

Modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil

Model of the dynamics of the process of health promotion against child abuse

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

RESUMEN

Introducción: el maltrato al niño como expresión de violencia intrafamiliar requiere para su abordaje de la promoción de salud y de su relación con los determinantes sociales.

Objetivo: valorar la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.

Método: se aplicaron los métodos: analítico-sintético, histórico-lógico y holístico-dialéctico. La consulta a 19 expertos se utilizó para la valoración de la pertinencia científico-metodológica del modelo teórico construido. El coeficiente α de Cronbach permitió cuantificar la confiabilidad de la consistencia interna del instrumento y el de Kendall, el grado de concordancia de los expertos.

Resultados: se reveló un sistema de relaciones dialécticas que transitó desde las configuraciones hasta el eje sistematizador de la dinámica. Las dimensiones: cultural y habilitadora contextualizada, emergieron desde las configuraciones identificadas. Lo cual condicionó sus eslabones y posibilitó revelar la regularidad esencial. La sistematización de la asertividad de las relaciones con el niño en la familia, constituyó el eje sistematizador. La consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0,971$) y la concordancia de los expertos, altamente significativa (W de Kendall = $0,714$, $\chi^2 = 102,794$, $p = 0.000$).

Conclusiones: se constató la pertinencia científico-metodológica del modelo construido desde una concepción integradora de la promoción de salud y las determinantes teniendo en cuenta la interacción familia - comunidad - sociedad, que permitió integrar la dimensión cultural, expresión de lo universal de la cultura sobre la protección de los derechos y lo particular de la práctica del maltrato infantil.

Palabras clave: FAMILIA, MALTRATO A LOS NIÑOS/prevención y control, NIÑOS.

ABSTRACT

Introduction: Child abuse as an expression of intrafamily violence requires for its approaching of the promotion of health and its relationship with social determinants.

Objective: to assess the scientific-methodological relevance of the model of the dynamics of the health promotion process against child abuse in the family.

Method: the methods were applied: analytical-synthetic, historical-logical and holistic-dialectical. The consultation of 19 experts was used to assess the scientific-methodological relevance of the theoretical model built. Cronbach's α coefficient allowed to quantify the reliability of the internal consistency of the instrument and Kendall's, the degree of agreement of the experts.

Results: a system of dialectical relations was revealed that went from the configurations to the systematizing axis of the dynamics. The dimensions: cultural and enabling contextualized, emerged from the identified configurations. Which conditioned its links and made it possible to reveal the essential regularity. The systematization of the assertiveness of the relations with the child in the family constituted the systematizing axis of the dynamics. The internal consistency was adequate ($\alpha = 0.971$) and the agreement of the experts, highly significant (Kendall $W = 0.714$, $\chi^2 = 102.794$, $p = 0.000$).

Conclusions: the scientific-methodological relevance of the model constructed from an integrating conception of the determinants of health was confirmed taking into account the family-

community-society interaction, which allowed to integrate the cultural dimension, expression of the universal of the culture on the protection of rights and the particular of the practice of child abuse.

Keywords: CHILD ABUSE/prevention & control, CHILD, FAMILY.

- I. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer y Segundo Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Policlínico "Belkys Sotomayor". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Primer y Segundo Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Titular. 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. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Superior. Licenciada en Química. Profesora Titular. Consultante. Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Médica. Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. 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

En la actualidad el conocimiento y sistematicidad de los avances científicos y tecnológicos no se corresponden con los altos índices de violencia que se dan en las relaciones sociales. La violencia es un daño a la salud que frecuentemente se oculta tras una apariencia de normalidad y puede presentarse en todas las instituciones sociales. Si se produce en la familia repercute de forma desfavorable en la formación del menor por ser el hogar la primera y principal escuela en la preparación de todos sus miembros.

En un contexto globalizador que genera continuos cambios, se transforman las relaciones familiares y de género en múltiples campos, se de/construyen tipos, configuraciones, patrones y estrategias familiares. Ello hace emerger la polémica acerca de la crisis de la familia, a escala mundial. Sin embargo, lo que está en crisis son los modelos tradicionales de familia asentados en la cultura patriarcal y su repercusión en las políticas públicas. Desde esta perspectiva es replanteado el mapa familiar cubano, caracterizado por la complejidad y diversidad crecientes.⁽¹⁾

Una de las expresiones más destructivas de la violencia en general y que provoca conflictos familiares severos, es el maltrato a los niños; al considerarse por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud⁽²⁾ y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁽³⁾ como una prioridad y un problema universal de salud. Estas instituciones consideran que la acción de los servicios de salud es fundamental para la prevención del maltrato infantil. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en otras políticas se reconoce a escala mundial y nacional la necesidad de un enfoque de los procesos de promoción de salud y su relación con los determinantes sociales para hacer frente a los riesgos. Todas las actividades que se planifiquen requieren de una acción facilitadora a escala nacional a través de organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales para lograr su efectividad.⁽⁴⁾ Para el logro de la disminución de la mortalidad infantil y mejorar la calidad de vida de los niños, se necesita de este enfoque. La integralidad de las políticas de la infancia debe ser un objetivo importante en este milenio, al considerar el maltrato infantil como problema de salud y social importante.⁽⁵⁾

En la actualidad, se considera esencial en la definición de violencia su comprensión como proceso basado en el desequilibrio de poder que reporta daños a víctimas, victimarios y a las familias en su conjunto, vistas como sistema relacional. Esta definición enfatiza no solo en el acto violento en sí, sino también en la omisión, discriminación, rechazo u otras formas que tienen un carácter intencional y que a diferencia de la violencia como fenómeno social se enmarca en el contexto de

las relaciones familiares. Se comprenden los diferentes daños que provoca no solo para las víctimas sino también para quien ejecuta la violencia, vulnerando los derechos humanos del otro(a). Tiene un carácter circular y genera desequilibrio en las relaciones de poder que se establecen.⁽¹⁾

La promoción de salud es una actividad del ámbito social y de la salud, y no un servicio médico curativo. La estrategia mundial de promoción de salud, lanzada en Ottawa en 1986, se refiere en esencia a un proceso de habilitar a las personas para que controlen más su salud y la mejoren. Esta estrategia reconoce especialmente el papel dominante de la influencia del ambiente en el comportamiento humano, ello relacionado con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y lesiones,⁽⁶⁾ pero para implementarse se requiere que los profesionales de la salud estén firmemente integrados a la voluntad política de cada país. Con la promoción de salud se aspira a empoderar a las personas y a las comunidades para que ellas se hagan cargo de su salud, aprendiendo a controlar los factores que inciden en ella. Al mismo tiempo permite ver los retos, no solo como problemas sino como una posibilidad de transformación.⁽⁷⁾

Cuba es signataria de la Convención Internacional de los Derechos del Niño,⁽⁸⁾ aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Lo anterior justifica, de conjunto con la intencionalidad histórica de su gobierno revolucionario, las importantes transformaciones y logros relacionados con esta temática en la educación, la salud y el marco legal que la refrenda. Esto implica que para afrontar cualquier acción necesaria ante el abuso infantil existe voluntad política para defender los derechos del niño, protegerlo y cuidarlo.

