

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL SEGÚN MADRES USUARIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Yesika Andreina Parra Vivas (1), María Angelina Lacruz- Rengel (2),
Damaris Viviana Molina Acero (3), Dina Karina Porto Machado (4),
Nolis Irene Camacho (5), Janeth Josefina Calderón Avendaño (6)

Recibido: 21/7/2022
Aceptado: 20/10/2022

RESUMEN

El maltrato infantil (MI) es considerado actualmente una problemática de salud pública, cuya magnitud y consecuencias contribuyen para cerrar el círculo de miseria colectiva en Latinoamérica. Es un problema médico-socio-legal que parte del desconocimiento de sus características, causas y consecuencias y del marco jurídico que le respalda. Se desea describir las características del conocimiento materno sobre indicadores de MI. **Métodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal, tipo encuesta aplicada a madres de pacientes pediátricos evaluados en la consulta externa al Hospital Universitario de los Andes, en Mérida -Venezuela, durante el período enero a noviembre 2021. **Resultados.** El universo poblacional estuvo constituido por el 10% de los pacientes que acuden mensualmente a este centro asistencial. Participaron 150 madres en su mayoría entre 20 y 34 años de edad, con alto nivel educativo, pertenecientes a familias biparentales y la mayoría con empleos extradomiciliarios. Se estableció que el medio de difusión de información sobre MI son los medios audiovisuales. El conocimiento es adecuado con puntuaciones medias-altas en indicadores como reconocimiento de situaciones de MI, conductas a seguir y consecuencias sociales y con puntuaciones medias bajas al identificar el perfil del niño maltratado y sus causas, resultando una pobre e inadecuada identificación de indicadores globales. Se reportó que el grupo de madres universitarias con trabajo extradomiciliario es el más susceptible de intervención educativa. **Conclusión:** El deterioro psicosocial asociado al desconocimiento del MI obliga la implementación de intervenciones médica, psicológica, educacional y jurídica, que fomenten la responsabilidad individual y social hacia este fenómeno. *Arch Venez Puer Ped 2023; 86 (1): 9 - 15*

Palabra Clave: Maltrato infantil; abuso infantil; intervención educativa

INDICATORS OF CHILD ABUSE ACCORDING TO MOTHERS WHO USE A THIRD HEALTH LEVEL HOSPITAL

SUMMARY

Child abuse (CA) is currently considered a public health problem, which magnitude and consequences aggravate the circle of collective misery in Latin America. It is a medical-socio-legal problem that begins with ignorance of its characteristics, causes and consequences, and also of the supporting legal framework. The objective of the present study is to describe the characteristics of maternal knowledge in regard to CA. **Methods.** An observational, cross-sectional, survey-type study was applied to mothers of pediatric patients attending the outpatient clinic at the Hospital Universitario de los Andes in Mérida, Venezuela, from January to November 2021. **Results.** The population universe consisted of 10% of patients who come monthly to this health center; 150 mothers participated, mostly between 20 and 34 years of age, with a high educational level, belonging to biparental families and with outside home jobs. The survey established that information dissemination means about CA were the audiovisual media. Knowledge is adequate, with high average scores, in indicators such as recognition of CA situations, behaviors to follow and social consequences. It is also adequate, although with low average scores, when identifying the profile of the abused child and its causes. The total scores result in poor and inadequate identification of global indicators. Mothers with university studies and outside home jobs are the most susceptible to educational intervention. **Conclusion:** The psychosocial deterioration associated with the lack of knowledge of child mistreatment requires the implementation of medical, psychological, educational and legal interventions in order to promote individual and social responsibility towards this phenomenon. *Arch Venez Puer Ped 2023; 86 (1): 9 - 15*

