especializada; en el resto no hubo cooperación de parte de los familiares.

##### Reducción de las familias con riesgo de maltrato infantil:

De las 385 familias que concluyeron el estudio, 311 se consideraron de riesgo. Después de aplicada la estrategia este indicador disminuyó a 53 familias con algunos riesgos,

fundamentalmente debido a la mejoría del funcionamiento familiar y las relaciones interpersonales.

Los niveles de conocimiento, actitud y práctica sobre el maltrato infantil, estilos de educación y derechos de los niños en las familias mejoraron con relación al estado inicial: 7,8%, 5,7% y 3,6% en el nivel muy bueno. Los resultados son significativos de acuerdo a la prueba de los rangos de Wilcoxon (figura 4).



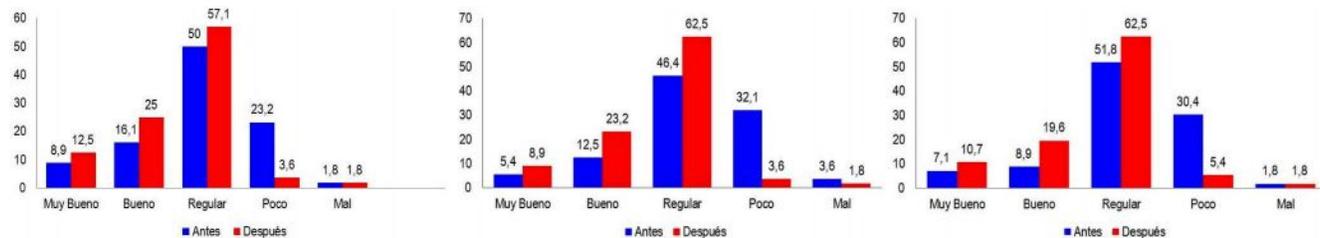
Z=-6,856; p=0,000

Z=-6,782; p=0,000

Z=-5,477; p=0,000

Figura 4. Conocimiento, actitud y práctica sobre maltrato infantil, estilos de educación y derechos de los niños en la familia antes y después de aplicada la estrategia.

Para los representantes de la salud, con relación al conocimiento, actitud y práctica, antes y después de la estrategia, se evidenció un aumento en el nivel muy bueno: 12,5%; 8,9% y 10,7%, respectivamente. Los resultados de la prueba de los rangos de Wilcoxon muestran las diferencias significativas (figura 5).



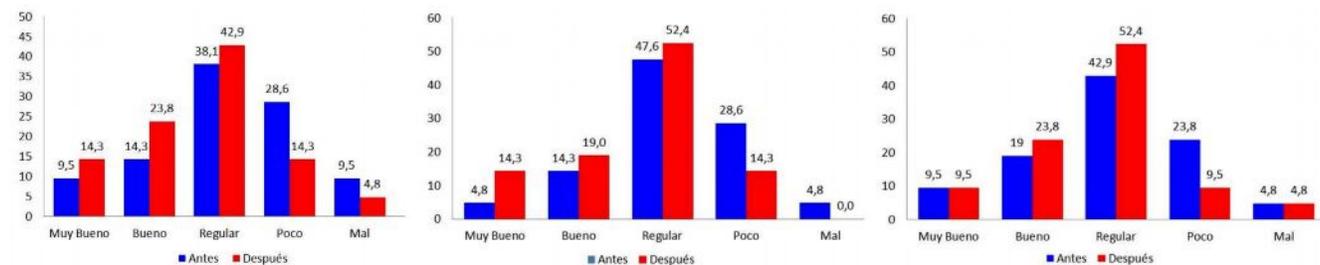
Z=-4,472; p=0,000

Z=-5,292; p=0,000

Z=-4,899; p=0,000

Figura 5. Conocimiento, actitud y práctica sobre maltrato infantil, estilos de educación y derechos de los niños en los profesionales de la salud antes y después de aplicada la estrategia.

En los representantes de las instituciones el conocimiento, actitud y práctica, antes y después de la estrategia, aumentó a muy bueno: 14,3%, 14,3% y 9,5%, respectivamente. Los resultados de la prueba de los rangos de Wilcoxon muestran las diferencias significativas (figura 6).



