



Artículo original

Correlación entre conocimientos, motivaciones y habilidades relacionadas con cuidado infantil y aspectos sociodemográficos en Cali, Colombia

Sandra Marcela Zúñiga Bolívar^{a,*}, Jorge Alirio Holguín Ruiz^b
y Julio Cesar Mateus Solarte^{a,c}

^a Universidad del Valle, Cali, Colombia

^b Secretaría de Salud Pública Municipal, Cali, Colombia

^c Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2017

Aceptado el 6 de noviembre de 2017

On-line el 6 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Conocimientos

Actitudes y práctica en salud

Abuso de niños

RESUMEN

Material y métodos: Estudio de corte transversal realizado en hogares de Cali seleccionados mediante muestreo probabilístico por conglomerados bietápico. Se analizaron variables sociodemográficas y su relación con los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores.

Resultados: Se encuestó a 519 cuidadores, en su mayoría madres de los niños. Se encontró que los predictores relacionados con los conocimientos y las prácticas son: escolaridad, parentesco, afiliación al sistema, procedencia, número de niños y personas que conforman el hogar, y en cuanto a las actitudes, no se encontraron variables relacionadas.

Conclusiones: Se confirma que las variables sociodemográficas predicen la presencia de conocimientos y prácticas de los cuidadores relacionados con maltrato infantil. Los predictores encontrados son fundamentales para identificar las poblaciones con mayor riesgo de maltrato infantil, que son a las cuales deben dirigirse prioritariamente acciones de promoción y prevención. Los resultados de esta investigación son fundamentales para poder incorporar al componente comunitario de AIEPI estrategias que promuevan el cuidado infantil apropiado, prevengan el maltrato infantil y modulen sus efectos mediante la promoción de la resiliencia en Colombia.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandra.zuniga@correounivalle.edu.co (S.M. Zúñiga Bolívar).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.11.001>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correlation Among Knowledge, Motivations, and Skills Related to Child Abuse and Socio-demographic Factors in Cali, Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Knowledge
Attitudes and practice in health
Child abuse

Material and methods: A cross-sectional study carried out in Cali households selected via probabilistic sampling, by two-stage clustering. Sociodemographic variables and their relationship with the knowledge, attitudes and practices of the caregivers were analysed.

Results: A total of 519 caregivers were surveyed, most of whom were the mothers of the children. It was found that the predictors related to the knowledge and practices were: schooling, kinship, affiliation with the system, origin, number of children and people in the home, and no related variables were found in terms of attitudes.

Conclusions: It was confirmed that sociodemographic variables predict the presence of knowledge and practices related to child maltreatment in caregivers. The predictors found are fundamental for identifying populations with higher risk of child abuse towards which priority promotion and prevention actions should be directed. The results of this study are essential for being able to incorporate strategies that promote appropriate child care, prevent child abuse into the community component of integral care of prevalent diseases of children (AIEPI), and modulate its effects through by promoting resilience in Colombia.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El maltrato infantil es un problema de salud pública mundial^{1,2}. Se estima que anualmente el 70% de la población infantil sufre algún tipo de maltrato³. En Colombia, la prevalencia de maltrato infantil estimada es del 42%⁴, mientras que en Cali, la cifra reportada es del 30%⁵.

El maltrato infantil es un problema social que genera múltiples consecuencias negativas en los niños. Causa déficit cognitivo, problemas del lenguaje, trastornos del aprendizaje, trastornos de la conducta, problemas emocionales, comportamientos autodestructivos, discapacidad grave, secuelas neurológicas e incluso la muerte^{1,2}.

Se han identificado factores sociodemográficos, económicos y familiares relacionados con conocimientos, actitudes y prácticas asociados con maltrato infantil. En particular, se ha determinado que los conocimientos sobre este evento se asocian con bajo nivel educativo, escasez de recursos económicos que limita el acceso a los medios de información, falta de redes de apoyo en la comunidad, la cultura y las formas de crianza⁶. A su vez, motivaciones que favorecen el maltrato infantil se desprenden de historias de conducta violenta, familias monoparentales y antecedentes de maltrato intrafamiliar⁷. Además, se ha encontrado que las prácticas inapropiadas en el cuidado de los menores se afianzan cuando los niños sufren alguna condición de salud difícil de sobrellevar para los padres o cuidadores⁸.

De manera particular en Colombia, existen normas e iniciativas encaminadas a promover el cuidado del niño y la prevención del maltrato infantil^{9,10}. Sin embargo, la prevalencia del maltrato infantil continúa en altos niveles a pesar de los esfuerzos gubernamentales^{4,5}. Dado que el cuidado del niño recae en los adultos, las acciones para promover el cuidado adecuado y prevenir el maltrato requieren

herramientas para identificar e intervenir con prioridad sobre los adultos con mayor predisposición a brindar cuidados inapropiados.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio es identificar variables sociodemográficas que permitan predecir niveles de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el maltrato infantil entre quienes brindan cuidado a niños en comunidades de estratos socioeconómicos bajos, con el propósito de hallar herramientas para identificar las poblaciones en mayor riesgo de maltrato infantil en las que centrar las acciones de promoción del cuidado niño y prevención del maltrato infantil contempladas en el componente comunitario de la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)^{11,12}.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal para estimar la prevalencia de conocimientos, motivaciones y habilidades (CMH) relacionadas con maltrato infantil en cuidadores de niños menores de 5 años en poblaciones pobres urbanas de Cali, Colombia.