Keywords: Child mistreatment, child abuse, Indicators, Educative intervention

- 1) Pediatra - Puericultor. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.
ORCID: 0000-0003-4426-5206. yesikaaparrav@gmail.com
- 2) Pediatra Puericultor. Profesor titular cátedra de Puericultura, Departamento de Puericultura y Pediatría. Hospital Universitario de Los Andes. Mérida-Venezuela.
ORCID: 0000-0002-3725-0447. lacruz_rengel@hotmail.com
- 3) Médico cirujano. Pediatra - Puericultor. Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela.
ORCID: 0000-0002-6895-7349. Damarismol1538@gmail.com
- 4) Médico cirujano. Pediatra - Puericultor. Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela.
ORCID: 0000-0002-4035-9582. dinakariporto@hotmail.com
- 5) Pediatra puericultor. Especialista en Nutrición crecimiento y desarrollo. Profesor cátedra de Puericultura. Departamento de Puericultura y Pediatría. Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela.
ORCID: 0000-0002-2230-2531. nolispediatra@hotmail.com
- 6) Pediatra Puericultor. Profesor de Cátedra de Puericultura, Departamento de Puericultura y Pediatría. Hospital Universitario de Los Andes. Mérida-Venezuela.
ORCID: 0000-0002-8140-9603. janethcalde@hotmail.com

Autor correspondal:

Dra. María Angelina Lacruz-Rengel.

Tel.: 0414-744.1876 / Correo: lacruz_rengel@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El maltrato y abuso a los niños ha pasado de ser una práctica cotidiana en los hogares a convertirse en un problema de salud pública a nivel mundial. Cada año más de la mitad de los niños del mundo son víctimas de violencia, que se produce en lugares donde los niños deberían estar seguros: comunidades, escuelas y hogares, siendo más vulnerables las niñas en relación al abuso sexual y maltrato físico (1,2).

Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Se estima que de los 204 millones de niños, niñas y jóvenes que hay en Europa, casi un 10% sufre abusos sexuales, un 23% violencia física y un 29% abusos emocionales. Según la OPS-OMS en 2014, el 58% de las niñas y niños en América latina y el 61% en América del Norte padecieron de abuso físico, sexual o emocional. En países en

vías de desarrollo es la tercera causa de muerte en niños entre uno y cuatro años y en Venezuela para el año 2020 se reportaron 129.000 casos considerándose además, que “las cifras que se reportan subestiman la verdadera magnitud del problema” (2-4).

La OMS en el año 2020 definió el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Esta grave problemática tiene consecuencias que afectan el ajuste emocional, social y conductual de los niños que lo sufren y se manifiestan en la regulación emocional, el establecimiento de un apego seguro y el desarrollo de un sí mismo integrado. Además, el maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, y sus consecuencias a nivel socio profesional pueden en última instancia, desacelerar el desarrollo económico y social de un país (3-5).

Considerando el papel estelar que juegan las madres en el cuidado de los niños, se desea ahondar en el conocimiento sobre MI de las madres que acuden con sus menores a los servicios pediátricos de un hospital de III nivel, a fin de puntualizar las dimensiones blanco para iniciar campañas de intervención educativa en estos aspectos, entendiendo que la atención temprana y continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico tipo encuesta, aplicada a madres en las salas de espera de consultas externas pediátricas del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) en Mérida – Venezuela, durante el periodo enero a noviembre de 2021. El muestreo fue aleatorio simple, consecutivo hasta completar el 10% de las consultantes mensuales.

Previo consentimiento informado y realización de prueba piloto, se solicitó a las participantes que respondieran a una ficha con aspectos demográficos y fuentes de información sobre el tema y una encuesta mixta de respuestas dicotómicas y de selección múltiple, estandarizada y validada previamente por tres expertos quienes evaluaron el conocimiento materno sobre MI con base en la identificación de indicadores como: situaciones de MI, causas del MI, perfil del niño maltratado, repercusión social del MI, recursos legales y conducta frente a una situación de MI. Se consideró que existe un nivel de conocimiento adecuado sobre indicadores de Maltrato Infantil, si se responde el 80% de las preguntas en forma correcta, para cada sub-tópico.

Con la información obtenida se elaboró una base de

datos con el programa Statistical Package for the Social Science®, versión 11.0 (SPSS®). Para el análisis descriptivo de las variables, se elaboraron tablas de frecuencia con cifras absolutas y porcentajes. Para el análisis inferencial, se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$; para establecer la asociación entre variables.

RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a 150 madres que asistían con sus hijos a la consulta externa de especialidades pediátricas, en edades comprendidas entre 20 y 27 años en un 38,7 % (n. 58); 28 a 34 años en un 24,7% (n.37) y madres mayores a 35 años: 23,3% (n.35). Las propósitos exhibieron un nivel de instrucción de predominio universitario en un 39,3% (n.59), seguidas del grupo con estudios de secundaria completa y/o de técnico superior en un 34% (n.37); procedían en un 68% (n.102) del medio urbano, y se desempeñaban en trabajos extra domiciliarios en un 58% (n. 87). Las encuestadas formaban parte de familias biparentales nucleares en un 59,3% (n. 89), seguida de monoparental materna en un 30,7%(n.46). El fenómeno de hacinamiento se registró solo en 19,3% de los hogares de las encuestadas (Tabla 1).

La principal fuente de información sobre el MI, estuvo representada por los medios audiovisuales e impresos (TV, Radio, Redes sociales, Revistas y libros), en un 57,4%. Solo un 6% refirió recibir información del personal de salud y un 15,9% no distinguió esta información (Figura 1).

Al consultar a las madres propósito sobre situaciones relacionadas con MI, se reportó que el 96, 7% (n.145) reconoció el abuso sexual en cualquier ámbito como MI, seguido de “Insultos y rechazos al niño” (96%; n.144) y en tercer lugar, conductas negligentes como no alimentar a su hijo adecuadamente (91,3%; n.137) no llevarlo a la escuela y la omisión de asistencia médica en situación de enfermedad. El castigo físico ocupó el 4to. lugar con 88,7% (n. 133) (Tabla 2).

En cuanto al origen del MI, se identificaron como causas: la relación de padres maltratados e hijos maltratados en un 89,3% (n. 134); mala relación entre padres e hijos en un 88,0% (n.132); mala relación entre los padres en 84,7% (n.127); hijos no deseados en un 84,0% (n. 126), niños malformados o enfermos en un 70,7% (n.106); y patrones culturales en el manejo de límites en un 67,3% (n. 101). Otras asociaciones causales identificadas en menor proporción fueron problemas económicos, problemas sociales (alcoholismo, drogas, marginalidad), trastornos psiquiátricos de los padres y problemas de conducta del niño.

Dentro de las consecuencias del MI identificadas por las madres se reportan: en primer lugar, la Delincuencia con 94,7% (n. 142); seguido por Fracazos afectivos-divorcios en un 93,3% (n.140); Resentimiento social en 88,0% (n. 132) y estancamiento económico en un 82,7% (n.124).

Así mismo se consultó a las madres sobre las característi-

cas particulares que permiten identificar a un niño víctima de MI, señalándose en primer lugar con 94% (n. 141) de respuestas afirmativas “moretones en el niño”, seguido por la inasistencia injustificada a la escuela (90,0%; n.135) y, en tercer lugar con 88,7% (n.133) para la tendencia autoagresiva. También se identificaron como estigmas de MI., los problemas de conducta con un 87,3% (n 131); retraso en el aprendizaje escolar (84%; n.126); embarazo precoz y niño que trabaja (82,66%; n.134).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población estudiada

Variables	Frecuencia n= 150	Porcentaje
Edad materna (años)		
<19	20	13,3
20 a 27	58	38,7
28 a 34	37	24,7
>35	35	23,3
Nivel de instrucción		
Analfabeta	8	5,3
Primaria	22	14,7
Secundaria incompleta/técnico inferior	37	24,7
Secundaria completa/técnico superior	24	16,0
Universitaria	59	39,3
Procedencia		
Urbana	102	68,0
Rural	48	32,0
Lugar de trabajo		
Intradomiciliario	63	42,0
Extradomiciliario	87	58,0
Tipo de familia		
Biparental nuclear	89	59,3
Monoparental materna	46	30,7
Monoparental paterna	5	3,3
Extensa	10	6,7
Hacinamiento		
Presente	29	19,3
Ausente	121	80,7

