

UNIVERSIDAD DEL VALLE

**FACTORES RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE CUIDADORES CON RESPECTO A LESIONES EN EL HOGAR Y A MALTRATO
INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS EN SANTIAGO DE CALI**

Documento de tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública

Sandra Marcela Zúñiga Bolívar. TO.

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2015**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE CUIDADORES CON RESPECTO A LESIONES EN EL HOGAR Y A MALTRATO
INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS EN SANTIAGO DE CALI**

Sandra Marcela Zúñiga Bolívar
Terapeuta Ocupacional

Directora del trabajo

Sandra Lorena Girón Vargas. Economista. MEpi. PhD Salud Pública.
Docente Asistente Escuela de Salud Pública.

Codirector

Julio César Mateus Solarte. Médico Cirujano. MEpi
Docente Asociado. Escuela de Salud Pública.

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

2015

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente le agradezco a Dios por otorgarme la posibilidad de alcanzar otro peldaño más en mi vida. A la Universidad del Valle por haberme permitido hacer parte de ella desde los inicios de mi vida profesional, por ser el Alma Mater que me cobijó de enseñanzas impartidas a través de docentes altamente calificados.

A mi Directora de Trabajo de grado Doctora Sandra Girón y Codirector Doctor Julio Cesar Mateus les agradezco enormemente la paciencia, la constancia, la dedicación y la oportunidad que me brindaron en este proceso de enseñanzas continuas y aprendizajes.

Finalmente a mi familia en especial a mis tías, abuela y hermana por el apoyo incondicional brindado en todo momento.

CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. ESTADO DEL ARTE	18
3. MARCO TEÓRICO.....	24
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
5. METODOLOGÍA.....	30
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	30
5.2 METODOLOGÍA DEL PROYECTO “PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS CLAVES PARA EL CUIDADO DE MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES GESTANTES DE CALI	30
5.2.1 Área de estudio.....	30
5.2.2 Población de estudio.	31
5.2.3 Diseño Muestral.....	31
5.2.3.1 Tamaño de la muestra.....	32
5.2.3.2 Precisión esperada de la muestra.	33
5.2.3.3 Metodología de selección.	33
5.2.4 Recolección de la información.....	35
5.2.4.1 Contactos institucionales y presentación en terreno del proyecto.....	35
5.2.4.2 Diseño y prueba del instrumento.	35
5.2.4.3 Selección y capacitación del equipo operativo.....	36
5.2.5 Aseguramiento y control de calidad.....	37
5.2.6 Almacenamiento de los datos.....	37

5.2.7 Análisis de datos.....	37
5.3 METODOLOGÍA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	37
5.3.1 Variables.....	37
5.3.1.1 Variables de Resultado.....	38
5.3.2.1 Variables independientes.....	41
5.3.2 Procesamiento y control de calidad.....	43
5.3.3 Plan de Análisis.....	43
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
7. RESULTADOS	49
7.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	50
7.2 PREVALENCIAS DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR Y MALTRATO INFANTIL.....	52
7.2.1 Prevalencia de conocimientos de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar.....	53
7.2.2 Prevalencia de actitudes de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar.....	57
7.2.3 Prevalencia de prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar.....	57
7.2.4 Prevalencia de conocimientos de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil.....	58
7.2.5 Prevalencias sobre actitudes de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil.....	61
7.2.6 Prevalencias sobre prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil.....	63
7.3 ANÁLISIS BIVARIADO DE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR Y MALTRATO INFANTIL.....	64

7.4 ANÁLISIS MÚLTIPLE SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR.....	69
7.4.1 Modelo múltiple de Conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar.....	69
7.4.1.1 Diagnóstico del modelo.....	70
7.4.2 Modelo múltiple de Actitudes favorables frente a lesiones en el hogar.....	71
7.4.3 Modelo múltiple de prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar.....	72
7.4.3.1 Diagnóstico del modelo.....	74
7.5 ANÁLISIS MÚLTIPLE SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A MALTRATO INFANTIL.....	76
7.5.1 Modelo de conocimientos adecuados frente a maltrato infantil.....	76
7.5.1.1 Diagnóstico del modelo.....	77
7.5.2 Modelo de actitudes favorables frente a maltrato infantil.....	79
7.5.3 Modelo de prácticas preventivas frente a maltrato infantil.....	79
7.5.3.1 Diagnóstico del modelo.....	80
8. DISCUSION.....	82
8.1 HALLAZGOS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES FRENTE A LAS LESIONES EN EL HOGAR.....	82
8.1.1 Hallazgos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores frente a maltrato infantil.....	83
8.1.2 Hallazgos sobre los factores relacionados con los CAP de cuidadores frente a las lesiones en el hogar y maltrato infantil.....	85
8.2 APLICACIÓN DEL MODELO DE INFORMACIÓN – MOTIVACIÓN - HABILIDADES COMPORTAMENTALES Y FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAP DE CUIDADORES FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR Y MALTRATO INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS.....	89
8.3 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	90
9. IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA.....	92
10. FUTUROS ESTUDIOS.....	95
11. CONCLUSIONES.....	96

BIBLIOGRAFIA.....	98
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con la prevalencia de maltrato infantil y lesiones en el hogar.	21
Tabla 2. Precisión esperada (ESrel), según prevalencias, a partir de la muestra	33
Tabla 3. Definición operacional de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores en los eventos de maltrato infantil y lesiones en el hogar	38
Tabla 4. Definición operacional de las Variables Sociodemográficas	41
Tabla 5. Resultados de las encuestas realizadas en los cuidadores seleccionados.	49
Tabla 6. Distribución de las características sociodemográficas de los cuidadores encuestados	50
Tabla 7. Distribución de las características sociodemográficas de los cuidadores encuestados	52
Tabla 8. Lugares en el hogar peligrosos para los menores de 5 años	54
Tabla 9. Prevalencia de Consecuencias percibidas ante la caída de un menor	54
Tabla 10. Prevalencia de Consecuencias percibidas ante la quemadura de un menor	55
Tabla 11. Prevalencia de consecuencias percibidas ante la intoxicación de un menor	55
Tabla 12. Prevalencia de consecuencias percibidas ante la mordedura de un animal a un menor	56
Tabla 13. Prevalencia de Consecuencias percibidas ante el atrancamiento de un menor .	56
Tabla 14. Prevalencia de actitudes de los cuidadores frente a lesiones en el hogar	57
Tabla 15. Prevalencia de medidas de prevención de lesiones en el hogar	58
Tabla 16. Prevalencia de las causas percibidas por los cuidadores frente al maltrato infantil	59
Tabla 17. Prevalencia de las consecuencias percibidas por el cuidador ante el castigo físico	60