La Constitución de la República,⁽⁹⁾ aprobada en 1976, reconoce en la familia la célula fundamental de la sociedad y le atribuye responsabilidades y funciones esenciales en la educación y formación de las nuevas generaciones. El 28 de junio de 1978 se aprueba también como texto novedoso y garantía de los derechos de los niños y jóvenes, el Código de la Niñez y la Juventud,⁽¹⁰⁾ el cual norma la participación de los niños y jóvenes menores de treinta años en la construcción de la nueva sociedad y establece las obligaciones de las personas, organismos e instituciones que intervienen en su educación.^(2,11,12)

Los sistemas de salud actuales deben asumirse como sistemas sociales y culturales, al responder con las políticas públicas, determinantes sociales y la determinación social en la salud a la hora de rediseñar estrategias e intervenciones que busquen una mejor promoción, prevención de la enfermedad y participación social de la población en favor de la salud colectiva.⁽¹³⁾ No obstante, a las acciones desarrolladas desde el punto de vista 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 Belkys Sotomayor del municipio 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. Razón por la cual el objetivo del presente artículo consiste en valorar la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, a partir de su propuesta como parte del resultado de la investigación.

MÉTODO

Se trata de una investigación pedagógica de desarrollo realizada en el Policlínico Belkys Sotomayor del municipio Ciego de Ávila, en el período 2011-2016. Se aplicaron los siguientes métodos y técnicas de investigación:

- El método analítico-sintético para la fundamentación teórica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia y con ello, asumir las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico.

- El método histórico-lógico para la determinación de sus antecedentes históricos.
- El método holístico-dialéctico⁽¹⁴⁾ para la modelación de la dinámica del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.
- La consulta a expertos con la técnica de consenso Delphi,⁽¹⁵⁾ para la valoración de la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.

Para la consulta a expertos se seleccionaron primero los candidatos, tomando como criterios su alto nivel docente, asistencial o investigativo, avalados por la categoría docente de Profesor Asistente, Auxiliar o Titular, el título de Especialista de Segundo Grado cuando correspondían al sector 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 conocimiento profundo, avalado por las autovaloraciones sobre el dominio de la temática y las fuentes de argumentación. Para ello, se aplicó como instrumento un cuestionario estandarizado,⁽¹⁵⁾ enviado mediante el 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 poseían categorías docentes, nueve 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 α 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 del modelo.

RESULTADOS

Modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia

Al aplicar el método holístico-configuracional para modelar la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia (figura 1), se reveló un sistema de relaciones dialécticas que transitó desde las configuraciones hasta eje sistematizador de la dinámica. Las **configuraciones** identificadas fueron las siguientes: la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño, el desarrollo de la cultura para la defensa de los derechos de los niños, percepción del maltrato infantil, la apropiación del contenido de la educación asertiva del niño, la práctica habilitadora de promoción de salud, la proyección del proceso promoción de salud y la educación del niño.

La **sistematización asertiva en las relaciones con el niño en la familia**, es la categoría mediante la cual se expresa el proceso de construcción colectiva de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, que garantizan la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación social del niño. Constituye un proceso social intencional que se desarrolla a través de la reconstrucción de significados y sentidos entre los sujetos implicados, fundamentalmente mediante el método de sistematización de experiencias, el cual permite a los actores sociales descubrir e interpretar sus experiencias e identificar en ellas patrones conductuales positivos y negativos en la atención al niño, descubrir las causas del maltrato, los factores de riesgo y

protectores. A través de ella, se van alcanzando niveles superiores en la formación de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones para construir relaciones asertivas en la familia, que permitan prevenir el maltrato infantil. Se produce mediante el diálogo entre el investigador y los actores, y entre éstos donde prime un ambiente de confianza, respeto por las ideas y experiencias; lo cual implica una comunicación asertiva. Permite transformar estilos agresivos y permisivos, en sus relaciones con los niños y entre ellos, por un estilo asertivo que prevenga el maltrato, lo identifique y lo denuncie si este se produce.

El **desarrollo de la cultura para la defensa de los derechos del niño**, constituye la categoría mediante la cual se expresa la asimilación, utilización, revisión, interrogación y modificación de la herencia social sobre el tema. Es el fin de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia. Esta cultura se refiere al conjunto de informaciones, conocimientos, juicios, ideas, tradiciones, valoraciones, sentimientos, creencias, pensamientos, realizaciones, hábitos, costumbres, aptitudes, actitudes que la persona ha adquirido, relacionadas con el cuidado, protección y educación de los niños, asegurándoles un desarrollo sano. La intención de formar la cultura para la defensa de los derechos de los niños, no se limita a la familia, sino que incluye a los docentes de todas las educaciones, profesionales de la salud y el resto de los actores sociales.

La **percepción del maltrato infantil en la familia**, es la categoría que caracteriza el proceso cognitivo individual que se desarrolla en el plano subjetivo, a partir de la experiencia real vivida, donde intervienen otros factores como: creencias, actitudes, estereotipos en el contexto social y la motivación personal. Descansa en la información que el sujeto posee a partir de manifestaciones de violencia infantil en el contexto y procesa de forma inmediata, organizándose un juicio o valor que condiciona su comportamiento. Esta percepción es un proceso de mediación (o re significación) a partir de las creencias, valores, actitudes y opiniones existentes en cada comunidad, que opera atribuyéndole sentidos diferentes. La percepción determina el pensamiento y la acción que ha de adoptar el sujeto, condicionada por su cultura y su actuación frente al maltrato infantil en la familia.

La **apropiación del contenido de la educación asertiva del niño en la familia**, es la categoría mediante la cual se caracterizan las formas y recursos a través de los cuales los sujetos hacen suyos los contenidos sobre las relaciones asertivas entre los adultos y los niños en la familia, les dan un nuevo significado y sentido personal, a la par que los reconstruyen y enriquecen, a partir de su propia experiencia. Esta apropiación de los contenidos se desarrolla mediante actividades de educación para la salud que incluyen:

- Con los niños: actividades lúdicas, círculos de interés de los derechos del niño y festivales de educación y recreación en salud.
- Con la familia: grupos focales, dinámicas grupales familiares, escuela de padres.
- Con la comunidad: conferencias y talleres con líderes formales e informales, programas radiales, televisivos y foros.
- Con los miembros del Grupo Básico de Trabajo: curso de superación profesional y la preparación mediante un manual.
- Con los miembros del grupo de atención a menores: curso de capacitación.