Población de estudio

Se estudió a madres y cuidadores de menores de 5 años residentes en manzanas con estrato socioeconómico modas 1 a 3 de 5 comunas de la zona urbana de la ciudad de Cali. La selección de las comunas se hizo a partir de la información cartográfica, demográfica y socioeconómica que la administración local pone a pública disposición de acuerdo con el gerente del programa de AIEPI, de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Diseño muestral

El diseño muestral se dirigió a estimar la prevalencia de CMH siguiendo recomendaciones nacionales e internacionales¹³⁻¹⁵. El universo del estudio fueron madres y cuidadores de menores de 5 años, residentes en las comunas 13, 14, 15, 16 y 21 del área urbana de Cali. Por las características del universo del estudio, el diseño utilizado, por su balance costo-precisión, fue el muestreo probabilístico por conglomerados bietápico. Probabilístico porque la probabilidad de selección de cada manzana y cada hogar era conocida y mayor que cero, dado que en cada manzana seleccionada se censaron y listaron todos los hogares con menores de 5 años, con lo que se aseguró que ningún hogar de las manzanas seleccionadas fuera excluida de la selección. En este caso, se consideró como conglomerados a las manzanas y fueron las unidades de selección primarias y los hogares, las secundarias. Fue un muestreo bietápico, puesto que primero se seleccionaron las manzanas y luego, de un listado de todos los hogares con menores de 5 años identificados en cada manzana, se seleccionaron sistemáticamente los hogares que harían parte de la muestra. La selección de hogares se apoyó en tablas prediseñadas que permitieron disminuir la variabilidad en la probabilidad de selección introducida por las variaciones del número de hogares por manzana^{13,14}.

Tamaño de muestra

A partir de cálculos exploratorios para estimaciones puntuales, utilizando como parámetros los requerimientos del estudio, los recursos disponibles y la precisión esperada y una fórmula propia del muestreo aleatorio simple de elementos adaptada al diseño de conglomerados^{13,14}, a la cual se incorporó un efecto del diseño (Deff) de 1,3 según recomendaciones nacionales derivadas de estudios urbanos en otras ciudades colombianas^{15,16}, una prevalencia mínima de CHM relacionadas con maltrato infantil del 30%, similar a la prevalencia de maltrato estimada para Cali⁵, un error estándar relativo del 11%, que permitiría estimaciones, con una precisión del 95%, entre el 23 y el 37% y además esperando un 20% de sin respuesta, se estimó que se necesitaba seleccionar como mínimo a 360 cuidadores de menores de 5 años de la población en estudio. En esta muestra no se incluyó a los cuidadores que hacían parte de los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Colombia.

Variables de estudio

Teniendo en cuenta el modelo Información, Motivación, Habilidades comportamentales (IMH)¹⁷ y los parámetros contemplados por el Ministerio de la Protección Social en la Encuesta Basal incluida en la Guía para Facilitadores Locales de AIEPI Comunitario¹¹, se midieron los conocimientos, motivaciones y habilidades relacionadas con maltrato infantil. Además, se midieron variables sociodemográficas como nivel educativo, ocupación, régimen de afiliación al sistema de salud, composición familiar, tiempo de residencia en la ciudad y características de la vivienda.

Recolección de datos

Para asegurar la calidad de los datos, se diseñó un instrumento para la recolección de información basado en los constructos del modelo IMH¹¹ y los lineamientos de la guía para facilitadores locales de AIEPI comunitario¹⁸. Antes de aplicarlo, este instrumento fue sometido a una entrevista cognitiva que permitió ajustarlo a un lenguaje más comprensible para la población que se iba a entrevistar, así como mejorar la secuencia de las preguntas. El formulario se aplicó cara a cara solo a los cuidadores que aceptaron participar libre y voluntariamente del estudio después de explicarles los procedimientos, beneficios y riesgos que implicaba la participación. La voluntad de participación quedó expresada en un documento de consentimiento que el cuidador firmó. Este estudio fue avalado y clasificado como un estudio de riesgo mínimo por el comité de ética institucional, teniendo en cuenta los lineamientos internacionales para estudios en sujetos humanos y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia^{19,20}.

El formato fue aplicado por encuestadores con experiencia a los que se capacitó sobre aspectos generales del estudio y sus procedimientos operativos y que realizaron ejercicios de aplicación supervisados. Estos encuestadores fueron coordinados y acompañados por supervisores de campo con experiencia en la operación de estudios poblacionales, manejo de grupos, cartografía y la aplicación de procedimientos para el control de calidad de los datos. En la medida que avanzaba la recolección de datos, un profesional revisaba y criticaba los formularios diligenciados. Este profesional también verificó la aplicación de la entrevista mediante llamada telefónica a participantes seleccionados aleatoriamente. Una vez revisados y criticados, se procedió a almacenar los formatos en una base de datos. Los registros de la base de datos se contrastaron con los formatos diligenciados en una muestra aleatoria del 50% de los registros almacenados.

Análisis

Tomando como referencia el modelo IMH, se construyeron variables que permitieron explorar e identificar a los cuidadores que presentaban conocimientos inadecuados, motivaciones desfavorables y habilidades de crianza inapropiadas que podrían favorecer la aparición del maltrato infantil. Para cada una de estas variables se estimó la prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Con el propósito de identificar los predictores relacionados con CMH relacionados con maltrato infantil, se construyó una variable resultado de tipo recuento. Esta variable cuantificó el número de CMH reportados por los cuidadores que se consideran apropiados para el cuidado de los niños según las recomendaciones internacionales^{2,4}. Dadas las características de esta variable de respuesta, se construyó un modelo de regresión binomial negativa. Este tipo de modelo se consideró más apropiado porque se buscó controlar la dispersión de los datos, dado que se presentaban diferencias entre la varianza y la media de la variable resultado²¹⁻²³. En consecuencia, se construyeron 3 modelos basados en la distribución binomial negativa, uno para los conocimientos, otro para las motivaciones y un tercero para las habilidades. En estos modelos el

conjunto de factores potencialmente predictores correspondieron a las variables sociodemográficas.