Tabla 18. Prevalencia de las consecuencias percibidas por el cuidador ante el castigo verbal.....	60
Tabla 19. Prevalencia de las consecuencias percibidas por el cuidador ante el encierro ...	61
Tabla 20. Prevalencia de actitudes de los cuidadores frente al Maltrato Infantil.....	62
Tabla 21. Prevalencias sobre las barreras percibidas para acudir al servicio médico con los menores de 5 años.....	62
Tabla 22. Prevalencia sobre la persona que castiga al menor en el hogar.....	63
Tabla 23. Prevalencia de las formas como castigan a los niños en el hogar	64
Tabla 24. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar	66
Tabla 25. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar	68
Tabla 26. Modelo múltiple conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar	69
Tabla 27. Modelo múltiple actitudes favorables frente a lesiones en el hogar.	72
Tabla 28. Modelo múltiple prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar	73
Tabla 29. Modelo múltiple conocimientos adecuados frente a maltrato infantil.....	76
Tabla 30. Modelo múltiple prácticas preventivas frente a maltrato infantil.....	79
Tabla 31. Factores relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores.....	85
Tabla 32. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y actitudes favorables frente a lesiones en el hogar.....	107
Tabla 33. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar.....	111
Tabla 34. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a Maltrato Infantil.....	114
Tabla 35. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y el número de actitudes favorables frente a maltrato infantil.....	118

Tabla 36. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y el número de prácticas preventivas frente a maltrato infantil.	122
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Información Motivación y Habilidades Comportamentales	24
Figura 2. Diagnóstico del modelo conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar	71
Figura 3. Diagnóstico del modelo prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar	75
Figura 4. Diagnóstico del modelo conocimientos adecuados frente a maltrato infantil	78
Figura 5. Diagnóstico del modelo prácticas frente a maltrato infantil	81

LISTA DE ANEXOS

Pag.

Anexo A. Análisis bivariado de regresión binomial negativa de las variables conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar y maltrato infantil.	105
Anexo B. Acta de aprobacion no 010-014 aval comité de ética	124

LISTA DE ABREVIATURAS

- UPM:** Unidad primaria de muestreo
- USM:** Unidad secundaria de muestreo
- MT:** Medida de tamaño
- DEFF:** Efecto del diseño
- ESrel:** Error Estándar Relativo deseado
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- FA:** Frecuencia acumulada
- IM:** Intervalo de muestreo
- Fp:** Factor de ajuste de respuesta
- F:** Factor final de expansión
- Prob>Lr:** Estadístico $pr >$ likelihood-ratio
- FES:** Fundación para la Educación y el Desarrollo Social
- UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- AIEPI:** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- IMB:** Information-Motivation-Behavioral Skills Model
- CAP:** Conocimientos Actitudes y Prácticas
- VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil y las lesiones en el hogar son un problema de salud pública mundial (1, 2). Anualmente se ha estimado que 70% de la población infantil sufre algún tipo de maltrato(3), es decir que cerca de 275 millones de niños y niñas padecen maltrato dentro de sus hogares. La principal forma de maltrato es la violencia física la cual es percibida por los padres como una práctica normal de educación y castigo(4), cerca de 25% a 50% de niños de ambos sexos refieren presentar maltrato físico(5). A su vez, 54% de la población infantil sufre lesiones en el hogar, siendo la forma más usual los traumas por caídas que representa 40% de esta población(6).

En Latinoamérica se estima que 80% de los niños(4), es decir cerca de 40 millones de menores son maltratados, alrededor de 6 millones sufren agresiones físicas severas y de estos 80.000 mueren al año(7). En América Latina las lesiones en el hogar son responsables de 13,2% del total de defunciones y 28% de las lesiones fatales ocurren por traumas generados en caídas(8).

En Colombia la prevalencia de maltrato infantil es de 42%(4), en 2012 se registraron 16.457 casos de maltrato infantil(9); mientras que en Cali la prevalencia reportada es de 30% y se registraron 950 casos de menores de 5 años maltratados(10). Además, en esta ciudad 57% de los egresos hospitalarios de menores en edad preescolar y escolar tienen como causa principal una lesión ocurrida en el hogar(11). Se estima que en Cali 55% de las lesiones en los niños son producto del maltrato de sus padres o cuidadores(12).

Toda esta situación genera consecuencias negativas en los niños que van desde déficit cognitivo, problemas de lenguaje, trastornos de aprendizaje, trastornos de la conducta, problemas emocionales, comportamientos autodestructivos, hasta discapacidad severa, secuelas neurológicas e incluso la muerte (1, 2, 13).

Aunque por definición los padres y cuidadores son los responsables del bienestar del menor es frecuente la práctica del maltrato como una forma de enseñar y reprender a los menores (14-16). No obstante se reporta que alrededor de 100% de los adultos tienen conocimientos suficientes sobre los daños provocados por el maltrato y reportan intenciones de no realizar esta práctica (14-16). A su vez, aunque aproximadamente 90% de los cuidadores tiene conocimientos sobre la prevención de las lesiones en el hogar y una actitud positiva hacia la protección de los menores, 75% de ellos no implementa medidas de prevención efectivas en las viviendas para evitar caídas, quemaduras o intoxicaciones(1, 8, 17).

Se han identificado factores relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil(8, 18). En particular, se ha reportado que bajos conocimientos frente a lesiones en el hogar se relacionan con escasos niveles educativos de la población, la falta de información suministrada por los profesionales de la salud y la escasa cultura de seguridad en los hogares. A su vez, actitudes que favorecen este tipo de lesiones se han reportado relacionadas con el estrés de los padres y el descuido de los menores durante la ejecución de sus actividades; Finalmente las prácticas frente a las lesiones en el hogar están asociadas a la escasa educación de los cuidadores y a dificultades económicas en las familias(1, 8).