La **práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia** es la categoría que caracteriza los quehaceres activos, reflexivos, participativos, transformadores y autotransformadores que realizan los niños, las familias, los líderes y miembros de la comunidad, sus instituciones y organizaciones y el Grupo Básico de Trabajo, orientados por el médico de la familia, para la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, con el fin de desarrollar la cultura comunitaria para la defensa de los derechos de los niños. La promoción de la salud debe asumir un enfoque holístico, transdisciplinario e intersectorial, que llegue a los niños, maltratados o no, a las familias, a los espectadores, las instituciones y

miembros de la comunidad. Es necesario romper la cultura de que el maltrato físico o emocional es un derecho de los padres, así como, la actitud pasiva de los maltratados y la permisiva de los testigos. Con los niños que son víctimas del maltrato, es necesario, por una parte, una acción protectora de sus derechos, mediante la interacción con los adultos de su núcleo familiar y por otra, una acción educativa a los niños para reafirmar su autoestima y asertividad, para que se protejan o denuncien cuando son maltratados.

La **proyección del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia**, es la categoría que se configura en la elaboración del plan de promoción para prevenir el maltrato y recuperar a las víctimas. Se estructura a partir del diagnóstico de las manifestaciones del maltrato en la comunidad, de los factores de riesgos y protectores, de los estilos de educación y relaciones con el niño en la familia y de los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, relacionados con este tema en la comunidad. El diagnóstico posibilita identificar los estilos de las relaciones en la familia para estructurar los programas de asesoramiento. También se determina la vulnerabilidad del niño, que es la condición de susceptibilidad debida a factores internos y externos, como resultado de una carencia de recursos físicos, psicológicos y sociales, lo cual los imposibilita para hacer frente a eventos de riesgo o peligro dentro del entorno familiar. El diagnóstico incluye las determinantes sociales del maltrato infantil en la familia y las acciones que desarrollan las instituciones y organizaciones de la comunidad y particularmente el Grupo Básico de Trabajo, liderado por el médico de la familia. La naturaleza proactiva de la proyección del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, radica en la intención de transformar la situación actual, de identificar el estado deseable en este ejercicio de educación en la familia para garantizar su prevención.

La **educación del niño en la familia** es la categoría mediante la cual se caracteriza el proceso consciente e intencional que realizan los adultos en la familia para la socialización y endoculturación de los niños, a través del cual se desarrollan sus capacidades físicas e intelectuales: conocimientos, habilidades, valores y valoraciones. Es el proceso de formación de su personalidad, de su preparación para la vida, para desenvolverse espontáneamente, libre de prejuicios con respeto a sí mismo y a los demás, respondiendo a sus necesidades e intereses.

A partir de las relaciones dialécticas entre las configuraciones antes identificadas, emergieron como cualidades de orden superior en la interpretación teórica del proceso las siguientes **dimensiones**, expresión de los movimientos del objeto de la realidad:

La **dimensión cultural de la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia**, constituye la expresión de las relaciones dialécticas entre la percepción del maltrato infantil en la familia y la apropiación del contenido de la educación asertiva, mediadas y sintetizadas en la sistematización del asertividad en las relaciones con el niño y el desarrollo de la cultura para la defensa de sus derechos.

La **dimensión habilitadora contextualizada de la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia**, constituye la expresión de las relaciones dialécticas entre la proyección del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia y la educación del niño, mediadas y sintetizadas en la sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia y la práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.

En la dinámica del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia existe una relación dialéctica entre la dimensión cultural y la dimensión práctica contextualizada de la promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia que condicionó sus **eslabones** como relaciones dialécticas de sucesión y con ello, niveles interpretativos de mayor nivel de esencialidad.

La sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia solo es posible a partir de la relación dialéctica del singular, expresado en la práctica de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, porque se da en el contexto específico de la comunidad y lo

universal de la cultura para la defensa de los derechos de los niños, que como fin se desarrolla, en la dinámica del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.

La modelación de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, posibilitó 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. Ello sustentará la elaboración, en un segundo momento, de la estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia como constructo práctico del modelo.