Para construir cada modelo, después de estimar las prevalencias y evaluar la distribución, medidas de tendencia central y dispersión de cada CMH, se procedió a realizar un análisis bivariable binomial negativo. En este se exploró la relación entre las características sociodemográficas y las variables de suma de conocimientos, de motivaciones y de habilidades. Se exploró la relación entre las variables independientes continuas y cada variable resultado. Si esta relación era de tipo no lineal, se procedía a categorizar la variable continua. Las categorías se definieron según las franjas de valores de la variable independiente en los que se observaban cambios en la dirección y la magnitud de la relación con la variable de recuento; esos puntos de inflexión constituyeron los límites de las categorías. Con las variables nominales y categóricas, se construyeron tablas de contingencia para estimar los coeficientes de relación (β) con la variable de recuento. Los resultados de este análisis bivariable permitieron identificar las variables sociodemográficas que se relacionaban significativamente con el recuento de CMH. Todas las variables cuyo coeficiente de relación tuviera significación $p < 0,25$ en el análisis bivariable se incluyeron en la construcción del modelo múltiple.

Luego, mediante el método de eliminación de variables hacia atrás (*backward*), se seleccionaron las variables que se incluyeron en el modelo final, con una probabilidad de retiro de 0,2. Entre las variables seleccionadas, se evaluó la presencia de colinealidad a través de la estimación de coeficientes de correlación de Spearman. Si la colinealidad era significativamente alta (alrededor del 30%), se optaba por excluir una de las variables del modelo final para disminuir su efecto en la varianza, teniendo en cuenta el modelo teórico y la factibilidad de intervención de estas variables colineales desde el punto de vista de la salud pública.

Como resultado de este análisis, se identificaron variables sociodemográficas que se correlacionaban con el número de CMH apropiadas entre los cuidadores.

Los análisis llevados a cabo se ponderaron por el factor de expansión para mitigar posibles sesgos en las estimaciones derivados de la variabilidad en la probabilidad final de selección de cada participante^{13,14,24}.

Para realizar el diagnóstico del modelo final obtenido, se examinó la presencia de valores extremos a través del cálculo de residuales y representación gráfica, se verificaron variaciones de los coeficientes $> 10\%$ y se evaluó la plausibilidad de los datos con el fin de definir su permanencia o retirada del modelo.

Resultados

De las bases cartográficas, se seleccionaron 80 manzanas, en las que se censaron 3.494 hogares; de estos, se identificó que en 814 residían menores de 5 años. De estos hogares con menores, se seleccionaron 564, y en ellos 22 cuidadores rechazaron participar, 10 no se encontraban en las viviendas después de 3 visitas en días diferentes, y no se pudo entrevistar a 12 por razones de seguridad. En consecuencia, se completaron 519 encuestas; 2 de ellas quedaron incompletas sin posibilidad de

recuperar datos, se anuló 1 encuesta porque se aplicó a un cuidador menor de edad y no se pudo aplicar 44 encuestas por razones de seguridad. La tasa de sin respuesta fue del 7,8%, pero se superó el tamaño de muestra planeado.

La mayoría de los cuidadores que participaron en el estudio eran las madres de los niños, con edades entre 18 y 45 años, la mayoría de ellas con educación secundaria; predominaban los hogares con un único menor de 5 años y la mayoría de los hogares estaban conformados por 4-7 personas. Más de 4/5 cuidadores se estaban afiliados al Sistema de General de Seguridad Social de Colombia, pero el Estado subsidia la afiliación al sistema de salud a más de la mitad, dada su vulnerabilidad socioeconómica. Casi todos proceden del Valle y en su mayoría viven en casa. En relación con los 53 conocimientos indagados, casi el 60% de los cuidadores reportaron 9 o menos conocimientos apropiados; de las 13 motivaciones favorables y las 13 habilidades preventivas, el 66,6 y el 54,3% de los cuidadores reportaron 9 o menos (tabla 1).

Particularmente, se observan altas prevalencias de conocimientos inapropiados que llevan al castigo de los menores, niveles bajos de conocimiento sobre las consecuencias del castigo físico y del encierro, y un poco más de la mitad asegura que nada le impediría llevar al niño al médico en caso de maltrato. En habilidades, se observa que más de 2/3 utilizan el diálogo para modular los comportamientos del menor, pero un alto porcentaje también recurre al castigo físico y emocional simultáneamente. Respecto a las motivaciones, se reportó que casi la totalidad de los cuidadores consideran necesario explicar al menor lo que hizo mal. A pesar de ello, se evidenciaron motivaciones que favorecen el maltrato infantil como, por ejemplo, considerar que por el hecho de ser padres o cuidadores de los menores tienen derecho a castigar físicamente a sus hijos, que ante un mal comportamiento de los niños es necesario reprenderlos o castigarlos físicamente y que el castigo es bueno para su educación (tabla 2).

El número de conocimientos apropiados de los cuidadores disminuyó a menor nivel educativo. Esta tendencia hacia la disminución en el número de conocimientos apropiados para el cuidado del menor se acentúa de manera significativa cuando se compara a los cuidadores con educación superior y los cuidadores sin educación, que tenían un 14% menos conocimientos que aquellos.

Los cuidadores afiliados al sistema de salud mediante el régimen subsidiado tienen un 7% menos conocimientos apropiados que los cuidadores afiliados al régimen contributivo. También se encontró que al comparar a las madres como cuidadoras con los abuelos como cuidadores, estos tienen un 8% más conocimientos apropiados que las madres que cuidan a sus hijos, y cuando el cuidador procede del departamento de Chocó, este tiene un 13% más conocimientos apropiados que el que proviene del Valle (tabla 3, relación bruta).