Con relación a la conducta a seguir frente a una situación de MI, el 97,3% (n. 146) de las madres harían una denuncia ante la policía o llamarían a la policía, 88,7% (n.130) de las mismas notificarían a los padres o tutores de los niños lo que está sucediendo, y 84% llevarían al niño al médico. Son reconocidos como recursos legales que sancionen el MI, con un 82,0% (n.123) la Ley Orgánica para la Protección de Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA, 2007), seguido de un 9,33% (n.14) que reconoció respaldo en la LOPNNA, Código Civil y Constitución Nacional. El 8,7% (n.13) desconocía los recursos legales al respecto.

Se reportó un conocimiento adecuado con puntuaciones medias altas en tópicos como reconocimiento de situaciones de MI (83,3%; n.125), conductas a seguir en situación de MI (86%; n.129) y

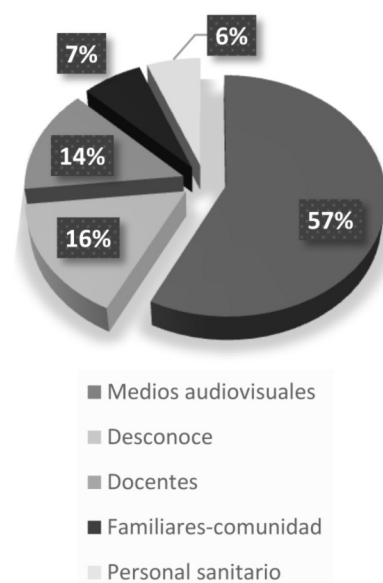


Figura 1. Fuentes de información sobre maltrato infantil según madres encuestadas

Tabla 2. Situaciones identificadas como maltrato infantil por la población estudiada

Situaciones	Identificada		No Identificada		No contesta	
	Frecuencia No.	Porcentaje %	Frecuencia No.	Porcentaje %	Frecuencia No.	Porcentaje %
Abuso sexual en cualquier ámbito	145	96,7	5	3,3	0	-
Insultos y rechazos al niño	144	96,0	6	4,0	0	-
No alimentar a su hijo adecuadamente	137	91,3	12	8,0	1	0,7
No llevarlo a la escuela	134	89,3	16	10,7	0	-
No brindar asistencia médica en caso de enfermedad	134	89,3	13	8,7	1	2,0
Golpear al niño ante una mala conducta	133	88,7	16	10,7	1	0,7
No bañar ni cepillar los dientes del niño	130	86,7	19	12,7	1	0,7
Exceso de medicamentos y tratamientos	119	79,3	30	20,0	1	0,7
No proveer al niño de ropa adecuada	113	75,3	35	23,3	2	1,3

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre Maltrato Infantil global y por sub-tópicos de valoración

De acuerdo con la Identificación de situaciones de MI	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	125	83,3
Inadecuado	25	16,7
Total	150	100,0
De acuerdo con el Reconocimiento de causas de MI		
Adecuado	85	56,7
Inadecuado	65	43,3
Total	150	100,0
De acuerdo con la Identificación de un niño maltratado		
Adecuado	102	68,0
Inadecuado	48	32,0
Total	150	100,0
De acuerdo con la Conducta a seguir ante situación de M		
Adecuado	129	86,0
Inadecuado	21	14,0
Total	150	100,0
De acuerdo con la Repercusión del MI sobre la sociedad		
Adecuado	135	90,0
Inadecuado	15	10,0
Total	150	100,0
Nivel de conocimiento global sobre MI		
Adecuado	58	38,7
Inadecuado	92	61,3
Total	150	100,0

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre maltrato infantil y nivel de instrucción materna y lugar de trabajo