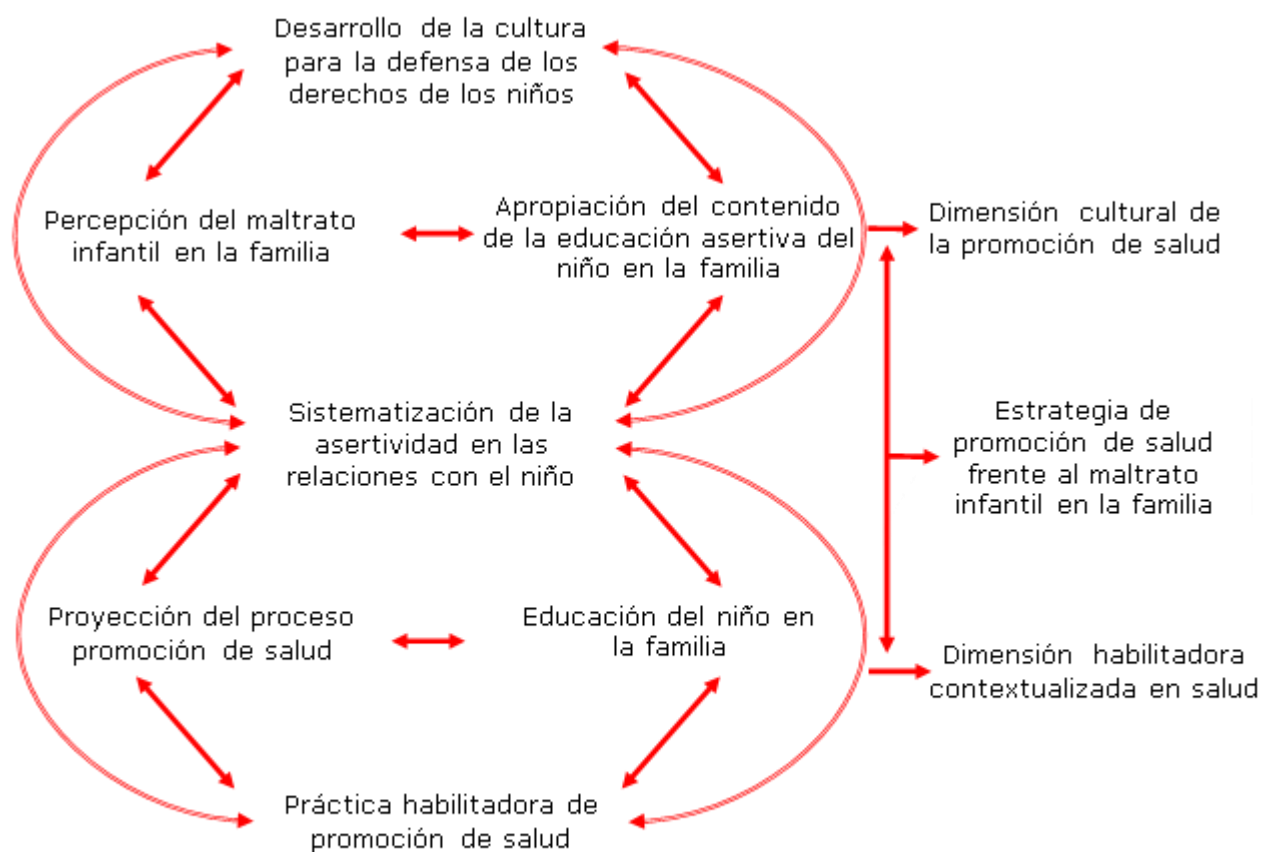


Figura 1. Modelo de la dinámica del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia.

Niveles de sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia.

La sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia constituye el **eje sistematizador** de la dinámica como la relación esencial que condiciona el movimiento y transformación del objeto (figura 2). El proceso es dinamizado por las relaciones dialécticas entre percepción del maltrato infantil en la familia y apropiación del contenido de la educación asertiva del niño en la familia y entre la proyección del proceso promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia y la educación del niño en la familia. Se lleva a cabo en la práctica habilitadora de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia, con la intención de desarrollar la cultura para la defensa de los derechos de los niños.

La sistematización de la asertividad de las relaciones con el niño en la familia, constituye el eje que permite integrar la dimensión cultural y práctica, relacionar las actividades educativas de construcción de nuevos conocimientos con las prácticas de sistematización de experiencia, en una

dinámica de desarrollo en espiral.

La sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, permite integrar lo particular de la experiencia del maltrato infantil del niño en la comunidad con lo universal de la cultura sobre la protección de los derechos del niño.

La sistematización de experiencias sobre la educación asertiva del niño en la familia, atraviesa por diferentes estadios, en los cuales se van alcanzando niveles superiores de sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia: pre-contemplación, contemplación, acción y mantenimiento. En el nivel pre-contemplativo, los actores conviven con el maltrato sin tener percepción de que ellos mismos maltratadores, víctimas o testigos pasivos.

En el nivel contemplación los sujetos son capaces de reconocer las manifestaciones de maltrato, los factores de riesgo y protectores, así como la necesidad de cambiar los estilos en las relaciones que se dan en la familia. La capacidad para reconocer el maltrato infantil en la familia depende del conocimiento que posee el observador con respecto al estado físico de un niño, al comportamiento infantil normal, a las formas de maltrato infantil en la familia y a los factores que lo condicionan.

En el nivel de actuación se producen cambios conscientes en la actuación de los sujetos, que se caracteriza por el estilo asertivo en sus relaciones interpersonales. En los niños la actuación se caracteriza por que hacen respetar sus derechos, expresan sus opiniones y toman determinadas decisiones con relación a su formación, para evitar ser maltratados consciente o inconscientemente. En el nivel de mantenimiento los sujetos ya han conseguido establecer un estilo asertivo en las relaciones con los niños en la familia, que garantizan la protección de sus derechos y utilizan estrategias concretas que ha hecho propias a partir de lo aprendido y de sus experiencias y es capaz de evitar que se produzcan nuevas manifestaciones de maltrato infantil en la familia.

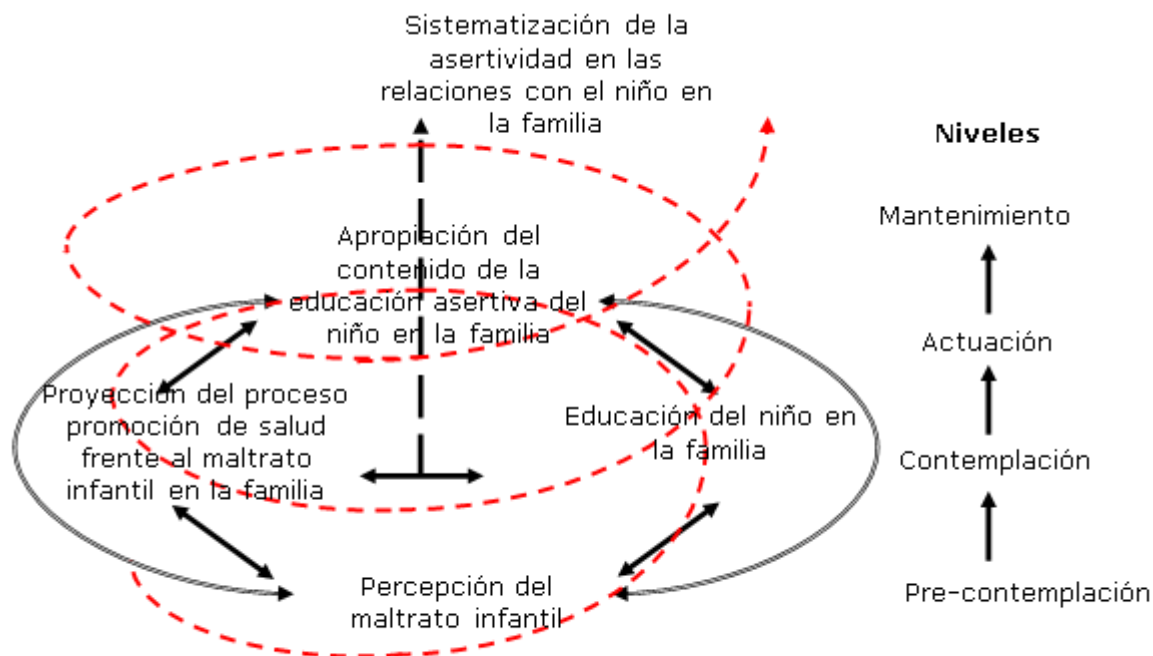


Figura 2. Niveles de sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia.