En cuanto a las motivaciones relacionadas con un cuidado de los niños apropiado, se observó que los hogares conformados por más de 4 personas tienden a tener menos motivaciones para un cuidado apropiado que los hogares por 2 o 3 personas. Al comparar a los cuidadores procedentes del Valle con los procedentes de Chocó, se observó que estos tienen un 10% menos motivaciones para el cuidado apropiado de los niños que los procedentes del Valle. También se encontró que al comparar los hogares con 1 menor y los hogares

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los cuidadores participantes

Variable	n (%)
Sexo	
Varones	23 (4,4)
Mujeres	496 (95,6)
Edad del cuidador	
16-17 años	13 (2,5)
18-25 años	188 (36,2)
26-36 años	161 (31)
36-45 años	73 (14,1)
46-55 años	48 (9,3)
56-77 años	36 (6,9)
Escolaridad	
Ninguna	10 (1,9)
Primaria	98 (18,9)
Secundaria	346 (66,8)
Superior	64 (12,4)
Parentesco del cuidador	
Madre	363 (70,1)
Padre	12 (2,3)
Hermano/a	6 (1,2)
Abuelo/a	97 (18,7)
Tío/a	30 (5,8)
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo/a)	10 (1,9)
N.º de menores de 5 años en la casa	
1	425 (81,9)
2	80 (15,4)
3 o más	14 (2,7)
N.º de personas que conforman el hogar	
2-3 personas	78 (15,1)
4 personas	142 (27,4)
5 personas	104 (20,1)
6-7 personas	124 (23,9)
8 o más personas	70 (13,5)
Afiliación al sistema de seguridad social	
Contributivo	227 (43,8)
Subsidiado	215 (41,4)
Sin afiliación	77 (14,8)
Procedencia del cuidador	
Valle	438 (84,6)
Cauca	22 (4,3)
Nariño	21 (4,1)
Risaralda	5 (1)
Chocó	5 (1)
Otros departamentos	27 (5,2)
Tipo de vivienda	
Casa	455 (88)
Apartamento	48 (9,3)
Otro tipo de vivienda (cuarto, aparta-estudio, lote)	14 (2,7)
N.º de conocimientos adecuados	
Cuartil 1 (1-7)	138 (26,6)
Cuartil 2 (8-9)	170 (32,8)
Cuartil 3 (10)	100 (19,3)
Cuartil 4 (11-53)	111 (21,4)
N.º de motivaciones favorables	
Cuartil 1 (1-8)	187 (36,2)
Cuartil 2 (9)	157 (30,4)

– Tabla 1 (continuación)

Variable	n (%)
Cuartil 3 (10)	112 (21,7)
Cuartil 4 (11-13)	61 (11,8)
N.º de habilidades preventivas	
Cuartil 1 (1- 8)	170 (36,8)
Cuartil 2 (9)	91 (17,5)
Cuartil 3 (10-11)	250 (48,2)
Cuartil 4 (12-13)	8 (1,5)

con 2 menores, estos tienen un 3% menos motivaciones para el cuidado apropiado de los niños que los hogares con 1 solo menor de 5 años, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa (tabla 4, relación bruta).

En cuanto a las habilidades apropiadas para el cuidado adecuado de los niños, cuando el cuidador era un hermano, un amigo o la bisabuela, tenía más habilidades para el cuidado adecuado que cuando el cuidador era la madre. En contraste, cuando en los hogares había 2 o más menores de 5 años, las habilidades para el cuidado adecuado eran un 5-15% inferiores que en los hogares con 1 solo menor de 5 años. Cuando el hogar estaba conformado por 4 o más personas, el número de habilidades para el cuidado adecuado del menor de 5 años podría reducirse hasta un 8% comparados con los conformados por 2 o 3 personas. Sin embargo, las diferencias encontradas con hogares conformados por 4-7 personas no alcanzaron significación estadística. Esta significación solo se alcanzó con hogares conformados por 8 o más personas (tabla 5, relación bruta).

El análisis binomial negativo múltiple confirma la relación del nivel de escolaridad, el parentesco (abuelos) y el régimen de afiliación (subsidiado) con el número de conocimientos relacionados con un cuidado adecuado del menor de 5 años observada en el análisis bivariable. En cuanto a la procedencia del cuidador, se observó en el análisis múltiple que la relación con el cuidador que provenía del Chocó se tornó no significativa y se hizo significativa cuando el cuidador procedía de Risaralda. Con este ajuste se evidencia que los cuidadores provenientes de Risaralda tienen un 21% menos conocimientos que los que provienen del Valle (tabla 3, relación ajustada).

En cuanto a las motivaciones, el análisis de regresión binomial múltiple mostró que ninguna de las variables que habían mostrado relación con las motivaciones para el cuidado adecuado de menores de 5 años confirma su relación.

Con respecto a las habilidades para el cuidado adecuado de los menores de 5 años, en el análisis binomial negativo múltiple se observó que se mantiene la relación cuando los hogares tienen 3 o más menores de 5 años, pero no cuando en el hogar hay 2 menores de 5 años. Además, la relación entre las habilidades y los hogares con 8 o más personas también pierde su significación (tabla 5, relación ajustada).

En general, la magnitud de los cambios observados en las relaciones de las variables en el análisis múltiple con respecto al análisis bivariable no evidencian la presencia de confusión o interacciones entre las variables. Esto indica que las variables sociodemográficas que finalmente se correlacionaron con el número de CMH apropiados para el cuidado de menores de 5 años tienen una relación independiente entre ellas.