Nivel de instrucción materna	Nivel de conocimiento sobre MI						p*
	Adecuado		Inadecuado		Total		
	N	%	n	%	N	%	
Analfabeta	4	6,9	4	4,4	8	5,3	0,027*
Primaria	6	10,3	16	17,4	22	14,7	
Secundaria incompleta/ Técnico inferior	8	13,8	29	31,5	37	24,7	
Secundaria completa/ Técnico superior	9	15,5	15	16,3	24	16,0	
Universitaria	31	53,5	28	30,4	59	39,3	
Total	58	100,0	92	100,0	150	100,0	
Lugar de trabajo materno							
Extra domiciliario	19	32,8	44	47,8	63	42,0	0,049*
Intra domiciliario	39	67,2	48	52,2	87	58,0	
Total	58	100,0	92	100,0	150	100,0	
*Chi-Cuadrado p<0,05							

*Chi-Cuadrado $p < 0,05$

repercusiones sociales del MI (90%; n.135), y con puntuaciones medias bajas al identificar el perfil del niño maltratado (68%; n.102) y sus causas (56,7%, n. 85) resultando un conocimiento global inadecuado en 61,3% (n. 92) de las encuestadas (Tabla 3).

Al relacionar el nivel de conocimiento materno y las variables sociodemográficas propuestas, se observó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento materno inadecuado y nivel de instrucción materna ($p = 0,004$), siendo las madres universitarias las que menor conocimiento ostentaban y aquellas cuyo lugar de trabajo era extradomiciliario ($p = 0,049$) (Tabla 4). La asociación de las otras variables socio-demográficas estudiadas y el nivel de conocimiento materno sobre MI, no fueron significativas.

DISCUSIÓN

A nivel mundial el MI ejerce un impacto devastador y prolongado en el futuro de los niños, niñas y adolescentes haciéndose sentir no sólo en sus víctimas, sino también en toda la sociedad, con un alto costo social (6). El presente estudio se desarrolló en una población materna donde la mitad de las madres eran menores de 28 años, con nivel educativo alto, procedencia urbana, familias nucleares biparentales estructuradas, predominantemente católicas y con gran participación en cuanto a la evaluación de conocimientos. No existe literatura internacional que describa la situación de MI en una población similar.

Estas madres reciben información sobre MI a través de medios audiovisuales e impresos en más de la mitad de los casos. Es importante destacar que el personal sanitario prácticamente no es identificado como fuente de informa-

ción, debiendo considerarse que quizás el mismo no distinga el MI como diagnóstico y se desaproveche la oportunidad de contacto con las madres para educar en la materia. Esta observación ya fue realizada por Pérez-Rendón y colaboradores (7) quienes señalan que el tema de maltrato infantil es poco considerado en los planes de estudio de medicina y sus especialidades, teniendo como consecuencia la omisión del diagnóstico y la necesidad de educar para prevenir el problema.

De acuerdo con OMS se clasifica el MI en cuatro grandes dimensiones, las cuales fueron reconocidas por alrededor del 90% de las encuestadas, siendo el abuso sexual per se y el maltrato psicológico denotado con la presencia de insultos y rechazo al niño, las más frecuentemente reconocidas, seguidas de situaciones de castigo físico y negligencia en la atención del niño relativas a alimentación, abrigo, escolarización y asistencia médica de los menores (2-5). Estos hallazgos disienten de lo reportado por Guzmán y colaboradores (6) al referirse al castigo físico como la situación de MI más reconocida menospreciándose las otras dimensiones del MI. En Venezuela la Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente es enfática al respecto, en su artículo 30 reza “sobre el derecho a un nivel de vida adecuado con garantías de alimentación, vestido y vivienda para los menores”; en el Artículo 32 de la Integridad personal; que habla del buen trato hacia los menores prohibiéndose castigos físicos o humillantes y el Artículo 33 de la protección contra abuso y explotación sexual (9).

Al abordar los aspectos históricos y teóricos con relación al ámbito social y familiar del maltrato infantil, múltiples autores coinciden en señalar que las causas de maltrato infantil son disímiles. Así circunstancias de maltrato en los ahora padres, en los cuales el castigo físico fue el método ideal de enseñanza de límites y normas, termina constituyen una impronta cultural que favorece el MI en la prole. Otros aspectos causales como padres muy jóvenes, embarazos no deseados y desintegración familiar son escenarios sociales que ofrecen alta correlación con situaciones de MI. Estos indicadores también son identificados en la población estudiada como causas más frecuentes de MI. Se ha ratificado en un porcentaje muy alto el maltrato de los padres, la mala relación del binomio padres-hijos, las disfunciones entre ambos padres con la consecuente transferencia parental de malestar e intolerancia a los hijos, además de la maternidad-paternidad no planificada (7, 11).

