

La violencia doméstica: una experiencia adversa significativa con grandes complicaciones en el niño

The domestic violence: a significant adverse experience with great complications in the child

Gerardo Fernández^{1,2,3,4}, <https://orcid.org/0000-0002-0246-0380>, Carolina Arráiz de Fernández^{1,3,5}, <https://orcid.org/0000-0002-3302-4274>, Elsa Troya^{2,3,4}, <https://orcid.org/0000-0002-0772-2060>, Cristina Raza^{2,3,4}, <https://orcid.org/0000-0001-7239-7586>, Paola Valencia^{2,3}, <https://orcid.org/0000-0002-3999-4634>, Miriam Fernández¹, http://orcid.org/000_0002-4277-7999, Nereida Valero⁶, <http://orcid.org/0000-0003-3496-8848>, Cesar Marín^{4,5}, <https://orcid.org/0000-0002-2340-4548>, Robert Giménez², <https://orcid.org/0000-0001-6917-8403>, Andrés Martínez², <https://orcid.org/0000-0003-0271-6646>, Johanna Lopez², <https://orcid.org/0000-0002-2794-8104>

¹Carrera de Enfermería,

²Carrera de Estimulación Temprana, Facultad de Ciencias de la Salud,

³Proyecto de Investigación: "Estrategias de aprendizaje con pertinencia social para la prevención de enfermedades infantiles", Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE), Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

⁴Doctorado en Ciencias de la Salud,

⁵Doctorado en Ciencias Médicas, División de Estudios para Graduados, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Venezuela.

⁶Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador.

Autores de Correspondencia: Gerardo Fernández, e-mail: gfernandez@uta.edu.ec. Carolina Arráiz de Fernández, e-mail: ca.arraiz@uta.edu.ec

Resumen

La violencia doméstica y el maltrato infantil son problemas importantes de salud pública, con una creciente prevalencia, por este motivo, se establecerá las complicaciones de la violencia doméstica como una experiencia adversa, que produce graves efectos negativos inmediatos, profundos y duraderos en el niño, como la afectación del funcionamiento neurobiológico del cerebro, la interrupción en el desarrollo de los circuitos cerebrales y el aumento de los niveles de hormonas del estrés, que perturban la salud física y mental del niño. La violencia doméstica es un círculo vicioso que implica un desequilibrio de poder y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil, con el fin último de ejercer un control sobre la relación intrafamiliar creando un estrés tóxico en los niños, que representa una de las experiencias adversas más grave que puede dejar huellas indelebiles, que contribuyen a problemas de salud, déficit cognitivo, alteraciones del lenguaje, dificultades académicas, problemas emocionales, comportamientos autodestructivos que afectan las relaciones sociales posteriores, aumenta el riesgo de enfermedades y problemas psicosociales en la adultez. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la violencia es prevenible fomentando la utilización de estrategias que respalden el desarrollo de relaciones y entornos seguros, estables y de crianza para padres o cuidadores y sus hijos.

Palabras clave: violencia doméstica, maltrato infantil, experiencias adversas

Abstract

Domestic violence and child maltreatment are important public health problems, with an increasing prevalence, for this reason, the complications of domestic violence will be established as an adverse experience, which produces serious immediate, profound and lasting negative effects on the child, as the affectation of the neurobiological functioning of the brain, the interruption in the development of brain circuits and the increase of the levels of stress hormones, which disturb

the physical and mental health of the child. Domestic violence is a vicious circle that implies an imbalance of power and is exercised from the strongest to the weakest, with the ultimate goal of exercising control over the intrafamilial relationship, creating a toxic stress in children, which represents one of the adverse experiences more serious that can leave indelible traces, which contribute to health problems, cognitive deficit, language alterations, academic difficulties, emotional problems, self-destructive behaviors that affect subsequent social relationships, increases the risk of diseases and psychosocial problems in adulthood. The World Health Organization (WHO) establishes that violence is preventable by encouraging the use of strategies that support the development of safe, stable and nurturing relationships and environments for parents or caregivers and their children.

Keywords: domestic violence, child abuse, adverse experiences

Introducción

En las últimas décadas, la violencia doméstica y el maltrato infantil son importantes problemas sociales, de salud pública y de derechos humanos con alta prevalencia, consecuencias graves y de largo alcance no solo para las víctimas, sino también para la sociedad en general¹. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada tres mujeres (35%) son víctimas de violencia física y/o sexual de la pareja o por terceros, en algún momento de su vida, una cuarta parte de todos los adultos, a nivel mundial, han sufrido maltratos físicos en su niñez, por lo cual se ha convertido en un problema de máximo interés institucional y social debido a sus grandes repercusiones^{2,4,5}.

Los niños y niñas que viven en estos hogares disfuncionales, comparten situaciones de violencia directa o indirecta con sus madres, o aquellas figuras femeninas que desempeñan el rol de madres^{6,7,8}, con resultados negativos que se manifiestan en todas y cada una de las esferas del desarrollo humano: físico, cognitivo, afectivo, social, emocional y que

se interrelacionan mutuamente para producir importantes problemas biopsicosociales en los niños y adolescentes^{9,10}.

El término violencia doméstica hace referencia a cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar en la relación entre los miembros de la familia y en particular el maltrato infantil¹¹⁻¹⁴. Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación; tradicionalmente en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica los dos principales ejes de desequilibrio lo han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia^{12,13}. Por consiguiente, la situación de los hijos de hogares con violencia doméstica, testigos del maltrato hacia sus madres y a menudo, acompañantes en la salida de éstas del hogar. Las investigaciones llevadas a cabo hasta la actualidad, sobre los hijos de estos hogares violentos muestran la necesidad de una intervención específica sobre las repercusiones, que conlleva para ellos la exposición a una situación altamente traumática y desestabilizadora¹⁴⁻²⁰.