Z=-2,828, p=0,000

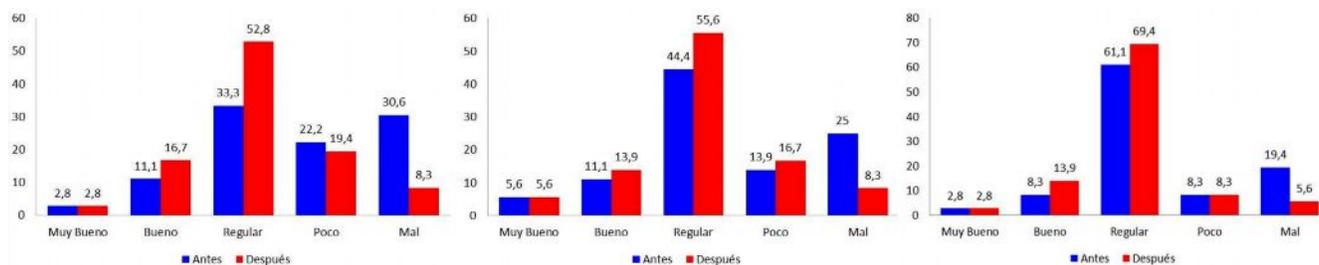
Z=-3,000, p=0,000

Z=-2,236, p=0,000

Figura 6. Conocimiento, actitud y práctica sobre maltrato infantil, estilos de educación y derechos de los niños en los representantes institucionales antes y después de la estrategia.

El nivel de conocimiento, actitud y práctica de los representantes de las organizaciones de masas, después de aplicada la estrategia aumentaron en el nivel bueno y regular, y disminuyeron en el

nivel mal con respecto a antes de su aplicación, las diferencias significativas lo muestran los resultados de la prueba de los rangos de Wilcoxon (figura 7).



Z=-2,236, p=0,025

Z=-3,464, p=0,001

Z=-2,972, p=0,003

Figura 7. Conocimiento, actitud y práctica sobre maltrato infantil, estilos de educación y derechos de los niños en los representantes de las organizaciones de masas antes y después de la estrategia.

**DISCUSIÓN**

La estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia es la proyección de la transformación de este proceso en la familia, que, partiendo del diagnóstico, se propone sistematizar la asertividad en las relaciones con el niño, con el fin de desarrollar la cultura para la defensa de sus derechos. Está integrada por un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazos, estructuradas por subprocesos y niveles de sistematización, que se implementan en la práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia. La estrategia incluye recomendaciones metodológicas para su implementación y un sistema de evaluación del impacto.

La estrategia se centra en la familia como una de las tres unidades de atención integral del médico de familia y de otros profesionales que interactúan en el primer nivel de atención de salud. Desde donde, según Campoalegre y cols.,<sup>(39)</sup> se refuerza el desafío de empoderar a esta célula fundamental de la sociedad, en aras de estimular el cumplimiento de sus múltiples funciones, con la responsabilidad primordial puesta en el desarrollo, educación y socialización de los niños. Esto parte de que la familia es la que le proporciona a cada uno de sus miembros los cuidados y donde se generan también espacios de solidaridad intergeneracional y cohesión social.

La estrategia busca la participación de los niños, las familias y los actores sociales de la comunidad en la identificación de los factores de riesgo y las determinantes sociales de la salud relacionadas con el maltrato infantil. A partir de ello, es posible modificar conductas, actitudes y comportamientos, seleccionar mejores alternativas para resolver los problemas, cambiar o adaptarse al medio, impulsar los factores protectores de la salud, ejercer mayor control sobre los factores determinantes y lograr el bienestar integral de los niños.

En Latinoamérica existen insuficientes publicaciones que aborden estudios de intervenciones de prevención y promoción de salud frente al maltrato infantil. No obstante, entre las investigaciones encontradas está el estudio multicéntrico de Gómez y cols.<sup>(40)</sup> en Chile, quienes implementaron un programa de intervención breve para la prevención focalizada, y el de Sanabria<sup>(41)</sup> con un plan de acción basado en manuales, cuestionarios y lecturas de autoayuda, así como talleres y conversatorios.

En un estudio realizado por Loredó y cols.,<sup>(42)</sup> donde se consideró al maltrato infantil como un problema médico, social y legal, se desarrolló una estrategia de atención integral, interinstitucional e internacional en un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel de atención. Por su parte, Gutiérrez<sup>(43)</sup> implementó una estrategia compuesta por cuatro encuentros grupales e individuales de formación y actividades lúdicas, a través de guías orientadoras.

En Cuba también se han realizado múltiples estudios. La investigación de Pineda y cols.<sup>(44)</sup> consistió en la ejecución de una intervención educativa aplicada a un grupo de padres, posibilitando un aumento del nivel de conocimientos sobre el maltrato infantil y el cuidado de los niños con algún tipo de discapacidad. Los resultados de esta investigación fueron extendidos a la

educación especial con buenos resultados.<sup>(45)</sup> Veloso y cols.<sup>(46)</sup> realizaron una intervención educativa en adolescentes para modificar algunos conocimientos sobre maltrato infantil intrafamiliar.