Aproximarse al diagnóstico de maltrato infantil requiere de la identificación de un conjunto de síntomas de la esfera física y conductual: miedo, ansiedad, depresión, trastornos de sueño y desórdenes alimentarios son frecuentemente reportados en niños maltratados, aunado a conductas agresivas, desafiantes y delictivas que forman parte del círculo vicioso que tenderá a agravarse a lo largo del desarrollo de la víctima, si no son tratados oportunamente (10-14). El 80% de las madres encuestadas relacionan el MI con la presencia de lesiones físicas en el niño (“niños con moretones”), ausentismo

escolar no justificado o reiterativo y con conductas de tendencia auto agresiva o disruptiva, signos capitales en la esfera del maltrato físico, psicológico y por negligencia. Así mismo, se señala el embarazo precoz y la situación de “niño que trabaja” como indicadores de MI, tal como es señalado por la OMS (1-4).

Con relación a las consecuencias del MI, en la literatura internacional se describe en un mayor porcentaje síntomas de la esfera psicológica que son padecidos de por vida por las víctimas, pese a que el maltrato físico pudiera dejar daños más visibles, y en ocasiones irreparables (12-14). Las consecuencias del MI percibidas más frecuentemente por las encuestadas son del orden social: delincuencia, fracasos afectivos y divorcios, resentimiento social y estancamiento económico; lo que es coincidente con lo reportado por Fernández y colaboradores en Venezuela, Pérez-Cabrera en Cuba y por Block y colaboradores en los Estados Unidos, quienes señalan que el MI está altamente relacionado con disfunción familiar y pobreza extrema, que en efecto favorece la desnutrición infantil, baja autoestima, conductas agresivas y bajo rendimiento escolar (6,12,15-17).

Al evaluar si las madres encuestadas reconocen la existencia de instrumentos legales que protejan al niño en relación a MI, más de dos tercios de las madres encuestadas señalan a la LOPNNA, lo que se amplía para menos del 10% de las encuestadas en el Código Civil y Constitución Nacional. En Venezuela existe una normativa legal donde se considera de obligatoriedad la difusión de los Derechos y Garantías de los Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA, Art 62) y por tanto la penalización de su desacato, la cual es conocido que no se cumple con la intensidad que amerita el problema (8,9).

En el año 1936 en Venezuela se aprueban las primeras convenciones sobre M, lo que corona en la actualidad con la Ley para la protección de niño, niña y adolescente (LOPNNA) con base en los derechos del niño, y con el propósito de establecer sanciones judiciales a sus infractores por omisión o por acción en las diversas categorías de maltrato; sin embargo, se conocen sus deficiencias operativas por parte de los entes encargados de la promoción y el cumplimiento de las mismas (16,17).

En relación a la conducta a seguir ante un evento de maltrato infantil, casi la totalidad de las encuestas coinciden en que la acción principal es realizar inmediatamente una denuncia o llamado a la policía, amparado en el Art.91 de LOPNNA. Sin embargo, se presenta un abismo en cuanto a orientación o pasos a seguir después de generar las denuncias denotando el poco conocimiento a las legislaciones y desatención de los entes gubernamentales responsables. Esta respuesta debería ser explícita y estar respaldada por un procedimiento multisectorial: legal, médico, psicológico y sociológico como se expresa en los protocolos de abordaje de maltrato a niñas, niños y adolescentes en otros países latinoamericanos, que comprenden: detección notificación, valoración, tratamiento y seguimiento bajo estrategias que no permitan la recurrencia (12,18-21).