El maltrato se conceptualiza como diferentes tipos: físico, emocional o sexual, descuido o trato negligente, lo que provoca un daño real o potencial a las víctimas en términos de salud, supervivencia, desarrollo o dignidad. El abuso infantil y la negligencia pueden afectar negativamente al desarrollo de la personalidad del niño²¹⁻²⁴.

Así mismo La OMS define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de dieciocho años; incluye todos los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que pueden causar daño a la salud, al desarrollo físico o mental, la dignidad del niño, poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, asociado a una situación disfuncional y patológica, que afecta al desarrollo cerebral del menor, y por tanto, condiciona el desarrollo neurológico y el funcionamiento neuropsicológico^{25,26}. En este sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño, establece todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio mientras se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo²⁷.

De tal forma, el maltrato infantil puede ser considerado como un problema médico, que necesita ser diagnosticado y tratado (enfoque médico y/o psiquiátrico), como un comportamiento criminal que necesita ser definido en términos legales y perseguido (enfoque jurídico), como un problema social que necesita ser analizado como fenómeno (enfoque social), como un problema de protección del menor, mediante la dotación e intervención de los servicios de protección (enfoque legal), como un problema familiar, que necesita entenderse en el contexto de la dinámica familiar y como un problema de comportamiento, que necesita ser tratado terapéuticamente (enfoque psicológico). Como un problema de falta de educación, que necesita ser atendido a través de

capacitación a padres y la comunidad en general (enfoque educativo), y como un problema de la violación de los derechos (enfoque ético)^{28,29}.

Clasificación del maltrato:

Los principales tipos de maltrato descritos por el Código de la Niñez y Adolescencia de la Asamblea Nacional de Ecuador (2013)³⁰, la Ley Orgánica para la protección de Niños, Niñas y Adolescentes de la República Bolivariana de Venezuela 2017³¹, Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia en Venezuela 2007³², son los siguientes:

El maltrato físico, se define como una agresión que provoca lesiones en el cuerpo de un menor, causada de manera intencional por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores, que puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente³¹⁻³⁴.

El maltrato emocional, es una agresión a la vida afectiva del niño, lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de orden emocional, en forma temporal o permanente. En estos casos, la conducta del agresor es ajena a todo sentido constructivo, educativo o protector para con el menor^{28,29}.

La negligencia, es privar a los niños o niñas de los elementos básicos necesarios para garantizar su desarrollo armónico e integral: es decir, de alimentación, educación, salud, vivienda, cuidado y afecto, entre otros^{32,33,35,36}.

El maltrato psicológico, es toda conducta ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, marginalización, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conllevan a disminuir la autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso al suicidio^{21,33,37}. El maltrato psicológico infantil y la negligencia pueden afectar negativamente al desarrollo de la personalidad del niño^{37,38}.

La violencia es empleada frente a la carencia o ineficacia de recursos para el logro de determinados propósitos; de tal forma, el uso de la fuerza o su amenaza se relaciona con la cantidad de medios que posee una persona (económicos, inteligencia, conocimiento, fuerza, autoridad, entre otras)^{39,40,41,42}. De esto depende una serie de variables, que repercuten sobre el estado biopsicosocial en niños y niñas víctimas de la violencia en el hogar. Entre estas variables hay que señalar básicamente las siguientes: la mayor o menor cantidad de tiempo que el niño o la niña estén expuestos a las situaciones violentas en el hogar; el tipo de violencia que sufren, la edad del menor que se encuentra expuesto a situaciones de violencia doméstica, la relación del agresor con el niño o la niña que sean víctimas, las consecuencias físicas y/o psicológicas que afectan a los infantes^{41,43,44,45}.

La violencia doméstica como una experiencia adversa en la infancia

Las repercusiones en los niños del fenómeno de violencia se han establecido en el estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (Adverse Childhood Experiences, ACE por sus siglas en inglés) donde el estrés asociado al maltrato infantil,

a la violencia de pareja en los padres y la disfunción familiar tienen efectos negativos inmediatos, profundos y duraderos en el niño, que pueden afectar el funcionamiento neurobiológico del cerebro, interrumpiendo el desarrollo de los circuitos cerebrales y aumentando los niveles de hormonas del estrés, que afectan la salud física y mental del niño, estos efectos son dependientes de las adversidades intrafamiliares^{46,47,48,49}.

Neurobiología de las víctimas de experiencias adversas en la infancia:

Por medio de diseños experimentales y técnicas de neuroimagen, se ha determinado que las experiencias adversas, ocasionan cambios volumétricos globales en la estructura del cerebro en las regiones temporal, frontal, parietal y occipital, en la materia gris y blanca cortical, alteraciones en otras áreas del encéfalo como: hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo caloso, y al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, debido a la presencia de abundantes receptores para glucocorticoides y una elevada sinaptogénesis^{50,51}.

Hipocampo: el inicio y la duración del maltrato o experiencia adversa influyen en la afectación del hipocampo ocasionando cambios estructurales, detención de la sinaptogénesis y reducción del volumen del mismo con menor sustancia gris⁵¹.

Sistema límbico: debido a su participación en el procesamiento de emociones, la regulación del estrés, el aprendizaje y la memoria, se ha determinado efectos de las experiencias adversas sobre el sistema límbico, especialmente en la amígdala, donde la principal alteración en esta región es una hiperreactividad amigdalina y la alteración de sus proyecciones, con reducción de la densidad de los receptores centrales de benzodiazepinas e intensificación de los receptores del ácido gamma amino butírico A (GABA-A), además un incremento de los niveles de dopamina y una disminución de la serotonina en el complejo de la amígdala extendida (núcleo central de la amígdala y núcleo accumbens), ocasionando hiperactivación del lóbulo temporal, denominada irritabilidad límbica⁵¹.