En cuanto a los factores relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente al maltrato infantil se ha reportado que los conocimientos sobre este evento están asociados a bajos niveles educativos, escasos recursos económicos que limitan el acceso a los medios de información, falta de redes de apoyo en la comunidad, la cultura y formas de crianza. A su vez, actitudes que favorecen el maltrato infantil se desprenden de historias de conducta violenta, familias monoparentales y antecedentes de maltrato intrafamiliar. Las prácticas generalmente se afianzan cuando los niños presentan alguna condición de salud difícil de sobrellevar para los padres o cuidadores (4, 14, 15).

Se ha identificado en el mundo que los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores con respecto al maltrato infantil y lesiones en el hogar en muchas oportunidades han sido generacionales y culturales, lo que implica que el ciclo de maltrato que genera lesiones en los niños se dé dentro del núcleo familiar(19, 20).

Como respuesta a esta situación el componente comunitario de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), busca promover prácticas familiares donde se adopten comportamientos saludables que beneficien al niño menor de 5 años, contemplando el reforzamiento y movilización de las redes sociales dentro del entorno inmediato del menor; esto con el ánimo de promover los conocimientos y mejorar las prácticas familiares, relacionadas con el cuidado y la crianza de los niños(a) en el hogar(21, 22) .

A pesar de esta situación en Colombia y en Cali no se han identificado cuáles son los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil en menores de 5 años(23).

Por lo anterior, esta investigación estuvo orientada a identificar los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de menores de 5 años con respecto a lesiones en el hogar y al maltrato infantil en Santiago de Cali.

Los resultados de esta investigación pueden ser usados como insumo a los tomadores de decisiones para el diseño de estrategias que modifiquen conocimientos, actitudes y prácticas de padres y cuidadores de menores de edad que favorecen el maltrato infantil y las lesiones en el hogar. De esta manera, este proyecto brindará insumos a la secretaria de salud, específicamente al programa de promoción y prevención en la línea de atención integral al niño(4, 23).

2. ESTADO DEL ARTE

El maltrato infantil y las lesiones en el hogar en menores son considerados problemas de salud pública y de derechos humanos en el mundo(24); son eventos que acompañan altas tasas de morbilidad, mortalidad y afectan la calidad de vida de las víctimas (1, 2).

Se denomina maltrato infantil a todas aquellas acciones u omisiones de las cuales resulta un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de poder; es considerado un acto que viola los derechos más básicos de los niños y niñas establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos(4, 18).

En el mundo se estima que 70% de niños y niñas son víctimas del maltrato infantil(3). Es decir, 275 millones de menores padecen maltrato dentro de sus hogares(4). Hay varias manifestaciones del maltrato infantil, puede ser clasificado en físico, psicológico o emocional, sexual, explotación y negligencia-abandono(4, 18). El tipo de maltrato más frecuente es el físico, se reporta que 25% a 50% de la población infantil ha recibido este tipo de maltrato(5).

A pesar de los esfuerzos realizados por disminuir la frecuencia de este evento, Latinoamérica continúa siendo una de las regiones donde se evidencian altos índices de violencia y donde la población más afectada siguen siendo los niños. El maltrato infantil en los países de América Latina tiene una frecuencia que oscila entre 40% a 80%. Así, las prevalencias oscilan de 41% en Perú, 42% en Colombia, 50% en Ecuador a 75% en Chile, 82% en Uruguay y 83% en Bolivia (4). De manera similar, en Estados Unidos la prevalencia de maltrato infantil es de 62%, mientras que en países Europeos se observan cifras menores, especialmente en Grecia, Irlanda, Italia, Noruega y España donde la cifra alcanza 18,4 por 1000 menores o 13,6%(25, 26).

En Colombia en 2012 se registraron 16.457 casos de maltrato infantil (9). A su vez, en Cali la prevalencia reportada es de 30% y se registraron 950 casos de menores de 5 años maltratados, distribuidos de manera similar entre ambos sexos (10).

Las lesiones son definidas por la Organización Mundial de la Salud como el deterioro de un sujeto que resulta de la exposición a factores de riesgo mecánico, térmico, eléctrico, químico o radiante que interactúa con el organismo excediendo el límite de la tolerancia fisiológica (27).

Las lesiones no intencionales como son denominadas actualmente, “no son accidentes” ya que la ocurrencia de éstas se puede predecir y prevenir(6, 27). Partiendo de esto las lesiones se categorizaron en no intencionales (anteriormente llamados accidentes) de las cuales hacen parte las lesiones en el hogar y en intencionales (subdividida en violencia interpersonal y autoinflingida)(11)

Las lesiones en el hogar constituyen una de las principales causas de amenaza para la calidad de vida de la población infantil. En el mundo se estima que la prevalencia de lesiones en el hogar es de 54%, siendo las más frecuentes los traumas por caídas desde ventanas, escaleras y terrazas desprotegidas (6). Este tipo de trauma representa 40% de estos eventos.

En América Latina las lesiones en el hogar son responsables de 13,2% del total de defunciones de menores, se ha comprobado que este evento sucede con mayor frecuencia en países de ingresos bajos y medianos(8). En Cali 57% de los egresos hospitalarios de menores en edad preescolar y escolar tienen como causa principal una lesión ocurrida en el hogar (11).

Toda esta situación genera consecuencias físicas, psicológicas y sociales en los menores, algunas de ellas irreversibles(1, 13). Tanto el maltrato infantil como las lesiones en el hogar son eventos que desencadenan secuelas neurológicas como tipo de déficit

cognitivo o del lenguaje, trastornos de aprendizaje, déficit de atención, trastornos en la conducta, problemas emocionales y comportamientos autodestructivos(1, 2, 13).

Otros estudios han mostrado que la recuperación de los traumatismos craneales durante la niñez conllevan incapacidades que van de moderadas a severas(13). El maltrato físico y las lesiones en el hogar que afectan la zona craneal generalmente ocasionan mayores consecuencias neurológicas; a diferencia de los otros tipos de maltrato que generan estrés crónico, trauma emocional y problemas en la salud mental, los eventos antes mencionados en la niñez son causantes de discapacidad e incluso de la muerte del menor (1-3, 13).