Los médicos de la familia, los pediatras y demás profesionales de la salud, desempeñan un papel determinante en la actuación frente al maltrato infantil en la familia. Particularmente a los médicos de la familia y los pediatras corresponde la detección, notificación, valoración, intervención y seguimiento de los casos de maltrato infantil detectados. La detección se refiere al

reconocimiento o identificación del caso de maltrato o del riesgo que ocurra, debe ser lo más precoz posible. Para facilitar la detección, comunicación y denuncia por parte de los ciudadanos, se deben realizar actividades educativas sobre el maltrato infantil en la familia y sus formas, así como, sobre los derechos del niño. La notificación se refiere a la transmisión o traslado de la información, a las autoridades competentes.

En el caso concreto de la presente investigación, el proceso de detección, notificación, valoración, intervención y seguimiento de los casos de maltrato infantil en la familia se realiza en una **consulta especializada**, se interconsulta los casos remitidos por el médico de la familia, el grupo de redes sociales de apoyo y los casos informados por los especialistas que componen el Programa de Atención Materno Infantil del Policlínico (figura 3).

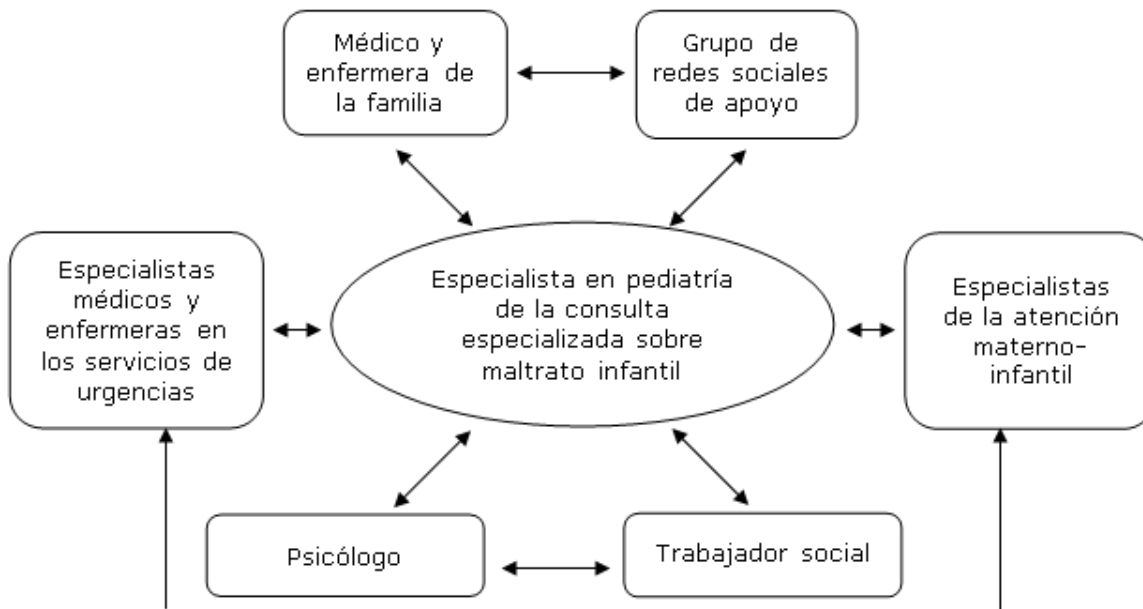


Figura 3. Relación de los diferentes actores en el proceso de detección, notificación, valoración, intervención y seguimiento de los casos de maltrato infantil en la consulta especializada.

En esta consulta especializada se interroga al representante del niño y al niño, y se examina de forma exhaustiva a éste; después de llegar a un diagnóstico se determina la acción a seguir. Generalmente se valora en conjunto entre: el psicólogo, el trabajador social, el médico de familia y el grupo de redes sociales de apoyo para su seguimiento, en casos extremos, se remite al hospital para la atención por los especialistas de los servicios de urgencias. A su vez, estos casos se informan al responsable del Programa de Atención Materno Infantil y se les da seguimiento.

Las funciones de los diferentes actores en el proceso de detección, notificación, valoración, intervención y seguimiento de los casos de maltrato infantil son las siguientes:

Médico de la familia: realizar el diagnóstico precoz de violencia en el niño. Decidir la realización de interconsultas de acuerdo con el nivel de complejidad del problema. Participar conjuntamente con el especialista de Pediatría en la consulta especializada. Fortalecer el servicio de Consejería Familiar por la no violencia y orientar cómo debe proceder la madre para garantizar los derechos del niño.

Enfermera de la familia: realizar visitas programadas de manera independiente o conjunta con el médico a las familias con factores de riesgo de maltrato infantil. Retroalimentar al médico de familia del estado de salud física y mental de los componentes de las familias si se observa alguna alteración en sus visitas de terreno individuales. Promover el desarrollo de diferentes actividades

creativas que fomenten aumentar los derechos de los niños.

Psicólogos: utilizar los instrumentos para la detección de maltrato psicológico. Realizar intervenciones terapéuticas para evitar las prácticas de castigo corporal. Establecimiento de disciplina constructiva y reestablecer la condición psíquica del niño y de los integrantes de la familia.

Trabajador social: realizar las historias sociales que permitirán detectar alguna forma de maltrato infantil. Proporcionar atención a los casos con dificultades sociales. Tramitar la institucionalización de los casos que lo requieran y controlar y evaluar sistemáticamente los casos identificados.

Grupo de redes sociales de apoyo, formado por representante de las instituciones (organismos de la administración del Estado) y de las organizaciones de masas (Federación de Mujeres Cubanas y Comité de Defensa de la Revolución): realizar seguimiento sistemático a las familias proclives al maltrato infantil en la comunidad.

Todos estos factores encabezados por el Pediatra del primer nivel de atención quien debe: realizar en conjunto con el Equipo Básico de Salud la dispensarización de las familias en la búsqueda de factores de riesgos proclives al maltrato infantil. Realizar un seguimiento diferenciado en consulta, terreno y consulta especializada, una vez identificado el maltrato infantil. Propiciar el establecimiento de estilos de trabajo en los actores implicados en pro del fomento de los valores deseados. Evaluar sistemáticamente los niños identificados como casos de maltrato infantil, garantizar el seguimiento por interconsultas y el sistema de referencias entre los niveles de atención. Acompañar a cada caso en la toma de decisiones, adoptar medidas oportunas ante los casos de urgencias y determinar su remisión si fuera necesario, así como informar a las autoridades judiciales y a los órganos de la Policía Nacional Revolucionaria cuando exista un caso que requiera intervención legal.