Cuerpo caloso: el proceso de mielinización posnatal es determinante para el desarrollo de la funcionalidad del cuerpo caloso, especialmente vulnerable a los efectos del maltrato infantil. Diferentes estudios han encontrado reducción del volumen del cuerpo caloso en niños y niñas con historial de malos tratos comparados con niños sanos^{50,51}.

Corteza prefrontal: La corteza prefrontal tiene un curso de desarrollo prolongado en relación con otras estructuras neurales, por lo que es altamente sensible al estrés, donde las principales deficiencias encontradas en niños maltratados consisten en una serie de limitaciones de tipo cognitivo-conductual, con retraso en sus capacidades madurativas corticales comparada con el desarrollo esperable para su edad cronológica, además una disminución de la capacidad de integración de información y control, permitiendo conductas más impulsivas y establecidas por las reacciones emocionales⁵¹, ya que existe una alteración del sistema de recompensa y aversión cerebral, que es una capacidad funcional encargada de designar un valor emocional/motivacional para identificar un estímulo como gratificante y aproximarse a él, o

reconocerlo como aversivo para evitarlo, estas alteraciones cerebrales determinan la adopción de comportamientos que afectan la salud en la niñez, adolescencia y la edad adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el consumo de drogas y las dietas altas en calorías y bajas en nutrientes^{52,53,54}. Los estudios de neuroimagen han sugerido que las experiencias traumáticas en la vida temprana pueden conducir a cambios estructurales y funcionales en la corteza prefrontal en la zona orbitofrontal y la zona dorsolateral encargadas de la regulación emocional, mientras que la impulsividad, una manifestación de desregulación emocional, se correlaciona significativamente con la disfunción del lóbulo frontal⁵⁴.

Cerebelo: Los cambios estructurales en el cerebelo son constante en estudios con niños expuestos al maltrato, con disminución en el vermis, una subregión que tiene un desarrollo relativamente prolongado y sensible al estrés⁵¹.

Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal: durante el stress el hipotálamo reacciona con la producción de la hormona liberadora de corticotropina, la cual estimula la liberación de la hormona adrenocorticotropa en la hipófisis, que aumenta la producción de glucocorticoides y catecolaminas por parte de las glándulas suprarrenales. El estrés crónico de los niños con experiencias adversas reduce la arborización dendrítica y la densidad de las espinas dendríticas glutamatérgicas de las neuronas piramidales en la corteza prefrontal y el hipocampo y, al mismo tiempo, aumenta las arborizaciones dendríticas en la amígdala y reduce la transmisión y la plasticidad sináptica⁵⁵.

La exposición al estrés tóxico en el útero, perinatalmente y antes de los 8 años aumenta significativamente el desarrollo de trastornos de internalización (síntomatología somática, depresión, ansiedad o aislamiento), problemas de externalización (conducta de ruptura de normas y agresividad) y bajas competencias sociales, que persisten hasta la edad escolar temprana y la adolescencia^{56,57}.

Las experiencias adversas de la niñez contribuyen a problemas de estrés y salud durante toda la vida y predisponen al riesgo de enfermedades y problemas psicosociales^{58,59}, ya que existe una relación directa con el desarrollo de una variedad de problemas psicológicos de corto y largo plazo⁶⁰, que pueden afectar negativamente las funciones cognitivas relacionadas con el control inhibitorio, la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad, la memoria y el rendimiento escolar^{60,61}, también puede existir retraso en el desarrollo, lenguaje, trastornos del comportamiento, conductas auto-destructivas y alteraciones de la salud mental, que se han registrados inclusive en niños pequeños, dado que las experiencias adversas experimentadas en la primera infancia tienen resultados neuroconductuales relacionados con secuelas psiquiátricas inmediatas y duraderas^{52,53,62,63}.

La violencia familiar como una experiencia adversa crea un trauma relacional para todos los miembros de la familia, ya que interrumpe y perturba todas las relaciones intrafamiliares, no solo la relación entre padres adultos en conflicto, sino altera el desarrollo de la salud social, emocional, física

y mental en los niños, modificando el vínculo afectivo entre los niños y sus padres, afectando las relaciones sociales posteriores y produciendo una hipersensibilidad, rechazo, con un mayor riesgo de replicar la violencia en las relaciones de pareja durante la adultez^{66,67}. El maltrato infantil provoca, una alta mortalidad y morbilidad, ya que existen casos de niños con retraso mental o parálisis cerebral relacionados al maltrato. El abandono puede ocasionar desnutrición grave que, al menos durante los primeros seis meses de vida, se asocia con secuelas neurológicas permanentes y que a su vez pueden verse potenciadas por las lesiones producidas por el maltrato físico. Este tipo de maltrato es el que más secuelas neurológicas origina y son los niños menores de 5 años los más vulnerables a sus consecuencias. Aunque no todos los niños maltratados desarrollan conductas desadaptativas, las interrupciones en el desarrollo psicológico y neurobiológico sufridas durante la infancia pueden contribuir a que estos niños presenten: un trastorno del apego caracterizado por un patrón de apego evitativo y ambivalente, déficit del autodesarrollo autónomo, inadaptación a la escuela^{68,69,70}, que luego en el periodo de adolescencia predispone a alteraciones en la autoestima, la autonomía, inestabilidad en las relaciones románticas e identificación del proyecto de vida⁶⁰, trastornos de personalidad, esquizofrenia, conductas suicidas y disociación⁷⁰.