En la tabla 1 se presentan factores de riesgo del menor, familiares y de su entorno que se han encontrado relacionados con la prevalencia de maltrato infantil y lesiones en el hogar. Entre los factores del menor relacionados positivamente con el maltrato infantil se encuentra el sexo, malformaciones en los niños, prematurez, ser portador de patología crónica, discapacidad física o psíquica; conducta difícil, hiperactividad, déficit de atención, periodos de llanto prolongado, sueños irregulares; y niño no escolarizado o con bajo rendimiento escolar(28).

Como factores familiares se ha reportado los relacionados con antecedentes de maltrato, abandono o institucionalización en los padres o cuidadores de los niños, también madres adolescentes, padres con historias de conducta violenta, bajo nivel educativo en las familias, problemas económicos y enfermedades mentales(4, 29); finalmente los factores del entorno encontrados son la cultura, las tradiciones, las formas de crianza y las condiciones de vida(14, 15, 28).

Con respecto a las lesiones en el hogar los factores del menor que posibilitan su ocurrencia se encuentran la edad del niño y el sexo; de misma manera se evidencian factores familiares relacionados con el bajo nivel educativo y socioeconómico dentro de los hogares, escasa información preventiva sobre posibles riesgos, pobre acceso a los

servicios de salud, pobreza y la exposición del niño a ambientes peligrosos(1, 6, 8); finalmente los factores del entorno encontrados son la cultura y tradiciones propias de cada comunidad donde el niño se desenvuelve diariamente(8).

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con la prevalencia de maltrato infantil y lesiones en el hogar.

EVENTOS	MALTRATO INFANTIL	LESIONES EN EL HOGAR
FACTORES DEL MENOR		
Edad del niño		↑(8)
Sexo	↑(6)	↑(6, 8)
Malformaciones en el niño	↑(28)	
Prematurez	↑(28)	
Patología Crónica	↑(28)	
Discapacidad	↑(4, 28)	
Problemas escolares	↑(28)	
Conducta difícil	↑(28)	
Sueños Irregulares	↑(28)	
FACTORES FAMILIARES		
Antecedentes de maltrato, abandono o institucionalización en los padres o cuidadores	↑(28)	
Madres adolescentes	↑(28)	
Historia de conducta violenta en las familias	↑(28)	
Bajo nivel educativo de los padres	↑(28)	↑(1)
Bajo nivel socioeconómico	↑(4, 28, 29)	↑(1)
Escasa información		↑(1)
Pobre acceso a los servicios de salud		↑(1)
Exposición a ambientes peligrosos		↑(8)
FACTORES DEL ENTORNO		
Cultura y tradiciones	↑(14, 15, 28)	↑(8)
Formas de crianza	↑(14, 15, 28)	

Nota: ↑Aumenta el riesgo de presentar el evento. **Fuente: Construcción de la autora.**

Aún cuando se reporta que alrededor de 100% de los adultos tienen conocimientos suficientes sobre los daños provocados por el maltrato(14-16), es frecuente la práctica del maltrato como una forma de enseñar y reprender a los menores(4) . A su vez, aunque aproximadamente 90% de los cuidadores tiene conocimientos sobre la prevención de

las lesiones en el hogar, 75% de ellos no implementa medidas de prevención efectivas en las viviendas para evitar caídas, quemaduras o intoxicaciones(1, 8, 17).

Los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente al maltrato infantil según la literatura guardan estrecha relación con el nivel educativo de los padres, con los problemas económicos dentro de las familias, la falta de redes de apoyo generadas dentro de la comunidad, la cultura y las pautas de crianza (4, 14, 15); generalmente cuando hay historias de conducta violenta dentro de los hogares y familias monoparentales las prácticas frente al maltrato infantil se exacerban ocasionando violencia infantil (14, 15).

En cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar se ha reportado que las personas muestran escasos conocimientos frente al tema, por otra parte el nivel educativo y los problemas económicos influyen de manera directa en la adopción de prácticas preventivas (1).

Estudios han demostrado en el mundo que los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores con respecto al maltrato infantil y lesiones en el hogar en muchas oportunidades están fundamentadas en prácticas generacionales y culturales; la tasa de transmisión intergeneracional del maltrato infantil oscila entre 30% y 60%; así mismo, se considera que el apoyo social y emocional brindado a los niños de padres maltratantes se convierte en factores protectores capaces de romper el ciclo de maltrato(19, 20).

Aunque se ha reconocido que los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores son determinantes frente al cuidado de los menores y de su calidad de vida, aún es escasa la literatura frente los factores que determinan que un cuidador tenga CAP que favorezcan o prevengan la práctica del maltrato infantil y la ocurrencia de lesiones en el hogar(1, 14, 15).

Como respuesta a esta situación la Organización Mundial de la Salud en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, construyeron una alternativa para disminuir la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años, a esta estrategia se le denominó Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)(21, 22).

El componente comunitario de esta estrategia busca promover prácticas familiares donde se adopten comportamientos saludables que beneficien al menor de 5 años, a través del reforzamiento y movilización de las redes sociales dentro del entorno inmediato del menor. De esta manera, se busca mejorar los conocimientos y promover las prácticas preventivas familiares relacionadas con el cuidado de los menores en el hogar(21, 22, 29).

A pesar de esto, en Colombia y en Cali no se han identificado cuáles son los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil en menores de 5 años(23). Esta información es imprescindible para el fortalecimiento del componente comunitario de la estrategia AIEPI, el diseño y orientación de sus estrategias acciones.

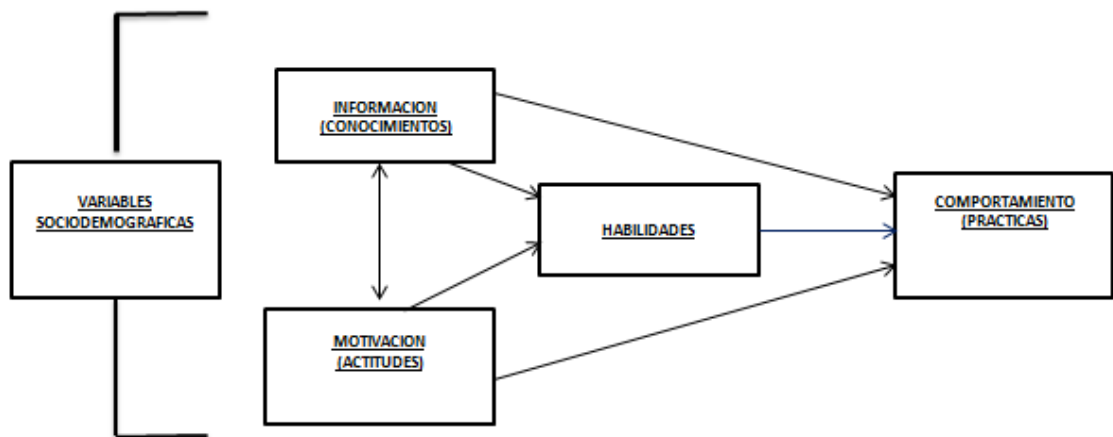
Por lo anterior, esta investigación estuvo orientada a identificar los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de menores de 5 años con respecto a lesiones en el hogar y al maltrato infantil en Santiago de Cali.