La estrategia propuesta se diferencia de las investigaciones antes referidas porque representa una alternativa para que el médico de familia pueda integrar, con participación social y comunitaria, acciones que contribuyan a la creación de una cultura de protección de los derechos del niño. La estrategia puede implementarse contextualizando las acciones en dependencia de los resultados que se obtengan en el diagnóstico, con los propios recursos y actores sociales de la comunidad.

La estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia se aplicó mediante un estudio local monocéntrico que puede generalizarse en cada policlínico por ser flexible, dinámico, operativo y dialéctico. Se aborda toda la edad pediátrica y variantes tipológicas del maltrato en la edad pediátrica, pero quedó limitada solo al ámbito intrafamiliar. Sin embargo, su alcance puede ampliarse hacia otros escenarios fuera de este.

## CONCLUSIONES

La estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia tiene como objetivo promover la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación social del niño, a fin de desarrollar la cultura para la defensa de sus derechos. Su plan de acción se estructura mediante los subprocesos de superación de los profesionales de la salud, la promoción de la salud en la familia y en la comunidad, integradas mediante la práctica habilitadora. La técnica de consenso Delphi permitió constatar su pertinencia científico metodológica. Su aplicación en el Policlínico "Belkis Sotomayor" posibilitó corroborar su eficacia para elevar los niveles de conocimientos, la actitud y la práctica sobre el maltrato infantil, estilos de educación y derechos del niño, de las familias, los profesionales de la salud y los representantes de las instituciones y organizaciones de masas, así como la identificación y seguimiento a los casos y el funcionamiento familiar. Por lo tanto, contribuyó a disminuir las insuficiencias en la atención al maltrato infantil en la familia como daño a la salud.

El aporte de la investigación radica en su contribución a desarrollar la cultura en los niños, las familias y los demás implicados con relación a la protección de los derechos infantiles. Ello permite prevenir el maltrato y, en caso de que se produzca, identificarlo, denunciarlo y atenderlo. Se propone una vía novedosa para desarrollar la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia. Mediante la participación en la práctica habilitadora de promoción de salud los sujetos sistematizan la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, con el fin de desarrollar la cultura para la defensa de sus derechos. De forma complementaria se elaboró e implementó un manual de orientación, y se creó una consulta de pediatría en el primer nivel de atención a la salud, con una concepción integradora.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud pública Méx [Internet]. Oct 1999 [citado 21 Ene 2013];41(5):420-5. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n5/41n5a11.pdf>
2. Díaz Tenorio M, Durán Gondar A, Chávez Negrín E, Valdés Jiménez Y, Gazmuri Núñez P, Padrón Durán S. Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización y recomendaciones a la política social [Internet]. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2006 [citado 21 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.cips.cu/wp-content/uploads/2013/02/3-Familia.pdf>
3. Montero Hechavarría E, Delis Tabares MT, Ramírez Pérez R, Milán Vázquez AL, Cárdenas Callol R. Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 5 Abr 2016];15(4):515. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n4/san16411.pdf>
4. Acosta Tieves N. Maltrato Infantil. Prevención. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