Los niños sexualmente abusados son los que muestran niveles más altos de problemas de conducta y se asocian con un aumento de 4 veces en las probabilidades de presentar trastorno de estrés postraumático (PTSD), y con un aumento de 8 veces de los niveles clínicos de disociación, estas dificultades colocan a los niños sexualmente abusados en riesgo de victimización entre compañeros, que incrementan significativamente los resultados negativos de los niños abusados sexualmente^{71,72,73}.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha hecho esfuerzos significativos para aumentar en los pediatras la conciencia de las experiencias adversas de la niñez y sus efectos sobre el desarrollo temprano del niño, por ejemplo, para identificar a los niños en situación de riesgo, ha sugerido a los pediatras implementar la detección sistemática de factores familiares o comunitarios que puedan afectar negativamente a los niños, promover la resiliencia a través de la identificación de las familias en situación de riesgo y fomentar la enseñanza de estrategias de crianza positiva^{47,48,74,75}.

Pero, a pesar de las directrices de la AAP, en las investigaciones actuales sólo el 4% de los pediatras indaga acerca de las experiencias adversas asociadas al maltrato infantil, representando una oportunidad perdida para abordar problemas familiares, que pueden tener un gran impacto en el desarrollo de los niños^{46,68}.

La OMS, establece programas y políticas de prevención de la violencia hacia los individuos, las relaciones, las comunidades y las sociedades en su conjunto, aplicados en colaboración con distintos sectores de la sociedad en escuelas, lugares de trabajo y sistemas de justicia penal, de esta manera, la prevención de la violencia tendrá más probabilidades de

éxito si es integral y con un inicio precoz de las intervenciones en la etapa prenatal y la infancia, con la utilización de estrategias que respalden el desarrollo de relaciones y entornos seguros, estables para los padres o cuidadores y sus hijos⁷⁶. También existen programas para los miembros del equipo de salud basados en una capacitación exitosa incluyendo discusión interactiva, sesiones de refuerzo e involucrando a profesionales especializados en violencia doméstica⁷⁷.

Además de los programas y las políticas de prevención de la violencia de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud⁷⁶, existen otros programas a nivel internacional sobre las estrategias de prevención de la violencia familiar como el Programa de Prevención a la Violencia Doméstica del Departamento de Salud de los Estados Unidos de América⁷⁸, el Programa de intervención con maltratadores en España⁷⁹ y la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría de México⁸⁰, pero no existen datos reportados en relación a la utilización de estrategias de aprendizajes basadas en simulaciones educativas con sociodramas y mapas mentales en familias con violencia doméstica, lo que motivó la creación del nivel de prevención de violencia familiar de la Cátedra Libre Escuela para padres: el gran reto de la medicina preventiva de la Universidad del Zulia, Venezuela, con objetivo principal de realizar una intervención familiar, por medio de estas estrategias de aprendizaje, que faciliten el autodiagnóstico de maltrato en las mujeres y en los niños, motivándolos a romper el silencio, fortalecer los valores y la armonía familiar para de esta forma buscar ayuda tempranamente con el equipo multidisciplinario y disminuir las complicaciones de la violencia doméstica²⁸.

La Cátedra Libre Escuela para padres: el gran reto de la medicina preventiva de la Universidad del Zulia y el Proyecto de investigación “Estrategias de aprendizaje con pertinencia social para la prevención de enfermedades infantiles”: consiste en un programa educativo desarrollado en el área de la salud, que aporta conocimientos, habilidades y destrezas a los padres y representantes durante las diferentes etapas de la vida de sus hijos, impartiendo orientaciones educativas de gran utilidad en la promoción de la salud, tanto en prevención primaria como en la rehabilitación, además de la implementación de herramientas de atención integral con la triple dimensión bio-psico-social⁸¹.

El nivel de prevención de violencia familiar se realiza en una forma inédita, del área ambulatoria del Hospital General de Sur, de Maracaibo, Venezuela y en el Proyecto de investigación “Estrategias de aprendizaje con pertinencia social para la prevención de enfermedades infantiles”, de la Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE), de la Universidad Técnica de Ambato, con el objetivo de difundir información y materiales educativos dirigidos a los niños, niñas y adolescentes que sean de interés social y cultural, encaminados al desarrollo progresivo y pleno de su personalidad, aptitudes, capacidad mental y física, transformando las salas de espera en comunidades de aprendizaje, utilizando estrategias como: simulaciones educativas con sociodramas, mapas mentales, talleres para intercambiar opiniones, concepciones, experiencias

sobre el fortalecimiento de los valores familiares como el respeto, responsabilidad y nivel de autoestima de las mujeres y niños^{28,82}.

En los sociodramas se representa las situaciones de la manera más aproximada a la realidad de la prevención de la violencia doméstica, para facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje, ofrecer un entrenamiento de habilidades, competencias y desarrollar una comprensión empática de la prevención, por medio de estrategias para fortalecer la armonía familiar, el compromiso de educar, la importancia de la comunicación efectiva y enfrentar los cambios con flexibilidad^{83,84}.

Los mapas mentales son una herramienta de generación de ideas y una estrategia que permiten la organización y representación de la información, con el propósito de facilitar el proceso de aprendizaje, administración y planeación organizacional, así como la toma de decisiones, permitiendo representar las ideas utilizando de manera armónica las funciones cognitivas de los hemisferios cerebrales⁸⁵.

Los mapas mentales se utilizan para presentar los conocimientos sobre violencia doméstica, con el propósito de facilitar los procesos de aprendizaje, para desarrollar en los padres competencias conceptuales relacionadas con el autodiagnóstico de violencia familiar física, emocional, sexual, omisión o negligencia, competencias procedimentales orientadas a la aplicación de estrategias de comunicación, comprensión y desarrollo personal para mejorar las relaciones interfamiliares y competencias actitudinales para fortalecer los valores de respeto, responsabilidad e incrementar la autoestima de mujeres y niños e incentivar la disposición de realizar cambios de la violencia por la armonía familiar²⁸.