Los resultados de esta investigación pueden servir para el diseño de estrategias que modifiquen conocimientos, actitudes y prácticas de padres y cuidadores de menores de edad que favorecen el maltrato infantil y las lesiones en el hogar.

3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico utilizado para identificar factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en menores de 5 años en Santiago de Cali es el modelo información-motivación y habilidades comportamentales (IMB)(30)(FIGURA 1). Este modelo teórico vincula la información, la motivación, las habilidades conductuales y el comportamiento como constructos fundamentales para explicar los comportamientos individuales.

Figura 1. Modelo Información Motivación y Habilidades Comportamentales(30)



Adaptado de Fisher J. Fisher W. 2002

Las variables sociodemográficas operan independientemente en los comportamientos individuales de las personas, convirtiéndose en factores relacionados que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas que los sujetos tienen frente alguna condición de salud(31). En esta investigación las variables sociales y demográficas juegan un papel importante en la forma de actuar de cada cuidador, debido a que la información que se tiene, las motivaciones para actuar y el comportamiento frente al cuidado de los niños menores de 5 años puede estar influenciado por las condiciones sociodemográficas y

estas pueden incidir en comportamientos preventivos o destructivos frente al cuidado de los niños.

En relación con la información el modelo considera que son los conocimientos básicos y saberes que una persona posee frente a un evento en particular, teniendo en cuenta que las personas se inclinan a actuar basados en lo que saben sobre un evento(30, 32). En esta investigación este constructo se operativiza en los conocimientos que poseen los cuidadores frente al maltrato infantil y las lesiones en el hogar, ya sean de medidas de prevención o los saberes que favorecen estos eventos. Por tanto, en esta investigación el constructo información se considera asimilable a los conocimientos a estudiar.

El constructo motivación se refiere a todas aquellas actitudes y predisposiciones personales hacia los comportamientos de interés; este constructo se relaciona con la motivación generada por la sociedad que impulsa a la persona a realizar prácticas preventivas y aquellas que afectan el bienestar de los individuos(30, 32). Este constructo incluye el efecto de las normas sociales sobre el comportamiento individual y considera que la vulnerabilidad percibida frente al riesgo es un determinante secundario del comportamiento(30). En este estudio las actitudes se consideran asimilables a la motivación y se relaciona con la percepción de los cuidadores frente al castigo y a las barreras concebidas para buscar atención ante la presencia de maltrato infantil o lesiones en el hogar.

Respecto a las habilidades del comportamiento el modelo las define como las herramientas o estrategias necesarias para llevar a cabo un comportamiento(30, 32). En este estudio el constructo se refleja en la capacidad de los cuidadores para obtener apoyo social y otras formas de autorregulación personal que aumenten o disminuyan la probabilidad de ocurrencia de los eventos en estudio.

Finalmente, el constructo comportamiento está dado por la acción de los individuos, grupos y organizaciones en relación con el entorno; incluye el cambio social, el desarrollo y aplicación de políticas, la mejora del afrontamiento de habilidades y mayor calidad de vida. No incluye solo acciones observables, sino acontecimientos mentales y estados de ánimo que pueden ser reportados y medidos(31). En esta investigación los comportamientos de los cuidadores se entenderán como las prácticas que promuevan o prevengan el maltrato infantil y las lesiones en el hogar.

De esta manera, las prácticas que los cuidadores realizan con los menores de cinco años están directamente influenciadas por los conocimientos con los que cuentan frente al maltrato infantil y las lesiones en el hogar, como también por las actitudes, las cuales permitirán alcanzar habilidades en el comportamiento que desencadenarán prácticas preventivas que disminuyan la aparición de estos eventos.

De acuerdo con esta postura teórica, la Información (los conocimientos) y la Motivación (las actitudes) son constructos independientes, pues personas bien informadas no necesariamente están bien motivadas para tener comportamientos preventivos o viceversa. A su vez, cada uno de estos constructos está significativamente unido a las habilidades comportamentales y estas a su vez se asocian significativamente con las prácticas. Se ha demostrado que las prácticas están influenciadas por los conocimientos y las actitudes, siendo estas últimas más influyentes en el comportamiento(30). En esta investigación se teoriza que los cuidadores de los niños tienen diversos tipos de conocimientos sobre el maltrato infantil y las lesiones en el hogar, a su vez cuentan con la actitud generada por la sociedad y el entorno en que se desarrollan, lo cual les permite adquirir habilidades reflejadas en las prácticas frente a los eventos mencionados.

Según esta teoría, la presencia de conocimientos adecuados y mejores actitudes, aumenta la probabilidad de desarrollo de prácticas preventivas con resultados positivos. Así, si cuidadores de los menores de 5 años, que tienen conocimientos apropiados sobre los eventos y además tienen actitudes positivas para la prevención, podrán desarrollar

habilidades y prácticas preventivas que disminuirán la ocurrencia del maltrato infantil y lesiones en el hogar.

A pesar que existen otros modelos para explicar comportamientos individuales, tales como el de Creencias en Salud(33), el Modelo Transteórico(34), la Teoría del Comportamiento Planeado(35) y el Modelo de Precaución- Adopción(36). El modelo información, motivación y habilidades del comportamiento(30) brinda ventajas y limitaciones frente a estas alternativas teóricas.

Entre las ventajas es preciso mencionar que el modelo IMB es un referente teórico que da línea para explorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades en el comportamiento de los cuidadores de niños menores de 5 años, permitiendo fijar la atención en la capacidad individual de las personas, para alcanzar prácticas preventivas.