Tabla 2 – Prevalencia de conocimientos, motivaciones y habilidades relacionados con el maltrato infantil en cuidadores de menores de 5 años en Cali, Colombia

	Prevalencia* (IC95%), %
Conocimientos sobre causas percibidas	
Desobediencia	91,8 (88,7-95,0)
Daño de las cosas del hogar	69,6 (66,0-73,2)
Les va mal en el colegio	43,5 (37,9-49,0)
Mala nota del jardín	25,1 (20,8-29,4)
No quieren comer	20,3 (15,4-25,2)
Los niños no avisan para ir al baño	13,3 (9,3-17,2)
Llanto constante	11,9 (7,4-16,3)
No se dejan bañar	11,6 (7,3-15,9)
No se dejan vestir	10,8 (7,0-14,7)
Grosería	4,5 (1,8-7,3)
Conocimientos sobre consecuencias percibidas del castigo físico	
Problemas emocionales	61,5 (57,3-65,6)
Mal genio	21,1 (17,0-25,2)
Miedos	9,8 (7,6-12)
Enfermedad	3,5 (1,5-5,7)
Inquietud	3 (1,5-4,4)
Se va de la casa	2,5 (1-3,9)
Conocimientos sobre consecuencias percibidas del encierro	
Problemas emocionales	50,3 (45,5-55,0)
Miedos	21,3 (15,1-27,4)
Mal genio y agresividad	11,1 (8,6-13,6)
Suicidio	5,5 (3,1-8,0)
Enfermedad	5,2 (1,4-9,0)
Inquietud	2,7 (1,1-4,3)
Se va de la casa	1,3 (0,3-2,2)
Barreras percibidas para llevar al niño al médico en caso de maltrato	
Dinero	38,6 (34,1-43,0)
Permisos en el trabajo	5,9 (3,4-8,4)
Distancias	1 (0,2-1,8)
Nada se lo impediría	54,2 (48,7-59,7)
Otra cosa	2,5 (1,1-3,8)
Habilidades conductuales para la crianza de los niños	
Hablar con ellos	71,4 (68,5-74,3)
Prohibir hacer algo que les gusta	60,0 (55,7-64,2)
Golpear en el cuerpo	46,2 (42,1-50,2)
Gritar	41,4 (36,4-46,4)
Golpear con objetos	34,2 (30,3-38,2)
Amenazar	26,2 (19,3-33,2)
Regañar	16,9 (11,9-21,8)
Ignorar	11,7 (7,9-15,5)
Encerrar	3,8 (2,0-5,6)
Pellizcar	2,5 (0,9-4,1)
Bañar	2,4 (1,2-3,7)
Insultar	1,2 (0,2-2,2)
Halar el cabello	1 (0,2-1,9)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

* Se presentan las variables cuyo IC95% no incluye el valor nulo.

Discusión

En esta investigación se encontró una alta prevalencia de CMH en los cuidadores de menores de 5 años que podrían favorecer el maltrato infantil. En particular se evidenció que los cuidadores justifican el maltrato ante la desobediencia de los menores. Esto coincide con lo encontrado en un estudio realizado en Cuba, donde se reportaron conductas de

los menores que desencadenan falta de autocontrol en los adultos².

En este estudio también se encontró que el desempeño escolar deficiente es considerado por los cuidadores una de las causas que justifica el castigo infantil. Un hallazgo similar que en una población mexicana, donde se recurría al maltrato físico y verbal ante resultados académicos desfavorables²⁵.

Se encontraron bajas prevalencias acerca del conocimiento de los cuidadores frente a las consecuencias generadas por el maltrato. No obstante, cabe resaltar que alrededor de la mitad de los cuidadores participantes en el estudio identificaron consecuencias emocionales en los menores, que aunque con menos evidencia física, tienen mayores connotaciones en el desarrollo del individuo⁴. De manera similar, en un estudio realizado en Colombia se identificó que los niños maltratados pueden desarrollar depresión y baja autoestima²⁶.

Respecto a las motivaciones de los cuidadores frente al maltrato infantil, se encontró un alto porcentaje de cuidadores que piensan que para corregir a los menores es necesario entablar un diálogo oportuno sobre los errores cometidos, que conlleve a una reflexión como medio educativo. Este hallazgo concuerda con un estudio cualitativo realizado en Costa Rica, en el que se explicó que la mejor manera de solucionar una situación conflictiva entre padres e hijos es hablar sobre el tema²⁷. Sin embargo, cabe precisar que aproximadamente la totalidad de los cuidadores reportaron utilizar el diálogo como medio para corregir a los niños, también la mayoría de estos (80%) asumen que el castigo es necesario para educar a los niños y que por tener el rol de padres tienen derecho a castigarlos física y emocionalmente. Este hallazgo es similar al reportado por la Unicef, en el cual se especifica que el 50% de los adultos piensan que usar el maltrato contra los niños es una forma válida de educación y castigo⁴. La coexistencia del diálogo y el castigo en los cuidadores de Cali puede indicar una respuesta socialmente deseable frente al diálogo.

Se evidenció que la madre del menor de 5 años es quien más ejerce castigo dentro del hogar (61,4%). Esta prevalencia es similar a la reportada en un estudio transversal realizado en Ciudad de México, en el cual se estimó que cerca del 60% de las madres mostraban conductas maltratadoras en la crianza de sus hijos²⁸. Esto al parecer ocurre porque la madre es la persona que pasa la mayor parte del tiempo al cuidado de los menores y, además, como se refiere en estudios mundiales, culturalmente se considera que la madre es la encargada de hacer cumplir las normas y es la figura de autoridad en la mayoría de los hogares^{29,30}. En este estudio también se hizo evidente que el maltrato físico y verbal es lo más prevalente en la sociedad^{4,31}. Casi el 50% de los cuidadores señalaron que utilizan golpes en el cuerpo y gritos como medio para corregir y educar. Estos hallazgos son coherentes con los encontrados en Chile, donde se reportaron prevalencias similares³¹.