Resultados de la valoración de la pertinencia científico-metodológica del modelo

Los principales criterios emitidos por los expertos en la **primera ronda** fueron los siguientes:

- Formularon sugerencias respecto a la precisión de las categorías del modelo, para que reflejaran mejor la especificidad de la promoción de salud frente al maltrato infantil, las cuales se tuvieron en cuenta en su versión final.
- El modelo se fundamenta en las concepciones actuales sobre el maltrato infantil, sus factores de riesgos, protectores y determinantes sociales. Se sustenta en la cultura como elemento regulador del comportamiento humano, en un conjunto de valores, tradiciones, costumbres y el imaginario social sobre lo que se instituye como normal en las relaciones familiares. Tiene en cuenta las normas jurídicas internacionales, las convenciones de las cuales Cuba es parte, y las propias del país.
- Como aporte teórico es pertinente porque expresa una visión integradora del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil. Potencia la educación asertiva desde la familia para la prevención del maltrato infantil. Constituye una interpretación original de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil, que expresa de manera esencial como transcurre ese proceso.
- Las categorías utilizadas en la modelación, fueron redefinidas y contextualizadas teniendo en cuenta las especificidades de la promoción de salud frente al maltrato infantil. Son esenciales y se integran con un enfoque holístico que contribuye a resolver un problema multicausal y por tanto, intersectorial en su tratamiento.
- Las dos dimensiones, dialécticamente relacionadas, reflejan la interdependencia entre la cultura de los sujetos sobre los derechos del niño y la práctica habilitadora de sus relaciones interpersonales.
- Los niveles de sistematización de la asertividad en las relaciones con el niño en la familia, expresan los cambios de comportamiento de los sujetos respecto al maltrato infantil. Estos son

a su vez expresión del desarrollo de la cultura de los sujetos para la defensa de los derechos de los niños y de la práctica habilitadora de salud frente al maltrato infantil. Los niveles se relacionan y a su vez tienen sus propias particularidades.

- El sistema de relaciones construidas en el modelo es pertinente y brinda el soporte teórico para la elaboración de la estrategia. Representa una forma novedosa de vincular los elementos de la dinámica propuesta. Constituyen expresión de relaciones que se dan en el proceso objetivo de la realidad.
- El eje sistematizador cumple la función de integrar el resto de las categorías de la dinámica. A través de la educación asertiva del individuo se libera de dogmas, tradiciones, prejuicio en torno a la violencia como fenómeno que acompañan al hombre desde su existencia y lo empoderen en la defensa de sus derechos humanos, activando los factores protectores de la salud. Al identificar a la sistematización de la asertividad como una categoría fundamental del proceso, se destaca la importancia de la construcción de relaciones que garanticen el ejercicio pleno de los derechos del niño en la familia, como factor esencial para desarrollar una cultura para la defensa de los derechos de los niños. La práctica habilitadora puede constituir una vía para el desarrollo de estas relaciones asertivas. I

Estos criterios fueron considerados para realizar las transformaciones en el modelo antes de enviarlo para la segunda ronda a los expertos

Las calificaciones dadas por los expertos en la **segunda ronda** a los ítems consultados, y su análisis estadístico, se muestran en la tabla 1. La confiabilidad de la consistencia interna del instrumento fue adecuada, de acuerdo con el valor del coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0,971$) y la concordancia de los expertos fue altamente significativa (W de Kendall = 0,714, $\chi^2 = 102,794$, $p = 0.000$).

Tabla 1. Resultados de la segunda ronda de consultas a los expertos en la valoración de la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia

Ítems	Frecuencias absolutas de las evaluaciones					Frecuencias acumuladas absolutas de las evaluaciones					Frecuencias acumuladas relativas de las evaluaciones				
	Niveles					Niveles					Niveles				
	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA
1	14	3	2	0	0	14	17	19	19	19	0,74	0,89	1,00	1,00	1,00
2	13	4	2	0	0	13	17	19	19	19	0,68	0,89	1,00	1,00	1,00
3	17	0	2	0	0	17	17	19	19	19	0,89	0,89	1,00	1,00	1,00
4	14	3	2	0	0	14	17	19	19	19	0,74	0,89	1,00	1,00	1,00
5	13	4	2	0	0	13	17	19	19	19	0,68	0,89	1,00	1,00	1,00
6	14	3	2	0	0	14	17	19	19	19	0,74	0,89	1,00	1,00	1,00
7	16	2	1	0	0	16	18	19	19	19	0,84	0,95	1,00	1,00	1,00
8	13	4	2	0	0	13	17	19	19	19	0,68	0,89	1,00	1,00	1,00

Puntos de corte

Ítems	MA	BA	A	PA	Suma	Promedio	N-P	Niveles
1	0,63	1,25	3,72	3,72	9,32	2,33	0,0279	MA
2	0,48	1,25	3,72	3,72	9,17	2,29	0,0664	MA
3	1,25	1,25	3,72	3,72	9,94	2,49	-0,1267	MA
4	0,63	1,25	3,72	3,72	9,32	2,33	0,0279	MA
5	0,48	1,25	3,72	3,72	9,17	2,29	0,0664	MA

6	0,63	1,25	3,72	3,72	9,32	2,33	0,0279	MA
7	1,00	1,62	3,72	3,72	10,06	2,52	-0,1564	MA
8	0,48	1,25	3,72	3,72	9,17	2,29	0,0664	MA
Suma	5,59	10,38	29,75	29,75	75,48			
Puntos de corte	0,70	1,30	3,72	3,72	N =	1,1800		

Alfa de Cronbach

Resumen de los casos procesados			
		N	%
Casos	Válidos	19	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	19	100,0

Sig. asintótica	18
	0,000

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	No. de Ítems
0,971	8

W de Kendall

Test estadísticos	
N	
W de Kendall	8
Chi-Cuadrado	0,714
df	102,794

Los expertos evaluaron el modelo de pertinente desde el punto de vista científico pues responde al contenido de maltrato infantil en la familia y metodológico porque manifiesta la secuencia con que se deben promover la realización de las acciones en el objeto investigado de la realidad, de manera que contribuyan a evitar el maltrato infantil en la familia.

DISCUSIÓN

El modelo propuesto para la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia constituyó la concreción teórica de la interpretación de dicha dinámica con un enfoque holístico, global, multidisciplinario e intersectorial. Consideró, además, la influencia de la comunidad, la escuela y los determinantes de la salud e integra la dimensión social, mental y física de la salud en el desarrollo del niño, así como la interrelación de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

El modelo construido responde a los fundamentos teóricos siguientes: la teoría ecológica del desarrollo, el modelo de creencias sobre salud, la teoría de la autoeficacia⁽¹⁶⁾ y el modelo transteórico.^(17,18) La modelación realizada a partir de estos referentes constituye una opción teórica de valor predictivo que responde a las insuficiencias identificadas en la atención al maltrato infantil en la familia en el Policlínico Belkys Sotomayor del municipio Ciego de Ávila.