5. Flores Tapia KG, Pañol León SJ. Violencia intrafamiliar y su relación con la adaptación del niño con sus padres [Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2011 [citado 22 Ene 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2218/1/tps719.pdf>
6. Suárez Jiménez J, Márquez AM. Los Proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública [Internet]. Ciudad de la Habana: OPS-OMS; 1995 [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=63-serie-desarrollo-pwr-1995-td-no-19&category\\_slug=sd-pwr&Itemid=226](http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&alias=63-serie-desarrollo-pwr-1995-td-no-19&category_slug=sd-pwr&Itemid=226)
7. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia Promoc. Salud [Internet]. Jul 2010 [citado 6 Abr 2016];15(1):128-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en)
8. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OMS; 1996. p. 37-44.
9. Acuña González IM, Guevara Rivas H, Flores Sequera M. El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Sep 2014 [citado 1 Sep 2014];40(3):353-61. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n3/spu05314.pdf>
10. Gil Gómez de Liaño B, Pascual Ezama D. La metodología Delphi como técnica de estudio de la validez de contenido. Anales de psicología. 2012;28:1011-20.
11. Coronel Carbó J, Marzo Pérez N. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 4 Sep 2017];21(7):926-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n7/san18217.pdf>
12. Pedreira Masa JL. La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psico(pato)lógicos. Psiquiatría [Internet]. 2003 [citado 22 Ene 2015];7(4):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trastornos-infantiles-y-de-la-adolescencia/la-infancia-en-la-familia-con-violencia-factores-de-riesgo-y-contenidos-psico-pato-logicos/>
13. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado 7 Sep 2016];11(41):121-44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n41/8\\_previnfad.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n41/8_previnfad.pdf)
14. Díaz Huertas JA. Maltrato infantil: detección de casos y manejo desde Atención Primaria. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014 [Internet]. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 225-34. [citado 7 Sep 2016]. Disponible en: [http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-211-fichero/maltrato\\_iinfantil.pdf](http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-211-fichero/maltrato_iinfantil.pdf)
15. Humanium Association [Internet]. Versoix: ©Humanium [actualizado 10 Feb 2017; citado 17 Abr 2017]. Niños de Estados Unidos. Descubriendo los derechos infantiles en Estados Unidos [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://humanium.org/es/america/estados-unidos/>
16. Bolívar Arango LM, Convers Durán AM, Moreno Méndez JH. Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. Psychol Av Discip [internet]. 2014 [citado 7 Sep 2015];8(1):67-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297231283007.pdf>
17. Gramazio Soares L, Bastos Depaoli L, Lentsck MH, Gramazio Soares L, Birolim MM, Harumi Higarashi I. Violações por violência de direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Rev Rene [Internet] 2017 [citado 7 de Sep 2017];18(6):734-41. Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/31078/71669>
18. Ávalos Escobar EE, Bolaños Hernández EL. Relación entre maltrato emocional y las relaciones interpersonales en los estudiantes de tercer ciclo del Centro Escolar República de Costa Rica de la ciudad de San Salvador [Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2016 [citado 22 Ene 2017]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/12126/1/14102900.pdf>

19. Fuentes González HC, Matos Hernández EC, Cruz Baranda SS. El proceso de investigación científica desde un pensamiento dialéctico hermenéutico. Reto actual en la formación de doctores. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2004.
20. Alonso Gutiérrez GM, Martínez Gómez C, Peralta Benítez H, Ballbé Valdés A, García Pérez R, Giance Paz L. Modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 30 Ago 2018];24(2):62-77. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/931ómo>
21. Histodidáctica. [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; Joaquim Prats © Universitat de Barcelona 2012 [citado 23 Sep 2016]. Criterios de expertos. Su procesamiento a través del método Delphi; [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?opcion=content/&view=article&id=21:criterio-d-expertos-su-procedimiento-a-traves-del-metododelphi&catid=11:metodologia-y-epistemologia&lcemid=103>
22. Asamblea Nacional de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño; 1959 [Internet]. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas; 1959 [citado 17 Abr 2015]. Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33\\_d\\_DeclaracionDerechosNino.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf)
23. Unicef. Convención sobre los derechos del niño. [Internet]. España: Unicef Comité español; 2006 [citado 17 Abr 2015]. Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf)
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Básico de Intervención Contra el Maltrato Infantil en el ámbito familiar [Internet]. Madrid: Dirección General de Servicios para la familia y la Infancia; 2014 [citado 17 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Violencia%20de%20G%C3%A9nero/Protocolo%20B%C3%A1sico%20contra%20Maltrato%20Infantil%20en%20el%20%C3%81mbito%20Familiar.pdf>
25. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. Nueva York: ONU; 2007 [citado 9 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
26. Organización Internacional del Trabajo. Convenio No.182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación [Internet]. Ginebra: OIT; 2001 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: <https://accesoalajusticia.poderjudicial.go.cr/index.php/normativa-violencia-sexual/category/153-instrumentos-internacionales?download=974:convenio-sobre-prohibicion-peores-formas-trabajo-infantil>
27. Organización de las Naciones Unidas. 64/145. La niña [Internet]. Ginebra: ONU; 2010 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/un/64/a-res-64-145\\_S.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/mainsite/policy_and_research/un/64/a-res-64-145_S.pdf)
28. Organización de las Naciones Unidas. Observación General No.13 (2011). El derecho de los niños a la protección de todas las formas de violencia [Internet]. Ginebra: ONU; 2011 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: <http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=zoisAB9Xpeo%3D&tabid=1290>
29. Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Observación general No.14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial [Internet]. Ginebra: ONU; 2013 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.cl/web/informes/derechos\\_nino/14.pdf](http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/14.pdf)
30. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Constitución de la República de Cuba [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1976 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en:

[https://www.gacetaoficial.gob.cu/CONSTITUCION%20DE%20LA%20REPUBLICA\(ultima%20version\).zip](https://www.gacetaoficial.gob.cu/CONSTITUCION%20DE%20LA%20REPUBLICA(ultima%20version).zip)

31. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Código de la Niñez y la Juventud. Ley 16/78 [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1978 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: <http://juriscuba.com/wp-content/uploads/2016/07/Ley-No.-016-C%C3%B3digo-de-la-Ni%C3%B1ez-y-la-Juventud.pdf>
32. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Decreto-Ley No.64 del sistema para la atención a menores con trastornos de conducta. [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1982 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/atencion\\_menores\\_trastornos\\_conducta.pdf](http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/atencion_menores_trastornos_conducta.pdf)
33. Consejo de Estado de la República (Cuba). Ley No.76 de 1984: crea la Red Nacional de Círculos Infantiles Mixtos y Hogares de Menores sin Amparo Familiar. La Habana: Consejo de Estado de la República de Cuba; 1984.
34. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Ley No.49 Código del trabajo [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1984 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley\\_49\\_codigo\\_trabajo\\_1984.pdf](http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_49_codigo_trabajo_1984.pdf)
35. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Ley No.51 Registro del Estado Civil [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1985 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley\\_51\\_registro\\_estado\\_civil\\_1985.pdf](http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_51_registro_estado_civil_1985.pdf)
36. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Ley No.62 Código Penal [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1987 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley\\_62\\_codigo\\_penal\\_1987.pdf](http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_62_codigo_penal_1987.pdf)
37. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Ley No.9. Modificación del Código de la Familia. [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1977 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley\\_9\\_modific\\_codigo\\_familia\\_civil\\_1977.pdf](http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_9_modific_codigo_familia_civil_1977.pdf)
38. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Ley No.41 Salud Pública [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia de la República de Cuba; 1983 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: [http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley\\_41\\_salud\\_publica\\_1983.pdf](http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_41_salud_publica_1983.pdf)
39. Campoalegre Septien R, Solares Pérez L, Chávez Negrín E, Manreza Paret Y, Samón Quiala M. Glosario de términos más empleados en el Grupo de Estudios sobre Familia del CIPS (1985-2014). Informe de Investigación [CD-ROM]. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2015.
40. Gómez E, Cifuentes B, Ross MI. Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. Univ. Psychol [Internet]. 2010 [citado 9 Sep 2016];9(3):823-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n3/v9n3a17.pdf>
41. Sanabria Merchán YM. Estrategias de intervención psicosocial como orientación de las niñas, niños y adolescentes del colegio militar Antonia Santos de la ciudad de Villavicencio para la construcción del proyecto de vida [Internet]. Sogamoso: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2013 [citado 13 Dic 2017]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2181/1/Informe.pdf>
42. Loredó Abdalá A, Trejo Hernández J, García Pina C, López Navarrete GE, Perea Martínez A, Gómez Jiménez M, et al. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2009 [citado 25 Sep 2015];66(3):283-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n3/v66n3a10.pdf>
43. Gutiérrez Núñez VA. Propuesta lúdica para prevenir el maltrato infantil en niños y niñas de 3 a

5 años. 11 meses del programa de desarrollo infantil en medio familiar – sector Buga Centro – modalidad de educación inicial asociación de hogares infantiles del VALLE-ASOHIVA [Internet]. Quindío: Universidad de Quindío; 2015 [citado 13 Ago 2017]. Disponible en: <https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/150/VelkyAndreaGutierrezNunez.pdf?sequence=2>

44. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco AM. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2011 [citado 15 Dic 2017];83(1):22-33. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v83n1/ped03111.pdf>
  45. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E. Intervención educativa sobre el maltrato infantil aplicada a trabajadoras de la educación especial. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [citado 15 Feb 2018];33(1):20-33. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n1/mgi03117.pdf>
  46. Veloso Mariño BM, Rodríguez Roca V, Mederos Ávila ME. Modificación de conocimientos en adolescentes sobre maltrato infantil intrafamiliar. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 12 Ene 2013];14(8):1091-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n8/san07810.pdf>
- 

**Recibido:** 7 de noviembre de 2017

**Aprobado:** 29 de agosto de 2018

MsC. Grisel María Alonso Gutiérrez  
Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez"  
Calle Chicho Valdés esquina Calle 5, Oeste. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65100  
Correo electrónico: [griselm@infomed.sld.cu](mailto:griselm@infomed.sld.cu)