Se identificaron factores potencialmente predictores que corresponden a variables sociodemográficas relacionadas con los CMH de los cuidadores respecto al maltrato infantil de menores de 5 años. Entre ellos se encontró que la escolaridad del cuidador, el parentesco, la afiliación al sistema de seguridad social, la procedencia y la constitución del hogar eran estadísticamente significativas. Así, los cuidadores con estudios de posgrado muestran que tienen más elementos para comprender el maltrato infantil, las causas y las

Tabla 3 – Relación entre variables sociodemográficas y número de conocimientos apropiados para el cuidado de menores de 5 años en Cali, Colombia

Variable	Sujetos, n (n = 519)	Relación bruta (bivariable)			Relación ajustada (multivariable)		
		Coficiente de regresión β	Exp(β)	p	Coficiente de regresión β	Exp(β)	p
<i>Escolaridad</i>							
Superior*	64						
Secundaria	346	-0,031	0,969	0,476	-0,022	0,978	0,607
Primaria	98	-0,063	0,939	0,184	-0,095	0,909	0,048
Ninguna	10	-0,157	0,855	0,025	-0,162	0,850	0,013
<i>Parentesco del cuidador</i>							
Madre*	363						
Padre	12	0,030	1,030	0,707	0,000	1,000	0,997
Hermano/a	6	-0,042	0,959	0,577	-0,086	0,918	0,270
Abuelo/a	97	0,072	1,075	0,003	0,103	1,108	< 0,001
Tío/a	30	-0,019	0,981	0,471	-0,020	0,980	0,512
Otro (amigo, bisabuela)	10	0,049	1,050	0,531	-0,033	0,968	0,739
<i>Afiliación al sistema de salud</i>							
Contributivo*	227						
Subsidiado	215	-0,078	0,925	0,002	-0,069	0,933	0,009
Sin afiliación	77	-0,077	0,926	0,085	-0,050	0,951	0,218
<i>Procedencia del cuidador</i>							
Valle*	438						
Cauca	22	-0,030	0,970	0,484	-0,006	0,994	0,905
Nariño	21	-0,033	0,968	0,339	0,002	1,002	0,950
Risaralda	5	-0,211	0,810	0,095	-0,235	0,791	0,019
Chocó	5	0,124	1,132	< 0,001	0,147	1,158	0,082
Otros departamentos	28	0,042	1,043	0,486	-0,029	0,971	0,655

* Categoría de referencia.

consecuencias, tal como lo han reportado investigaciones en el ámbito mundial^{2,32}.

En esta investigación también se encontró que los abuelos tienen mayores prevalencias de conocimientos adecuados sobre el cuidado de los menores de 5 años y son una figura importante en su crianza³³. En nuestra sociedad es usual que los padres de familia trabajen en el día y encomienden la crianza a los abuelos³⁴.

Otro predictor relacionado con los conocimientos sobre el maltrato infantil es la afiliación al sistema de seguridad social en salud. Se observó que los cuidadores pertenecientes al régimen contributivo cuentan con mayores conocimientos sobre la prevención de este evento. Esto, según estudios colombianos, se debe a la situación de fragilidad que viven las personas del régimen subsidiado, que presentan falencias educativas y económicas que aumentan la probabilidad de sufrir violencia dentro de sus hogares³⁵. Además, esta población tiene menos acceso a los servicios de salud, a los medios de comunicación y a los programas educativos impartidos por profesionales especializados que inviten a la comprensión del maltrato infantil como un problema multidimensional³⁶.

En este estudio también se encontró que la procedencia de los cuidadores es un predictor determinante en los conocimientos sobre maltrato infantil. En particular, se observó que los cuidadores originarios del Eje Cafetero reportan bajos conocimientos sobre cómo prevenir el maltrato infantil comparados con los cuidadores procedentes de la zona pacífica del país. Este hallazgo coincide con el reporte emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en 2013 y con estudios

en el mundo que enfatizan que las condiciones de vida y los contextos social, político y cultural influyen en la crianza de los niños y las personas que se relacionan con su cuidado, y a su vez determinan en alguna medida la probabilidad de usar el castigo como un medio de educación para los niños^{4,12,37,38}.

En este estudio, se identificó que la variable número de niños menores de 5 años en el hogar tiene relación con las prácticas de los cuidadores en cuanto al maltrato infantil. En particular, se encontró que en los hogares donde habitan más de 3 menores hay mayor probabilidad de tener habilidades que favorezcan el maltrato infantil. Este hallazgo es similar a lo encontrado en estudios realizados en Cuba y en España, en los que se plantea que en las familias extensas las relaciones son más inestables, más conflictivas y fuente habitual de tensión para la crianza de los niños^{28,29}.

Las relaciones encontradas entre los CMH y las variables sociodemográficas son un avance hacia la identificación de predictores de maltrato infantil en poblaciones con desventajas socioeconómicas. La identificación de estos predictores permitiría identificar las poblaciones infantiles en mayor riesgo de maltrato y centrar en ellas las intervenciones de promoción y prevención del maltrato infantil. Así, se tendría mayor oportunidad de actuar antes de que el maltrato ocasione alteraciones físicas, mentales y emocionales en los niños^{39,40}.