Al sustentarse en la teoría holístico configuracional y en el método holístico-dialéctico,⁽¹⁴⁾ la modelación partió de la identificación de las **configuraciones** como expresión de la caracterización del objeto de la realidad, manifestadas entre pares y contradictorias entre sí. A partir de ellas se revelaron las **dimensiones** como cualidades constituyentes de configuraciones de orden superior en la interpretación teórica del proceso, expresión de los movimientos del objeto de la realidad.

Al revelarse las relaciones dialécticas entre las dimensiones y con ello, niveles de interpretativos, de mayor nivel de esencialidad; emanadas de éstas, se revelaron los **eslabones** como relaciones dialécticas de sucesión, expresión de la consideración del autodesarrollo como resultado, de la relación entre pares dialécticos mediados y contradictorios entre sí. Surgido a partir de los eslabones, se determinó el **eje sistematizador de la dinámica** como la relación esencial que condiciona el movimiento y transformación del objeto. Ello permitió determinar la estructura de

relaciones expresadas en el modelo como objeto transformado, y con ello, la construcción del nuevo conocimiento científico.⁽¹⁴⁾

El modelo 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 la salud. Desde donde, según Campoalegre y cols.,⁽¹⁾ 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 en el desarrollo, educación y socialización de los niños. Dado a que la familia es quien le proporciona a cada uno de sus miembros los cuidados y donde se generan también espacios de solidaridad intergeneracional y cohesión social.

Desde la modelación propuesta se reconoce a la familia como una categoría cuya definición es flexible para interpretar sus diversas características y con ello, la identificación de las configuraciones y las relaciones dialécticas emanadas a partir de ellas. Reto necesario, según Campoalegre y cols.,⁽¹⁾ para lograr construir y reelaborar conceptos que incluyan las nuevas configuraciones familiares, en aras de abordar los fenómenos y procesos en la sociedad actual. Estos autores al referirse al término, nuevas configuraciones familiares, lo justifican con el surgimiento de tendencias de cambio que trascienden el concepto tradicional de hogar, de pareja y de familia, al variar algunos de sus límites históricos. Cambios éstos que no deben ser vistos como indicadores de crisis de las familias cubanas, pues en realidad son expresión de su alta diversidad, heterogeneidad y complejidad.

Respecto a otros ámbitos de la prevención en salud, en la modelación propuesta se cumplen los preceptos planteados por Secades y cols.,⁽¹⁹⁾ al considerar en la abstracción de la dinámica del proceso, no solo el ámbito familiar sino también otros espacios o contextos donde se desenvuelve la vida del niño y que tienen relevancia en la conformación de los factores de riesgo y la prevención del maltrato infantil. En las etapas más tempranas de la vida, el desarrollo del niño es altamente dependiente de la familia para la provisión del oportuno soporte físico y psicológico. Posteriormente, la familia es un agente de gran importancia en modular la presencia de otros factores de riesgo, dada la influencia que debe y puede ejercer sobre los otros contextos en donde se desarrolla su vida, sobre todo en la escuela y en la comunidad.

En lo concerniente al sector educacional, en el modelo propuesto está incluido como parte de la intersectorialidad que realiza el sector salud. La escuela y su función educacional en la prevención del maltrato infantil, está implícito además en el desarrollo de la cultura en defensa de los derechos del niño como configuración. Al respecto, Fleitas⁽²⁰⁾ plantea que la escuela cumple un rol esencial en la educación como proceso de formación de valores, pero en este punto su actuación tiene tanta relevancia como la que le corresponde a la familia como parte de todo el proceso de organización de las actividades en la vida cotidiana.

Respecto a lo comunitario, multidisciplinario e intersectorial, se coincide con Balcázar y cols.,⁽⁶⁾ cuando aseveraron que el desarrollo comunitario desde la promoción de salud es totalmente compatible con la filosofía y las metas de la psicología comunitaria, cuyo objetivo es, como afirmaron Duffy y Wong (1996), lograr el grado óptimo de bienestar de las comunidades e individuos con intervenciones innovadoras y alternativas diseñadas en colaboración con los integrantes de la comunidad y con otras disciplinas afines.

La modelación se sustentó en la promoción de salud como estrategia mundial y como acción sanitaria por ser la más social, integral y de mayor impacto, y por ser la que menos depende de la acción de los servicios de salud por sí solos, pues incluye la participación de la familia como eje central de atención a la salud sustentado en la intervención de los diferentes actores de la comunidad. Relacionado con ello, se cumplen los nueve temas básicos que como principios reflejan los valores y objetivos de las investigaciones y de los profesionales a nivel comunitario (Duffy y Wong, 1996), citados por Balcázar y cols.⁽⁶⁾

Estos nueve valores y objetivos trascienden como principios de la psicología comunitaria. En la modelación propuesta y en el sistema de relaciones dialécticas que de ella emanan, éstos se

cumplen de la forma siguiente.⁽⁶⁾

Del primer al quinto principio. Primero: énfasis en la prevención más que en el tratamiento. Segundo: énfasis en las fortalezas y competencias de las personas. Tercero: énfasis en la perspectiva ecológica al reconocer que el contexto donde operan las formas de comportamiento de los individuos deben modificarse a fin de promover conductas apropiadas. Cuarto: énfasis en el incremento del poder de las personas como resultado de un proceso por el cual se adquiere más influencia en los acontecimientos, resultados y recursos a través de la reflexión crítica y la acción. Quinto: énfasis en la promoción del cambio social como demanda de los problemas sociales existentes en busca de soluciones que desafían los métodos y formas tradicionales de prestación de servicios de salud para transferir parte de la responsabilidad a las personas mismas y a los actores sociales de la comunidad.⁽⁶⁾

Del sexto al noveno principio. Sexto: énfasis de la promoción de opciones entre las distintas alternativas que implica la participación de los integrantes de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación del programa. Séptimo: énfasis en la colaboración con otras disciplinas para abordar la complejidad de los problemas sociales con soluciones complejas, imposibles de abordar por una sola disciplina. Octavo: énfasis en la promoción del sentido de comunidad puesto que estimula la interdependencia y lleva a que las personas se den cuenta de que si trabajan juntas pueden cambiar las cosas de esa comunidad, potencian de esta forma el activismo comunitario y ponen en evidencia la creencia de estar juntos y mutuamente relacionados y el respeto a la diversidad. Noveno y último: el respeto a las diferencias individuales y el reconocimiento de la singularidad cultural de los participantes.⁽⁶⁾

Relativo a las cuatro acciones de salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en la modelación propuesta, se coincide con Secades y cols.,⁽¹⁹⁾ respecto a las estrategias de intervención en el ámbito familiar, cuando plantean que el concepto de prevención tiene múltiples significados. Ello sustentado en la definición de Caplan (1964), quien aseveró que ésta puede entenderse como el conjunto de actividades dirigidas a reducir los problemas ocasionados por las enfermedades o trastornos en el individuo mediante la intervención precoz en cada una de las fases de evolución del problema de salud. Así habría una prevención primaria que intentaría evitar la aparición del problema, una secundaria que buscaría reducir su impacto negativo mediante la intervención temprana y, por último, una terciaria que reduciría las secuelas, introduciendo de forma temprana las medidas rehabilitadoras.