Finalmente se establece que el nivel de conocimiento de las madres encuestadas sobre MI, es adecuado en los subtemas: identificación de situaciones de MI, conducta a seguir y consecuencias sociales del MI con una tendencia a valores altos, pero con debilidades al identificar al niño maltratado e identificar las causas del maltrato infantil con una tendencia a valores bajos medios; por lo que al evaluar el conocimiento global podemos decir que es adecuado solo en un tercio de las madres participantes. Estos resultados son concordantes con los reportados por Suarez y colaboradores cuya población materna reportó un nivel bajo y medio de conocimiento, independiente de las variables sociodemográficas (8). Así como también con los hallazgos de Acosta y colaboradores quienes evaluaron el conocimiento y la percepción de MI de padres y adolescentes lesionados o sometidos a circunstancias francas de MI que acuden a un centro asistencial (16). Este trabajo identificó como grupo susceptible de intervención educativa sobre MI, a madres con nivel de instrucción universitaria y trabajos extradomiciliarios. El alto nivel de instrucción materna y el pobre conocimiento sobre MI, reafirma la falta de difusión colectiva y la ausencia de la temática en los pensum de estudio universitarios, generando profesionales que desconocen su responsabilidad social; aunado a modelos educativos con franca tendencia conductista que cierran el círculo vicioso de la marginalidad.

Las madres que ejercen trabajos extradomiciliarios, deberían empaparse del tema en cuestión, pues estando sus hijos bajo el cuidado de terceras personas sean familiares o tutores, es competencia de éstas la identificación de situaciones de MI.

A pesar de identificar la existencia de leyes de protección al menor, se desconoce su contenido, donde claramente se señala la responsabilidad del agresor, y en este caso de los cómplices, aun sea por desconocimiento o negligencia (9, 22-25).

Por último, las variables de edad materna, tipo de familia, procedencia y hacinamiento en la población estudiada no son determinantes del nivel de conocimiento sobre MI en contraste con otros estudios latinoamericanos (8,16, 24).

CONCLUSIÓN

La dimensión del problema y el deterioro psicosocial asociado a la presencia de MI obliga la implementación de intervenciones médica, psicológica y jurídica, que fomenten la responsabilidad individual y social. Si no se visibiliza el problema, no se construirán soluciones y el círculo de víctima, victimario y cómplices se solapará en la cotidianidad.

Sería deseable incrementar la difusión de información al colectivo y en especial al personal de salud sobre las características del MI, perfil del niño maltratado, consecuencias del mismo e importancia de su denuncia, pues es un hecho punible desde lo moral y lo jurídico.

Así mismo protocolizar y elaborar instrumentos que per-

mitan identificar el MI en los ambientes altamente frecuentados por los niños (escuelas y servicios de salud) y su consiguiente canalización con los entes procedentes.

CONFLICTO DE INTERÉS

En cuanto a la presente investigación, los autores manifiestan no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF. Violencia contra los niños: Nuevo informe "Oculto a plena Luz".2012. [citado 1 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/informes/ocultos-plena-luz>.
2. Maltrato infantil [Internet]. WHO.INT.2020. [citado 1 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Organización Mundial de la Salud OMS). Maltrato infantil. Estados Unidos: OPS. OMS Oficina Regional para Las Américas. 2017. [citado 11 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/maltrato-infantil-infografia->.
4. Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. UNICEF, Sao Paulo-Brasil. Editada el 6 de mayo 2018; [Citado 10 Ene 2019]. Disponible: [https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf).
5. Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil. Centro de prensa.2020. Notas descriptivas. [citado 11 Nov 2021] Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
6. Fernández G; Fariña, P; Fernández A; Troya, E. Consecuencias del Maltrato Infantil en un hospital de Maracaibo. Rev Cienc Soc Venezuela. [Internet].2020; 26 (1):187-202. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28063104016>.
7. Pérez-Rendón JG, Flores-Pérez L, García-Piña C, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Casimiro Victoria A. Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en México. Acta Pediatr Mex. 2015; 36 (2):61-71.
8. Suárez N, Bermúdez I, Díaz W, López J, Moreno L, Delgado I. Conocimientos sobre maltrato infantil en madres de escolares. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Mar [citado 31 Ago 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100007&lng=es.
9. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela 2015. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA). Gaceta Oficial No. 6.185 extraordinario del 8 de junio de 2015. Disponible en <https://enplural.org/files/vigente/leyorganica/lopnna.pdf>
10. Terán MJ, Escobar CA, Terán AC, Cazares BR, Durán PE, Posso GP, Durán PA, Tovar ME, Palacios AL. Síntomas iniciales en niños con maltrato infantil. Enferm Inv. 2019; 4 (1):2-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/enfi.v4i1.475>
11. Olivan Gonzalvo G. Maltrato infantil: indicadores físicos y comportamentales en el menor. Fistera [revista en Internet] 2020. [citado 1 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/indicadores-maltrato-infantil/>
12. Gancedo-Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil [Internet]. En: AE Pap, editor. Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid, España: Lúa Ediciones 3.0. [Internet] 2017. [Citado 15 Oct 2021]. Disponible en <https://www.aepap.org>