Los resultados de esta investigación resaltan la importancia de identificar e intervenir en el cuidador y las familias en riesgo de maltratar. Se les debe brindar las herramientas necesarias a través de estrategias educativas en temáticas

Tabla 4 – Relación bruta (bivariable) entre variables sociodemográficas y el número de motivaciones para el cuidado adecuado de menores de 5 años en Cali, Colombia

Variable	Sujetos, n (n = 519)	Coefficiente de regresión β	Exp(β)	p
<i>Menores de 5 años en la casa</i>				
Hogares con 1 menor*	485			
Hogares con 2 menores	80	-0,036	0,965	0,054
Hogares con 3 o más menores	14	0,003	1,003	0,923
<i>Personas que conforman el hogar</i>				
2-3 personas*	78			
4 personas	142	-0,078	0,925	< 0,001
5 personas	104	-0,056	0,946	0,001
6-7 personas	124	-0,043	0,958	0,008
8 o más personas	70	-0,087	0,917	0,004
<i>Procedencia del cuidador</i>				
Valle*	438			
Cauca	22	0,001	1,001	0,952
Nariño	21	0,027	1,027	0,312
Risaralda	5	0,019	1,019	0,806
Chocó	5	-0,104	0,901	< 0,001
Otros departamentos	28	0,008	1,008	0,755

* Categoría de referencia.

relacionadas con el desarrollo de los niños en cada una de las etapas del ciclo vital, sana convivencia y en la adquisición de competencias para la educación de menores. A pesar de

que esta estrategia tiene pocos estudios en que se compruebe su eficacia en la disminución de los casos de maltrato infantil, se han evidenciado resultados directos e indirectos en el fortalecimiento del rol de padres⁴¹⁻⁴³.

En los últimos años, se ha observado que los efectos del maltrato infantil en el desarrollo y la adaptación de los niños no es homogéneo, es decir, hay niños que pese a haber sufrido maltrato logran establecer comportamientos adaptativos apropiados y alcanzan desarrollos cognitivos, emocionales y conductuales muy similares a los de los niños no maltratados, y por ello la investigación reciente se ha centrado no solo en identificar los factores que promueven el maltrato infantil, sino también en identificar las condiciones que facilitan la resiliencia. Los hallazgos de investigaciones enfocadas centradas en la resiliencia ya se están incorporando a políticas y programas de salud pública dirigidos a promover el cuidado infantil apropiado y la prevención del maltrato infantil y sus efectos⁴⁴.

El alcance de este estudio descriptivo permite establecer que existe un gran déficit de CMH en los cuidadores de menores de 5 años en Cali, lo cual deja en evidencia que los niños de las zonas con desventajas socioeconómicas de la ciudad están en alto riesgo de ser maltratados por sus cuidadores, y la magnitud del riesgo exige que el abordaje de este evento sea prioritario en las políticas y los programas de salud pública. Sin embargo, las relaciones que se encontraron en este estudio aún son explicaciones preliminares que deben someterse a verificación con estudios con mayor capacidad inferencial^{45,46} que, en combinación con métodos cualitativos, puedan brindar mayores oportunidades de comprender el problema⁴⁸, pues esto es un insumo primordial para el diseño y la implementación de intervenciones que promuevan el cuidado apropiado de los menores de 5 años y la prevención del maltrato infantil⁴⁴. En consecuencia, se debe acoger marcos

Tabla 5 – Relación entre variables sociodemográficas y el número de habilidades apropiadas para el cuidado de menores de 5 años en Cali, Colombia

Variable	Sujetos (n = 519), n	Relación bruta (bivariable)			Relación ajustada (multivariable)		
		Coefficiente de regresión β	Exp(β)	p	Coefficiente de regresión β	Exp(β)	p
<i>Parentesco del cuidador</i>							
Madre*	363						
Padre	12	0,038	1,039	0,374	0,033	1,40	0,412
Hermano/a	6	0,123	1,131	0,018	0,126	1,134	0,015
Abuelo/a	97	0,033	1,034	0,144	0,031	1,031	0,216
Tío/a	30	0,050	1,051	0,090	0,048	1,049	0,172
Otro (amigo, bisabuela)	10	0,136	1,146	< 0,001	0,119	1,126	< 0,001
<i>Menores de 5 años en la casa</i>							
Hogares con 1 menor*	485						
Hogares con 2 menores	80	-0,048	0,953	0,044	-0,044	0,957	0,074
Hogares con 3 o más menores	14	-0,162	0,850	0,006	-0,147	0,863	0,012
<i>Personas que conforman el hogar</i>							
2-3 personas*	78						
4 personas	142	-0,071	0,931	0,005	-0,065	0,937	0,074
5 personas	104	-0,032	0,969	0,287	-0,025	0,975	0,406
6-7 personas	124	-0,018	0,982	0,494	-0,008	0,992	0,757
8 o más personas	70	-0,089	0,915	0,045	-0,066	0,936	0,185

* Categoría de referencia.