Conclusiones

144

La violencia doméstica y el maltrato infantil son importantes problemas sociales, de salud pública y de derechos humanos con alta prevalencia y con consecuencias graves y de largo alcance no solo para las víctimas, sino también para la sociedad en general.

Las variables que repercuten sobre el estado biopsicosocial en niños y niñas víctimas de la violencia en el hogar son la mayor o menor cantidad de tiempo que el niño o la niña estén expuestos a las situaciones violentas en el hogar; el tipo de violencia que sufren (física, psicológica, emocional, directa, indirecta, entre otros), la edad del menor expuesto a situaciones de violencia doméstica y la relación del agresor con el niño o la niña.

Las repercusiones en los niños del fenómeno de violencia se han establecido en el estudio de Experiencias Adversas, donde el estrés asociado al maltrato infantil, a la violencia de pareja en los padres y la disfunción familiar tienen efectos negativos inmediatos, profundos y duraderos en el niño, que pueden afectar el funcionamiento neurobiológico del cerebro, interrumpiendo el desarrollo de los circuitos cerebrales, comprometiendo el papel de la corteza pre-frontal en el control de

los impulsos a lo largo de la vida del niño y alterando el sistema de recompensa y aversión, que afectan la salud física y mental del niño, ya que existe una relación entre el maltrato infantil y el desarrollo de una variedad de problemas psicológicos como alteraciones del comportamiento, impulsividad, trastornos somáticos, que pueden afectar negativamente las funciones cognitivas relacionadas con el aprendizaje y provocar alteraciones de la salud mental y secuelas psiquiátricas posteriores.

La OMS, establece que la violencia es prevenible fomentando la utilización de estrategias que respalden el desarrollo de relaciones y entornos seguros, estables y de crianza para cuidadores y sus hijos.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó en el marco del proyecto investigación "Estrategias de aprendizaje con pertinencia social para la prevención de enfermedades infantiles", de la Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE), aprobado por el Consejo Universitario de la Universidad Técnica de Ambato con Resolución: 0417-CU-P-2018, para fomentar en los padres y representantes el respeto a los derechos humanos, a la identidad cultural, para asumir una vida responsable en libertad y a formar de manera adecuada conciencia de comprensión humana y social, paz, tolerancia, igualdad de sexos y amistad entre los pueblos, grupos étnicos, y personas en general

Referencias

1. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A Diagnosis of Denial: How Mental Health Classification Systems Have Struggled to Recognise Family Violence as a Serious Risk Factor in the Development of Mental Health Issues for Infants, Children, Adolescents and Adults. *Brain Sci.* 2017;7(10):133. doi:10.3390/brainsci7100133.
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>. 2017.
3. Madden K; PRAISE-2 Investigators. Prospective evaluation of intimate partner violence in fracture clinics (PRAISE-2): protocol for a multicentre pilot prospective cohort study. *Pilot Feasibility Stud.* 2018;15(4):115. doi:10.1186/s40814-018-0301-9.
4. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. 2016.
5. Jud A, Fegert JM, Finkelhor D. On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2016??; 10:17. doi:10.1186/s13034-016-0105-8.
6. Randhawa G, Azarbar A, Dong H, Milloy MJ, Kerr T, Hayashi K. Childhood Trauma and the Inability to Access Hospital Care Among People Who Inject Drugs. *J Trauma Stress.* 2018;31(3):383-390. doi: 10.1002/jts.22286..
7. Derakhshanpour F, Hajebi A, Panaghi L, Ahmadabadi Z. Effectiveness of psychosocial interventions in abused children and their families. *Med J Islam Repub Iran.* 2017; 30(31):49. doi: 10.14196/mjiri.31.49.
8. Chesmore AA, Weiler LM, Taussig HN. Mentoring Relationship Quality and Maltreated Children's Coping. *Am J Community Psychol.* 2017;60(1-2):229-241. doi: 10.1002/ajcp.12151.