- /sites/default/files/535-544_abordaje_maltrato_infantil.pdf
13. Ruiz B, Maltrato infantil. Cifras y Datos. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 2020. [Internet]. [Citado 25 Ago 2021]. Disponible en: https://www.who.int/topics/child_abuse/es/.
 14. Alvaré L, Lobato D, Melo M, Salvato A. Maltrato infantil.. Experiencia en consultas. Invest Medicoquir 2019; 11 (Supl.1). [Citado 29 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inymed/cmqs-2019/cmqs191w.pdf>
 15. Pérez C, Peña G, Cabrera L, Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. Rev Hum Med [Internet]. 2017; 17 (2): 415-435 [citado 31 Ago 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200012&lng=es
 16. Acosta E, Valdivia I, Yvonne P. Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017; 89(2): 178-186 [citado 31 Ago 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000200008&lng=es.
 17. Block RW. No surprise: the rate of fatal child abuse and neglect fatalities Is related to poverty. Pediatrics, 2017; 139 (5), 1-2. doi: 10.1542/peds.2017-0357
 18. Ministerio de Educación de Chile. Maltrato, acoso, abuso sexual, estupro en establecimientos educacionales Orientaciones para la elaboración de un Protocolo de Actuación [Internet]. Santiago, Chile. Unidad de Transversalidad Educativa; 2017. Disponible en: <http://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Maltrato-y-abuso-sexual-infantil-estrategias-de-protecci%C3%B3n-para-ni%C3%B1os-vulnerados-en-sus-derechos.-F.pdf>
 19. Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V, Zunino C. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet] Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ministerio de Salud Pública; 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-saludpublica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20maltrato.pdf>.
 20. Ferreria AL, Beltran M, Montoya C, Nuñez O, Bossio JC. Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. Organización Panamericana de la Salud. 2020 [citado 20 Nov 2021] Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/maltrato_y_abuso_sexual_aiepi.pdf
 21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad: Casos de retorno forzado. Quito 2018. UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/3_vulnerabilidadFINAL.pdf
 22. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Gaceta Oficial, 5.453. Marzo 24, 2000. Caracas, Venezuela.
 23. Han K, Oh S. The effectiveness of home visiting programs for the prevention of child maltreatment recurrence at home: a systematic review and meta-analysis. Child Health Nurs Res. 2022; 28 (1):41-50. DOI: 10.4094/chnr.2022.28.1.41. PMID: 35172079; PMCID: PMC8858785.
 24. Matos JM., Lima M, Ludermir AB. (2017). Intimate pattern violence and maternal education practice. Rev Publ.2017; 51: 1-11. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006848.
 25. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: A review. Curr Epidemiol Rep. 2020 Oct 7; 7 (4):334-342. DOI: 10.1007/s40471-020-00252-3. PMID: 34141519; PMCID: PMC8205446.
 26. Goncalves N, Dias C. Abuso sexual infantil: aspectos históricos, legales y daños al desarrollo infantil. Rev Cien Multidiscipl Conheciment.2006: 183-208. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/danos-al-desarrollo