En consecuencia con lo antes planteado, aunque el modelo propuesto se plantea desde de promoción de salud como estrategia sanitaria mundial, la modelación va desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud. Dado a que transita no solo por la promoción para impedir que se produzca el maltrato en el niño como daño a la salud (prevención primaria), sino también por la intervención en las familias identificadas con riesgo de realizarlo (prevención secundaria), por su actuación una vez instaurado en la familia para reducir sus consecuencias con la rehabilitación de las secuelas físicas, psicológicas y sociales, o bien para mejorar la reinserción social del niño y de la familia en su entorno, y con ello, evitar los peligros de su cronificación (prevención terciaria). De esta forma, aunque el modelo como constructo teórico se orienta hacia la promoción de salud, en la concreción de la interpretación de dicha dinámica se globalizan las cuatro áreas generadoras de acciones o intervenciones para solucionar el maltrato infantil en la familia como daño a la salud.

La modelación de dinámica de la promoción de salud el maltrato infantil se aborda en toda la edad pediátrica y variantes tipológicas pero quedó limitada desde el punto de vista investigativo solo al ámbito intrafamiliar. Sin embargo, su alcance puede ampliarse hacia otros escenarios fuera del intrafamiliar.

CONCLUSIONES

Mediante la técnica de consenso Delphi aplicada a los expertos se constató la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al

maltrato infantil en la familia. La modelación posibilitó 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. Esta última configuración constituyó el eje de dicha dinámica que permitió integrar la dimensión cultural, como expresión de lo universal de la cultura sobre la protección de los derechos del niño y lo particular de la práctica del maltrato infantil en el contexto. El aporte de la investigación radica en el modelo teórico construido que se corresponde con una concepción integradora de las determinantes de la salud teniendo en cuenta la interacción familia - comunidad - sociedad. Ello permitirá proyectar la gestión de la dinámica de este proceso mediante una estrategia de promoción de salud que como aportación práctica se elaborará a partir de la modelación realizada.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 de Familia del Centro de investigaciones psicológicas y sociales (CIPS): Multiplicando ideas, experiencias y sueños [CD-ROM]. La Habana: Centro de investigaciones psicológicas y sociales; 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Reunión oficial de los Estados Miembros para finalizar la labor de elaboración de un plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 9 Jul 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/vio/pdf_files/A_VIO_INF1-sp.pdf
3. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas. La violencia infantil en cifras [Internet]. España: UNICEF; 2014 [citado 23 Sep 2016]. Disponible en: <http://noticias.universia.es/actualidad/noticia/2014/10/22/1113605/unicef-violencia-infantil-cifras.pdf>
4. McQueen DV. Determinar el futuro de la promoción de la salud: Acciones prioritarias. Promotion y Education [Internet]. Dic 2007 [citado 6 Abr 2014];XLV(4):274. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823070140041701>
5. Bedregal MDP. Hacia la renovación en las políticas de infancia en Chile. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2014 [citado 1 Sep 2017];85(1):7-11. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n1/art01.pdf>
6. Balcázar FE, Montero M, Newbrough JR. Modelos de psicología comunitaria para la promoción de salud en las Américas. Washington: Editorial Serie PALTEX Salud y Sociedad; 2000.
7. 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 2015];40(3):353-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300005&lng=es
8. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. Madrid: UNICEF; 2006 [citado 23 Sep 2016]. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
9. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba), Comisión de Asuntos Constitucionales y Jurídicos. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editorial Mayor General Ignacio Agramonte y Loynaz; 2012.
10. Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Código de la Niñez y la Juventud. Ley 16/78 de 28 de junio [Internet]. Gaceta Oficial No.19, (30-6-1978). [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>
11. Campo González A, Alonso Uría RM, Amador Morán R, Díaz Aguilar R, Durán Valledor MI,

- Ballesté López I. Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (2005-2006). Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Dic 2011 [citado 21 Dic 2016];27(4):477-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400006
12. 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]. Mar 2011[citado 7 Ene 2016];83(1):22-33. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v83n1/ped03111.pdf>
 13. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Mar 2015 [citado 11 Feb 2017]; 41(1):94-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009
 14. Fuentes HC. Pedagogía y didáctica de la Educación Superior. Santiago de Cuba: Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente; 2009.
 15. Hurtado de Mendoza Fernández S. Criterios de expertos. Su procesamiento a través del método Delphi [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona [citado 23 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?opcion=content/&view=article&id=21:criterio-d-expertos-su-procedimiento-a-traves-del-metodo-delphi&catid=11:metodologia-y-epistemologia&lcemid=103>
 16. Meinke DK, Martin WH. Development of health communications for promotion of safe listening: a review [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 17 Ene 2018]. Disponible en: http://www.who.int/pbd/deafness/Monograph_on_Development_of_Health_Communication_s_for_Promotion_of_Safe_Listening.pdf
 17. Pender NJ. Health Promotion Model Manual [Internet]. Michigan: University of Michigan; 2011 [citado 9 Jul 2017]. Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MODEL_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
 18. Ministerio de Salud Pública. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú [Internet]. Perú: MSP; 2003 [citado 6 Abr 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
 19. Secades Villa R, Villa Fernández Hermida RJ, García Fernández G, Al-Halabi Díaz S. Estrategias de intervención en el ámbito familiar: guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos [Internet]. Barcelona: Editorial Diputación de Barcelona; 2011 [citado 19 Mar 2016]. Disponible en: http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Estrategiasintervencionfamiliar_DIBA.pdf
 20. Fleitas Ruiz R. La relación familia, escuela y comunidad a través de la educación como función de la sociedad. En: Rivero Baxter Y, Esquerra Quintana G, Mellado Pérez BY. La educación del siglo XXI desde una perspectiva social, aportes del pensamiento sociológico contemporáneo y cubano. La Habana: editorial universitaria Félix Varela; 2016. p. 211-252.

Recibido: 11 de enero de 2018

Aprobado: 5 de julio de 2018

MsC. Grisel María Alonso Gutiérrez
Policlínico "Belkis Sotomayor"
Calle 5, entre República y Chicho Valdés. Ciego de Ávila, Cuba. CP. 65100
Correo electrónico: griselm@infomed.sld.cu