El modelo propone cuatro constructos esenciales información, motivación, habilidades comportamentales y comportamiento, esto genera dentro de la investigación mayor facilidad para comprender los CAP de los cuidadores en el evento de maltrato infantil y lesión en el hogar; el modelo IMB a diferencia de los otros modelos del comportamiento individual afirma que una persona bien informada y altamente motivada, puede rápidamente desarrollar habilidades en el comportamiento que conlleven a adquirir conductas preventivas que eviten el maltrato infantil y las lesiones en el hogar.

Este modelo ha sido utilizado para investigar y promover comportamientos deseables en salud, para evitar enfermedades o lesiones por causas externas. Fue propuesto como un referente conceptual general para comprender y modificar comportamientos de riesgo en diferentes poblaciones.

Dentro de las limitaciones del modelo se puede mencionar que no puntualiza los constructos conocimientos, actitudes y prácticas, sino que considera estos conceptos

dentro de la definición de los constructos que conforman el modelo información, motivación y habilidades.

El modelo IMB ha sido utilizado y comprobado en estudios cuyos eventos centrales han sido el VIH sida, métodos de anticoncepción y salud reproductiva (30). El reto con esta investigación es ampliar la pertinencia del modelo de información motivación y habilidades comportamentales en otros problemas de investigación relacionados con la salud infantil.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en menores de 5 años en Santiago de Cali.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en cuidadores de menores de 5 años en Santiago de Cali.
- Identificar los factores relacionados con la prevalencia de actitudes respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en cuidadores de menores de 5 años en Santiago de Cali.
- Identificar los factores relacionados con la prevalencia de prácticas respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en cuidadores de menores de 5 años en Santiago de Cali.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal para identificar los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en menores de 5 años en Santiago de Cali.

Para realizar este estudio se utilizaron los datos previamente recolectados en 2010 por un proyecto que estimó las prevalencias de conocimientos, actitudes y prácticas claves para el cuidado de menores de 5 años y mujeres gestantes de Cali (23). Por tanto, los procesos metodológicos seguidos por este proyecto fueron utilizados para la construcción de la presente investigación.

Para facilitar la comprensión de la metodología, primero se presentaron los procesos desarrollados por el proyecto sobre “Prevalencia de Conocimientos, Actitudes y Prácticas claves para el cuidado de menores de 5 años y mujeres gestantes de Cali”(23) y luego se detallaron los procesos a desarrollar por el presente estudio.

5.2 METODOLOGÍA DEL PROYECTO “PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS CLAVES PARA EL CUIDADO DE MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES GESTANTES DE CALI(23)

5.2.1 Área de estudio. El área de estudio de esta investigación fueron las comunas 13, 14, 15, 16, y 21 de los estratos 1 a 3 de la zona urbana de Santiago de Cali. Para medir la prevalencia de Conocimientos, Actitudes y Prácticas claves para el cuidado de menores de 5, se seleccionó esta área de estudio porque es donde se registra mayor mortalidad infantil(23).

5.2.2 Población de estudio. La población de estudio estuvo constituida por madres y cuidadores de menores de 5 años residentes en 5 comunas de los estratos 1 a 3 de la zona urbana de Cali. Con los siguientes criterios de inclusión:

- Madres de menores de 5 años.
- Cuidadores de menores de 5 años.
- Personas que aceptaron participar voluntariamente.
- Madres y cuidadores que no hicieran parte de los hogares comunitarios.

5.2.3 Diseño Muestral. Con el fin de calcular el número de madres y cuidadores necesarios, se evaluaron los posibles tamaños de muestra para determinar la prevalencia de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de cuidadores frente al maltrato infantil y lesiones en el hogar, con un poder de 80%, un nivel de confianza de 95%, teniendo en cuenta el ajuste por no respuesta del 20%.

El marco de muestreo para la selección estuvo constituido por los mapas georreferenciados y los listados de manzanas con su número de viviendas y personas suministrados por el Departamento de planeación municipal y catastro de la alcaldía de Santiago de Cali, sin embargo, con el fin de actualizar los datos una vez seleccionadas las manzanas se realizó un censo para identificar número de viviendas, madres y cuidadores que cumplieran con las características del estudio.

Por las características del universo el diseño más adecuado, por su balance costo y precisión es un muestreo probabilístico, por conglomerados y bietápico.

Probabilístico porque cada hogar y persona del universo estudiado tuvo una probabilidad de selección conocida y mayor de cero. Este tipo de muestra permite fijar a priori la precisión deseada en los resultados y calcular posteriormente la precisión efectivamente observada.

De conglomerados por estar constituidos por manzanas (Unidades Primarias de Muestreo - UPM) de las comunas seleccionadas y por los hogares de dichas manzanas (Unidades Secundarias de Muestreo - USM).

Bietápico por la selección en dos etapas: 1) muestreando manzanas (UPM) de las comunas seleccionados y 2) seleccionando una cantidad similar de hogares (USM) por manzana, 10 en promedio, lo cual equivale a una “medida de tamaño - MT”.

5.2.3.1 Tamaño de la muestra. Para la estimación del tamaño de muestra se aplicó la fórmula del Muestreo Aleatorio Simple de Elementos (MAS), adaptada al diseño de conglomerados:

$$n = \frac{NPQ Deff}{N(ESrel * P)^2 + PQ Deff}$$

n = Tamaño de la muestra de cuidadores.

N = Tamaño del universo.

P = Prevalencia mínima esperada.

$Q = 1 - P$

$Deff$ = Efecto esperado de los conglomerados (efecto del diseño), como consecuencia de la conglomeración de la muestra en manzanas y viviendas. Se aplicó un $Deff$ máximo esperado de 1.3, deducido de experiencias de estudios en salud en población general urbana (12, 37).

$$Deff = \frac{\text{Varianza de azar real del diseño de conglomerados} \\ \text{(ver fórmula adelante para precisión observada)}}{\text{Varianza de azar con Muestreo Aleatorio Simple}}$$

$ESrel$ = Error Estándar Relativo deseado.

$$ESrel = \left[\sqrt{\left(1 - \frac{n}{N}\right) \frac{PQ}{n} * Deff} / P \right] * 100$$

En la **Tabla 2**, se describe la precisión esperada para estimaciones presentadas a partir de la muestra decidida.