teóricos que brinden mayores oportunidades explicativas en vez de un marco exploratorio como el utilizado en este estudio transversal⁴⁷. Esto es fundamental para que se pueda incorporar al componente comunitario de AIEPI estrategias que promuevan el cuidado infantil apropiado, prevengan el maltrato infantil y modulen sus efectos mediante la promoción de la resiliencia en Colombia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Esta investigación se realizó gracias al apoyo de la Universidad del Valle mediante la asesoría de la Dra. Sandra Lorena Girón, que en el periodo de enero de 2014 a abril de 2016 participó como directora del trabajo de investigación del que se deriva este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- García Gariglio L, Gándaro P, Cardozo N, Bianchi M, Santoro A, Pais T, et al. Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años. *Arch Pediatr Urug*. 2008;79:284-98.
- Pérez JM. Factores de riesgo asociados al maltrato infantil intrafamiliar en alumnos del Seminternado "Roberto Rodríguez Sarmiento". *Medisan*. 2009;13:1-6.
- Larraín S, Bascuñan C. 4.º Estudio de Maltrato Infantil. Chile: Unicef; 2012. p. 1-20.
- Larraín S, Bascuñan C. Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*. 2009;1:1-12.
- Santiago de Cali una ciudad pensada para niños y niñas de la primera infancia. Plan de atención integral para la primera infancia (PAIPI). Cali: Alcaldía de Santiago de Cali, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Mesa Municipal de Primera Infancia; 2008. p. 256.
- Peñaranda F. La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2011;9:1-12.
- Posada-Díaz Á, Gómez-Ramírez JF, Ramírez-Gómez H. Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex*. 2008;29:295-305.
- Giménez-Pando J, Pérez-Arjona E, Dujovny M, Díaz FG. Secuelas neurológicas del maltrato infantil: Revisión bibliográfica. *Neurocirugía*. 2007;18:95-100.
- Política pública de cero a siempre. *Atención Integral a la Primera Infancia* [online]. 2010.
- Linares B, Quijano P. Nueva Ley para la Infancia y la Adolescencia en Colombia. Bogotá: Universidad del Rosario; 2007.
- Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud; 2012.
- Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. AIEPI: una estrategia ausente por la distancia en comunidades vulnerables. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5:147-8.
- Kish L. *Survey sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965.
- Cochran W. *Sampling techniques*. New York: John Wiley & Sons; 1963.
- Gómez L. Diseño de las muestras para el proyecto CARMEN en las ciudades de Bogotá y Bucaramanga. Bogotá: Asesoría en Muestreo e Investigación de Salud; 1999. p. 645-99.
- Gómez LF, Samper B, Cabrera G, Espinosa G, Mateus JC, Gómez LC. Factores de riesgo cardiovascular en la localidad de Santa Fe de la ciudad de Bogotá. Resultados obtenidos en el área demostrativa Carmen. *Bol Epidemiol Distrital*. 2004;9:4-13.
- DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler M. *Emerging theories in health promotion practice and research*. New York: Wiley; 2009.
- Anexo G-AL, preguntas para Encuesta Basal. OPS/OMS. Guía para facilitadores locales de AIEPI Comunitario. 2009.
- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de 1964. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Helsinki: Asociación Médica Mundial; 1964.
- Resolución N.º 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
- Hilbe JM. *Negative binomial regression*. Oxford: Cambridge University Press; 2011.
- Cameron AC, Trivedi PK. *Regression analysis of count data*. Oxford: Cambridge University Press; 2013.
- Doménech J, Navarro J. *Regresión logística binaria, multinomial, de Poisson y binomial negativa*. Barcelona: Signo; 2008.
- Lee E, Forthofer R. *Analyzing complex survey data*. 2.ª ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2006.
- Herrera-Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Publ Mex*. 1999;41:420-5.
- Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensam Psicol*. 2011;9:83-96.
- Gutiérrez GS. Teorías de niños y niñas sobre el castigo parental. Aportes para la educación y la crianza. *Rev Actual Investig Educ*. 2011;9:1-29.
- Barcelata Eguarte Be, Alvarez Antillón I. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colomb Psicol*. 2005;8:35-46.
- Gómez S. Maltrato infantil: un problema multifacético. *Rev Latinoam Psicol*. 1988;20:149-61.
- Ríos JCC. Metodología participativa como prevención secundaria del maltrato a niños. *Dif*. 2003;1:1-16.
- Haz AM. Menores víctimas de maltrato físico: un estudio sobre prevalencia y factores de riesgo en 1.000 familias chilenas. *Psyche*. 2011;6:47-56.
- Vizcarra LMB, Cortés MJ, Bustos ML, Alarcón EM, Muñoz NS. Maltrato infantil en la ciudad de Temuco: Estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Med Chile*. 2001;129:1425-32.
- Martínez AC. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas*. 2010;6:111-21.
- Plá NB, López MTL. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Rev Esp Salud Públ*. 2011;49:107-25.
- Gómez MCF, Bobadilla AAG. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá DC durante el año 2011. *Revista Teoría y Praxis Investigativa*. 2015;8:74-91.
- Cardona Á, Mejía L, Vargas G, Álvarez E, Nieto E. Análisis de la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano. *Rev Salud Pública*. 2013;15:258-70.
- Castaño LSÁ, Stella L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009;8:69-79.
- Díaz DC, Nino ACN, Ramírez LF, Gómez JF. Salud mental infantil: Una mirada desde la salud mental comunitaria. *Carta Comunitaria*. 2016;24:33-50.
- Muñoz Conde F. De nuevo sobre el «derecho penal del enemigo». *Rev Penal*. 2009;16:1-31.

40. Restrepo Zuluaga ME. Maltrato infantil en la ciudad de Pereira entre los años 2008 y 2009. Pereira: Universidad Libre de Pereira; 2014. p. 1-70.
41. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fürniss T. Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencia. París: OMS; 2009. p. 1-10.
42. Holguín DMH, Zapata EP, Restrepo LMM, Ramírez LFD. Diseño de un programa basado en la promoción del desarrollo positivo en la infancia para la prevención temprana de la violencia en Colombia. *Global Health Promotion*. 2015;24:83-91.
43. Castillo S, Sibaja D, Carpintero L, Romero-Acosta K. Estudio de los estilos de crianza en niños, niñas y adolescentes en Colombia: un estado del arte. *Búsqueda*. 2015;15: 64-70.
44. Zolkoski SM, Bullock LM. Resilience in children and youth: A review. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34:2295-303.
45. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Modern epidemiology*. 3.^a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer-Lippincot Williams & Wilkins; 2008.
46. Szklo M, Nieto F. *Epidemiology. Beyond the basics*. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2000.
47. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Theory, research, and practice in health behavior and health education*. Jossey-Bass. 2008;4:23-40.