9. Anke de Haan, Helene G. Ganser, Annika Münzer, Andreas Witt and Lutz Goldbeck. Dysfunctional maltreatment-related cognitions in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.2017;11:31. doi: 10.1186/s13034-017-0168-1
10. Gustafsson HC, Barnett MA, Towe-Goodman NR, Mills-Koonce WR, Cox MJ. the Family Life Project Key Investigators. Family Violence and Children's Behavior Problems: Independent Contributions of Intimate Partner and Child-Directed Physical Aggression. *J Fam Violence*. 2014;29(7):773-781. doi:10.1007/s10896-014-9628-z.
11. Van Rosmalen-Nooijens K, Lo Fo Wong S, Prins J, Lagro-Janssen T. Young People, Adult Worries: Randomized Controlled Trial and Feasibility Study of the Internet-Based Self-Support Method "Feel the ViBe" for Adolescents and Young Adults Exposed to Family Violence. Eysenbach G, ed. *J Med Internet Res*. 2017;19(6): e204. doi:10.2196/jmir.6004.
12. Halim N, Steven E, Reich N, Badi L, Messersmith L. Variability and validity of intimate partner violence reporting by couples in Tanzania. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193253. doi: 10.1371/journal.pone.0193253.
13. Salinas P, Campos N. Percepción de los docentes sobre el maltrato infantil en la educación básica de la ciudad de Mérida, Venezuela. *MedULA*. 2005; 11(1):1-4.
14. Namy S, Carlson C, O'Hara K, Nakuti J, Bukuluki P, Lwanyaaga J, Namakula S, Nanyunja B, Wainberg ML, Naker D, Michau L. Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. *Soc Sci Med*. 2017;184:40-48. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.04.042.
15. Mohammed N. Al Dosari, Mazen Ferwana, Imad Abdulmajeed, Khaled K. Aldossari, and Jamaan M. Al-Zahrani. Parents' perceptions about child abuse and their impact on physical and emotional child abuse: A study from primary health care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 2017; 24(2): 79–85. doi: 10.4103/2230-8229.205110
16. Ulloa EC, Hammett JF. The Effect of Gender and Perpetrator-Victim Role on Mental Health Outcomes and Risk Behaviors Associated With Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2016;31(7):1184-207. doi: 10.1177/0886260514564163.
17. López M. Educar para la Paz. *Arch Venez Puer Ped*. 2008; 71(4):103-104.
18. Harding DJ, Dobson CC, Wyse JJB, Morenoff JD. Narrative change, narrative stability, and structural constraint: The case of prisoner re-entry narratives. *Am J Cult Sociol*. 2017;5(1):261-304. doi:10.1057/s41290-016-0004-8.
19. Vidal HG, Caldas IM, de França Caldas A Jr, de Miranda Coelho Júnior LGT, de Souza EHA, Pereira ML. Physical Violence Against Children and Adolescents in Porto: A 5-Year Study. *J Interpers Violence*. 2017 Apr 1:886260517700616. doi:10.1177/0886260517700616. [Epub ahead of print].
20. Nuttman-Shwartz O. Children and adolescents facing a continuous security threat: Aggressive behavior and post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Negl*.2017 Jul;69:29-39. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.04.008.
21. Simsek E, Guney SA, Baysal SU. A retrospective study with ICAS-T-R (ispcan child abuse screening tools-retrospective) questionnaire for determination of child abuse in first year medical students in Turkish population. *Child Abuse Negl*. 2017;69:125-133. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.04.018.
22. Carmona-Torres JM, Recio-Andrade B, Rodríguez-Borrego MA. Violence committed by intimate partners of physicians, nurses and nursing assistants. *Int Nurs Rev*. 2018 Feb 26. doi: 10.1111/inr.12433.
23. Dineen KK, DuBois JM. Between a Rock and a Hard Place: Can Physicians Prescribe Opioids to Treat Pain Adequately While Avoiding Legal Sanction? *Am J Law Med*. 2016;42(1):7-52.
24. Lee SW, Bae GY, Rim HD, Lee SJ, Chang SM, Kim BS, Won S. Mediating Effect of Resilience on the Association between Emotional Neglect and Depressive Symptoms. *Psychiatry Investig*. 2018;15(1):62-69. doi: 10.4306/pi.2018.15.1.62.
25. OMS (2014). Maltrato infantil. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
26. Amores-Villalba Amores, Mateos-Mateos Rocío. Review of neuropsychology of child abuse: Neurobiology and neuropsychological profile in maltreated children. *Psicología Educativa*. 2017;232:1-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
27. Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. [Preparado por la Relatoría sobre los Derechos de la Niñez de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)]. CIDH el 17 de octubre de 2013 OEA/Ser.L/V/II. Doc. 54/13 17 octubre 2013 Original: Español 2013 Internet: <http://www.cidh.org>.
28. Fernández G, Arráiz C, Paredes G. Estrategias de Prevención de Violencia Familiar de La Cátedra Escuela Para Padres. *Arch Venez Puer Ped*. 2008; 71(4):124-130.
29. Ficht AL, Komba A, Bisimba J, Mlangi E, Dastur S, Wheeler T, Srivastava M. The time is now: closing the pediatric treatment gap and building resilience among female sex workers and their children. *AIDS*. 2018 Jul 12. doi: 10.1097/QAD.0000000000001952.
30. Código de la Niñez y Adolescencia. Asamblea Nacional del Ecuador. (2013). Disponible en: <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>.
31. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Exposición de Motivos. Gaceta Oficial No. 5859 extraordinario del 10 de diciembre de 2017.
32. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia (LOSDMVLV). 2007. pp.6-9. Gaceta Oficial No. 38668 del 23 de abril de 2007. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
33. Mouesca Juan P. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2da parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(1):64-74. doi.org/10.5546/aap.2016.64
34. Berzenski SR, Madden AR, Yates TM. Childhood emotional abuse characteristics moderate associations with adult psychopathology and caregiving. *Child Abuse Negl*. 2018 Jun 23. pii: S0145-2134(18)-30245-X. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.06.004.
35. Tran NK, Van Berkel SR, van IJzendoorn MH, Alink LRA. The association between child maltreatment and emotional, cognitive, and physical health functioning in Vietnam. *BMC Public Health*. 2017;17:332. doi:10.1186/s12889-017-4258-z.
36. Kahya Y. Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration in a Turkish Female Sample: Rejection Sensitivity and Hostility. *J Interpers Violence*. 2018:886260518786499. doi: 10.1177/0886260518786499.
37. Silva JMMD, Lim MC, Ludermer AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. *Rev Sau de Publica*. 2017;10:51:34. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006848.
38. Barcelata B, Álvarez E. Patrones de Interacción Familia de Madres

y Padres Generadores de Violencia y Maltrato Infantil. *Ac. Colom. Psicol.* 2005; 18(1):12-22.