Se calculó una muestra necesaria de $n=300$ cuidadores, más un 20% de no respuesta, los cuales fueron seleccionados en dos etapas: primero se seleccionaron manzanas y luego hogares. A continuación se describe la precisión esperada, según prevalencias a partir de la muestra decidida.

Tabla 2. Precisión esperada ($ESrel$), según prevalencias, a partir de la muestra

Cali	N	205.000	205.000	205.000	205.000	205.000	205.000	205.000	205.000	205.000
Muestra	n	300	300	300	300	300	300	300	300	300
20% No respuesta	1,2	360	360	360	360	360	360	360	360	360
Prevalencia esperada	P	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
1-P	Q	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1
Efecto diseño	Deff	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Error estándar relativo		23,2	15,5	11,8	9,5	7,7	6,3	5,1	3,9	2,6
Límite inferior		5,4	13,9	23,0	32,6	42,4	52,6	63,0	73,9	85,4
Límite superior		14,6	26,1	37,0	47,4	57,6	67,4	77,0	86,1	94,6

5.2.3.2 Precisión esperada de la muestra. Se calculó con la siguiente fórmula:

$$ESrel = \left[\sqrt{\left(1 - \frac{n}{N}\right) \frac{PQ}{n} * Deff} / P \right] * 100$$

5.2.3.3 Metodología de selección. La selección de las madres y cuidadores se realizó en dos etapas: primera, de manzanas (UPM) y segunda de hogares (USM).

- Selección de UPM: Se aplicó un muestreo sistemático, con los siguientes pasos:
 - 1) Listado unificado de manzanas de estratos 1-3 de manzanas seleccionadas y ordenadas geográficamente, con número de viviendas y registro del código cartográfico asignado por el DANE (sector, sección, manzana). Cada manzana fue una UPM, si su número de viviendas es de 6 o más. Manzanas con menos de 6 viviendas se anexó a una vecina para conformar una UPM.
 - 2) Cálculo para cada manzana del número de MT. Una MT tuvo 10 hogares en promedio, y se aceptó un rango de 6 a 14. El número de MT se obtuvo dividiendo los hogares de la manzana entre 10 y redondeando al próximo entero.
 - 3) Construcción de una frecuencia acumulada (FA) de las MT.
 - 4) Cálculo del intervalo de muestreo para la selección de las MT dividiendo el total de MT existentes, por el número de MT requeridas en la muestra:

$$IM = \frac{\text{Total MT}}{\text{Muestra de MT}}$$

Si el intervalo no es exacto se calculó con un decimal.

- 1) Obtención al azar de un número de arranque entre 1 y el valor del intervalo de muestreo. En el número seleccionado se ubicó la frecuencia acumulada, para identificar la UPM que contenga la primera MT de la muestra.
 - 2) Identificación de UPM que contengan las siguientes MT de la muestra, sumando sucesivamente el intervalo de muestreo al número de arranque (con sus respectivos decimales).
- Selección de las USM(Hogares)

En cada UPM seleccionada, se sub-muestrearon los hogares aplicando una fracción de sub-muestreo resultante de la relación: MT a ser seleccionadas en la UPM sobre MT existentes en la misma UPM. En casos con sólo una MT seleccionada, que fueron la mayoría, la fracción será $1/1$, o $1/2$, o $1/3$, etc. Cuando hubo dos o más MT seleccionadas, la fracción de sub-muestreo fue $2/MT$ existentes, o $3/MT$ existentes, etc.

Se realizó listado y submuestreo de hogares mediante un intervalo de selección, simultáneamente y como parte del proceso de encuesta. Este esquema contó con un riguroso proceso de supervisión y control. Se realizó listado de viviendas y hogares para identificar aquellos en los cuales hay menores de 5 años, luego, se realizó la selección de los hogares. Para el efecto se identificaron los hogares existentes, se numeraron estos últimos de 1 en adelante (en la UPM), y se aplicaron sobre el listado el intervalo de muestreo a partir de un número de arranque, previamente seleccionado en oficina. En los hogares seleccionados se encuestó a la madre o al cuidador que pasara más tiempo con el menor de 5 años de edad.

5.2.4 Recolección de la información

5.2.4.1 Contactos institucionales y presentación en terreno del proyecto. Para la recolección de los datos el equipo supervisor y encuestador se presentó ante las autoridades de la zona: juntas de acción comunal, estaciones de policía y Centros de salud, con el fin de explicar el proyecto, aumentar la tasa de respuesta de la población y preservar la seguridad del equipo.

5.2.4.2 Diseño y prueba del instrumento. Teniendo en cuenta el marco teórico seleccionado, los parámetros del Ministerio de la Protección Social y la revisión de la literatura frente al tema de la presente propuesta, se diseñó un instrumento para la medición de conocimientos, actitudes y prácticas de madres y cuidadores. Este cuestionario fue probado y ajustado antes de su aplicación, se probó en entrevistas cognitivas con madres y cuidadores de niños menores de 5 años residentes en la ciudad

de Cali, para asegurar la comprensión del lenguaje y solucionar situaciones que puedan afectar la validez de la medición.

También se diseñaron herramientas de apoyo que facilitaran la respuesta de los entrevistados, como producto de las entrevistas cognitivas, las cuales hacen parte integral del instrumento de encuesta, Igualmente, el instrumento para obtener el consentimiento informado se elaboró a partir de la revisión de literatura y la legislación de ética en investigación. Con este instrumento se informó el propósito del estudio, los procedimientos y la voluntariedad de participar.

5.2.4.3 Selección y capacitación del equipo operativo. Se seleccionó y capacitó encuestadores con experiencia en encuestas, quienes participaron de una jornada de capacitación, donde se abordaron aspectos generales del estudio, procedimientos operativos y se realizaron ejercicios de aplicación. Los encuestadores reportaban a tres supervisores de trabajo de campo con experiencia en manejo cartográfico, selección de hogares e individuos en terreno, manejo de personal, procesos de recolección de datos y control de la calidad de los mismos.

Un estudiante de epidemiología realizó la crítica de la información. Esta persona se encargó de detectar omisiones e imprecisiones en los datos y devolver a campo, en caso necesario. La labor de crítica fue independiente de la revisión realizada por los supervisores.