39. García Sánchez, B. Los núcleos de educación familiar y la prevención de las violencias difusas en contextos educativos. *Rev Colomb Psicol* 2003; 2(12):49-59.
40. Barros Ana Cláudia Mamede Wiering de, Deslandes Suely Ferreira, Bastos Olga Maria. Family violence in a sample of children and adolescents with disabilities. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(6):e00090415. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090415>.
41. Teicher, M and Samson, J. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(3):241–266. doi: 10.1111/jcpp.12507.
42. Paredes-Guerrero, Leticia Janet; Llanes-Salazar, Rodrigo; Torres-Salas, Nayelli y Espana-Paredes, Alejandra Pamela. La violencia de género contra las mujeres en Yucatán. *Liminar.* 2016;14(2):45-56. doi:<http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v14i2.459>
43. Senese VP, Shinohara K, Esposito G, Doi H, Venuti P, Bornstein MH. Implicit Association to Infant Faces: How Genetics, Early Care Experiences, and Cultural Factors Influence Caregiving Propensities. *Behav Brain Res.* 2017;325(Pt B):163-172. doi:10.1016/j.bbr.2016.09.040.
44. Tang K, Qu X, Li C, Tan S. Childhood sexual abuse, risky sexual behaviors and adverse reproductive health outcomes among Chinese college students. *Child Abuse Negl.* 2018;4(84):123-130. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.07.038.
45. Machteld D. Telman, Mathilde M. Overbeek, J. Clasien de Schipper, Francien Lamers-Winkelmann, Catrin Finkenauer, and Carlo Schuengel. Family Functioning and Children's Post-Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *J Fam Violence.* 2016; 31: 127–136. doi: 10.1007/s10896-015-9769-8.
46. Pappas MA, Vijan S, Rothberg MB, Singer DE. Reducing age bias in decision analyses of anticoagulation for patients with non-valvular atrial fibrillation—A microsimulation study. *PLoS One.* 2018;13(7):e0199593. doi:10.1371/journal.pone.0199593.
47. Kerker BD, Storfer-Isser A, Szilagyi M, Stein REK, Garner A, O'Connor K G, Horwitz SM. Do pediatricians ask about adverse childhood experiences in pediatric primary care?. *Acad Pediatr.* 2016; 16(2):154-160. <http://doi.org/10.1016/j.acap.2015.08.002>
48. Szilagyi M, Kerker BD, Storfer-Isser A, Stein RE, Garner A, O'Connor KG, Hoagwood KE, McCue Horwitz S. Factors Associated With Whether Pediatricians Inquire About Parents' Adverse Childhood Experiences. *Acad Pediatr.* 2016;16(7):668-75. doi: 10.1016/j.acap.2016.04.013.
49. Vega-Arce M, Núñez-Ulloa G. Screening of adverse childhood experiences in preschoolers: scoping review. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2017; 74(6):385-396. doi: 10.1016/j.bmhimx.2017.07.003.
50. Amores-Villalba Alejandro, Mateos-Mateos. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa* 23(2017)81–88. doi: 10.1016/j.pse.2017.05.006
51. Bick J, Nelson CA. Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology.* 2016 Jan;41(1):177-96. doi: 10.1038/npp.2015.252. Epub 2015 Oct 28. PubMed PMID: 26334107; PubMed Central PMCID: PMC4677140.
52. Bellis MA, Hardcastle K, Ford K, Hughes K, Ashton K, Quigg Z, Butler N. Erratum to: Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):140. doi: 10.1186/s12888-017-1305-3.
53. Schultz W, Stauffer WR, Lak A. The phasic dopamine signal maturing: from reward via behavioural activation to formal economic utility. *Curr Opin Neurobiol.* 2017;43:139-148. doi: 10.1016/j.conb.2017.03.013.
54. Kim S, Kim JS, Shim M, Im C-H, Lee S-H. Altered cortical functional network during behavioral inhibition in individuals with childhood trauma. *Sci Rep .* 2018;8:10123. doi:10.1038/s41598-018-28329-6.
55. Montes-Rodríguez CJ, Urteaga-Urías E. [Synaptic plasticity as a substrate of resilience]. *Rev Neurol.* 2018 Dec 1;67(11):453-460. Review. Spanish.
56. Ghazanfarpour M, Khadivzadeh T, Rajab Dizavandi F, Kargarfard L, Shariati Kh, Saeidi M. The Relationship between Abuse during Pregnancy and Pregnancy Outcome: An Overview of Meta - Analysis. *Int J Pediatr* 2018; 6(10): 8399-8405. doi: 10.22038/IJP.2018.31446.2787
57. Madigan S, Wade M, Plamondon A, Maguire JL, Jenkins JM. Maternal Adverse Childhood Experience and Infant Health: Biomedical and Psychosocial Risks as Intermediary Mechanisms. *J Pediatr.* 2017 Aug;187:282-289.e1. DOI:10.1016/j.jpeds.2017.04.052.
58. Sterling S, Chi F, Weisner C, Grant R, Pruzansky A, Bui S, Madvig P, Pearl R. Association of behavioral health factors and social determinants of health with high and persistently high healthcare costs. *Prev Med Rep.* 2018; 27(11):154-159. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.06.017.
59. Crouch E, Strompolis M, Bennett KJ, Morse M, Radcliff E. Assessing the interrelatedness of multiple types of adverse childhood experiences and odds for poor health in South Carolina adults. *Child Abuse Negl.* 2017;65:204-211. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.02.007.
60. De Rose P, Salvaguardia F, Bergonzini P, Cirillo F, Demaria F, Casini MP, Vicari S. Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment. *ScientificWorldJournal.*2016;2016:8654169. doi: 10.1155/2016/8654169.
61. Radcliff E, Crouch E, Strompolis M. Rural–urban differences in exposure to adverse childhood experiences among South Carolina adults. *Rural Remote Health.* 2018;18(1):4434. doi: 10.22605/RRH4434.
62. Opendak M, Gould E, Sullivan R. Early life adversity during the infant sensitive period for attachment: Programming of behavioral neurobiology of threat processing and social behavior. *Dev Cogn Neurosci.* 2017;25:145-159. doi: 10.1016/j.dcn.2017.02.002.
63. Kim S, Kim JS, Jin MJ, Im C-H, Lee S-H. Dysfunctional frontal lobe activity during inhibitory tasks in individuals with childhood trauma: An event-related potential study. *NeuroImage Clin.* 2018;17:935-942. doi:10.1016/j.nicl.2017.12.034.
64. Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLoS One.* 2017;6;12(4):e0175240. doi: 10.1371/journal.pone.0175240.
65. Serrata JV, Hernandez-Martinez M, Macias RL. Self-Empowerment of Immigrant Latina Survivors of Domestic Violence: A Promotora Model of Community Leadership. *Hisp Health Care Int.* 2016;14(1):37-46. doi: 10.1177/1540415316629681
66. Gracia E, López-Quílez A, Marco M, Lila M. Neighborhood characteristics and violence behind closed doors: The spatial overlap of child maltreatment and intimate partner violence. Li Z, ed. *PLoS ONE.* 2018;13(6):e0198684. doi: 10.1371/journal.pone.0198684

67. Swailes AL, Lehman EB, McCall-Hosenfeld JS. Intimate partner violence discussions in the healthcare setting: A cross-sectional study. *Prev Med Rep.* 2017;4(8):215-220. doi: 10.1016/j.pme-dr.2017.10.017.
68. Nicklisch N, Ramsthaler F, Meller H, Friederich S, Alt KW. The face of war: Trauma analysis of a mass grave from the Battle of Lützen (1632). Halcrow SE, ed. *PLoS ONE.* 2017;12(5):e0178252. doi:10.1371/journal.pone.0178252.
69. Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neurobiology of child abuse: the 'cycle of violence. *Rev Neurol* 2011; 52:489-503. doi: https://doi.org/10.33588/rn.5208.2009256
70. Hébert M, Langevin R, Daigneault I. The Association between Peer Victimization, PTSD, and Dissociation in Child Victims of Sexual Abuse. *J Affect Disord.* 2016; 193:227-232. doi:10.1016/j.jad.2015.12.080
71. Mauritz MW, Van Gaal BGI, Jongedijk RA, Schoonhoven L, Nijhuis-van der Sanden MWG, Goossens PJJ. Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder associated with repeated interpersonal trauma in patients with severe mental illness: a mixed methods design. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;7:10.3402/ejpt.v7.32473.doi:10.3402/ejpt.v7.32473.
72. Van Vliet NI, Huntjens RJC, van Dijk MK, de Jongh A. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment in patients with childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2018;19:138. doi:10.1186/s13063-018-2508-8.
73. Fine NB, Achituv M, Etkin A, Merin O, Shalev AY. Evaluating web-based cognitive-affective remediation in recent trauma survivors: study rationale and protocol. *Eur J Psychotraumatol.* 2018;9(1):1442602. doi:10.1080/20008198.2018.1442602.
74. Suri S Consultant Paediatrician, Nash E GP Registrar. Resilience: surviving and thriving in the paediatric workplace. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2018 Mar 26. pii: edpract-2017-313554. doi: 10.1136/archdischild-2017-313554.
75. Brown NM, Brown SN, Briggs RD, Germán M, Belamarich PF, Oyeku SO. Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Acad Pediatr.* 2017;17(4):349-355. doi: 10.1016/j.acap.2016.08.013.
76. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, DC : OPS, Organización Mundial de la Salud, 2016, disponible en: oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_prevenccion_de_la_violencia.pdf
77. Turner, W; Hester, M; Broad, J; Szilassy, E; Feder, G; Drinkwater, J; Firth, A and Stanley, N. Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Rev.* 2017;26(1):19-39. doi: 10.1002/car.2385.
78. Sullivan CM. Understanding How Domestic Violence Support Services Promote Survivor Well-being: A Conceptual Model. *J Fam Violence.* 2018;33(2):123-131. doi:10.1007/s10896-017-9931-6.
79. Ferrer-Perez VA, Bosch-Fiol E. Batterer Intervention Programs in Spain: An Analysis of Their Effectiveness. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2018Mar;62(4):885-897. doi: 10.1177/0306624X16672455.
80. Corina A. García Piña. Model for the study and care of child abuse in the National Institute of Pediatrics: focus on human rights, ecological and interdisciplinary approach. *Acta Pediatr Mex* 2015;36:58-60. doi: 10.18233/APM36No2pp58-60
81. Fernández G. Cátedra Libre: Escuela para padres el gran reto de la medicina preventiva. *Arch Venez Puer Ped.* 2006; 69(1):117-119.
82. Arráiz Carolina, Fernández Gerardo, Troya Verónica, Raza Cristina, Valencia Paola. Proyecto de investigación: Estrategias de aprendizaje con pertinencia social para la prevención de enfermedades infantiles. Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE), Universidad Técnica de Ambato. Resolución: 0417-CU-P-2018.
83. Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Pereira Junior GA, Almeida RGS, Pedersoli CE. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25:e2916. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>.
84. Baile WF, Walters R. Applying sociodramatic methods in teaching transition to palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Mar;45(3):606-19. doi:10.1016/j.jpainsymman.
85. Janczukowicz J, Rees CE. Preclinical medical students' understandings of academic and medical professionalism: visual analysis of mind maps. *BMJ Open.* 2017;7(8):e015897. doi:10.1136/bmjopen-2017-015897.

Indices y Bases de Datos:

AVFT está incluida en las bases de datos de publicaciones científicas en salud:

OPEN JOURNAL SYSTEMS

REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

SCOPUS de Excerpta Medica

GOOGLE SCHOLAR

Scielo

BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud)

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Universidad Nacional Autónoma de México)

LIVECS (Literatura Venezolana de Ciencias de la Salud)

LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias)

REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER - UCV

EBSCO Publishing

PROQUEST

www.revhipertension.com

www.revdiaabetes.com

www.revsindrome.com

www.revistaavft.com