El equipo estuvo conformado por:

- Un/a coordinador/a encargado de la organización logística
- Tres supervisores/as de campo
- Un/a Critico/a de información
- Seis encuestadores/as

5.2.5 Aseguramiento y control de calidad. La confiabilidad de los datos se controló antes, durante y después de la recolección. Antes: mediante 1) la prueba de los instrumentos, 2) el diseño de manuales operativos, 3) la capacitación al equipo, 4) la prueba y ajustes de procesos e instrumentos. Durante: en el desarrollo del operativo de campo con el equipo investigador, supervisores y el crítico, realizaron seguimiento semanal al desarrollo de la encuesta. Después: Aleatoriamente se seleccionaron UPMs y se re-encuestó a un cuidador para verificar la calidad de las encuestas realizadas.

5.2.6 Almacenamiento de los datos. Los datos se almacenaron en una base de datos previamente construida en EPI-INFO. La base de datos fue revisada con el fin de encontrar inconsistencias, respecto a los cuestionarios diligenciados. Además, se seleccionó el 5% de los formatos diligenciados y se comparó con los datos registrados en la base de datos.

5.2.7 Análisis de datos. Los datos se analizaron en Stata-8.0. Se obtuvieron prevalencias de CAP con intervalo de confianza del 95%, según características demográficas de la población. Estas prevalencias fueron ajustadas con el factor de expansión calculado para cada individuo seleccionado, para obtener estimaciones no sesgadas de las prevalencias de CAP en la población objetivo.

5.3 METODOLOGÍA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

En esta sección se definieron las variables a utilizar, los procesos para realizar el procesamiento de los datos previamente obtenidos, los métodos para encontrar los Factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores en los eventos de maltrato infantil y lesiones en el hogar en menores de 5 años en Santiago de Cali.

5.3.1 Variables. Teniendo en cuenta el marco teórico y el estado del arte anteriormente descritos, se presentan las variables del presente estudio.

5.3.1.1 Variables de Resultado

Tabla 3. Definición operacional de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores en los eventos de maltrato infantil y lesiones en el hogar (Continúa)

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES
CONOCIMIENTOS DE CUIDADORES EN EL EVENTO DE MALTRATO INFANTIL			
Conocimiento sobre las causas del maltrato infantil	Conocimiento del cuidador sobre las posibles causas que genera el maltrato infantil en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar el maltrato infantil 1. Adecuado para evitar el maltrato infantil
Conocimiento sobre las consecuencias que genera pegarle a un menor de 5 años	Conocimiento del cuidador sobre las posibles consecuencias que genera pegarle a un menor de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar se le pegue a un menor de 5 años 1. Adecuado para evitar que se le pegue a un menor de 5 años
Conocimiento sobre las consecuencias generadas cuando se le grita a un menor de 5 años	Conocimiento del cuidador sobre las posibles consecuencias que genera gritar a un menor de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar se le grite a un menor de 5 años 1. Adecuado para evitar que se le grite a un menor de 5 años
Conocimiento sobre las consecuencias generadas cuando se encierra un menor de 5 años	Conocimiento del cuidador sobre las posibles consecuencias que genera encerrar a un menor de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar que encierre a un menor de 5 años 1. Adecuado para evitar que se encierre a un menor de 5 años
CONOCIMIENTOS DE CUIDADORES EN EL EVENTO DE LESIONES EN EL HOGAR			
Conocimientos sobre los lugares en el hogar que se consideran peligrosos para los menores	Conocimientos del cuidador sobre los lugares en el hogar que se consideran peligrosos para los menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar lesiones en el hogar 1. Adecuado para evitar las lesiones en el hogar

Tabla 3. Definición operacional de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores en los eventos de maltrato infantil y lesiones en el hogar (Continuación)

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES
Conocimiento sobre las consecuencias que generan las lesiones en el hogar en menores	Conocimientos del cuidador sobre las consecuencias que generan lesiones en el hogar en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar las lesiones en el hogar 1. Adecuado para evitar las lesiones en el hogar
Conocimiento sobre las consecuencias que genera una caída en menores de 5 años	Conocimientos del cuidador sobre las consecuencias que generan las caídas en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar las caídas en el hogar 1. Adecuado para evitar las caídas en el hogar
Conocimiento sobre las consecuencias que genera una intoxicación en menores de 5 años	Conocimientos del cuidador sobre las consecuencias que generan las quemaduras en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar las quemaduras en el hogar 1. Adecuado para evitar las quemaduras en el hogar.
Conocimiento sobre las consecuencias que genera el atrancamiento en menores de 5 años	Conocimientos del cuidador sobre las consecuencias que genera el atrancamiento en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Inadecuado para evitar el atrancamiento en el hogar 1. Adecuado para evitar el atrancamiento en el hogar

Tabla 3. Definición operacional de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores en los eventos de maltrato infantil y lesiones en el hogar (Continuación)

ACTITUDES DE CUIDADORES EN EL EVENTO DE MALTRATO INFANTIL			
VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES
Actitudes frente al Maltrato Infantil	Predisposición personal frente al Maltrato Infantil en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Desfavorables para prevenir el maltrato infantil 1. Favorables para prevenir el maltrato infantil.
Actitudes para buscar atención cuando se presenta un caso de maltrato infantil en el hogar	Búsqueda de atención cuando un menor de 5 años ha sido maltratado	Categórica dicotómica	0. Desfavorables para prevenir el maltrato infantil 1. Favorables para prevenir el maltrato infantil.
ACTITUDES DE CUIDADORES EN EL EVENTO DE LESIONES EN EL HOGAR			
Actitudes frente a las lesiones en el hogar	Predisposiciones personales frente a las lesiones en el hogar en menores de 5 años	Categórica dicotómica	0. Desfavorables para prevenir las lesiones en el hogar 1. Favorables para prevenir las lesiones en el hogar

Tabla 3. Definición operacional de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores en los eventos de maltrato infantil y lesiones en el hogar (Continuación)

PRÁCTICAS DE CUIDADORES EN EL EVENTO DE MALTRATO INFANTIL.			
VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES
Prácticas que evitan el castigo como forma de educación del menor de 5 años en el hogar	Formas más usuales de educar a los niños en el hogar sin usar el maltrato	Categórica dicotómica	0. No 1. Si
PRÁCTICAS DE CUIDADORES EN EL EVENTO DE LESIONES EN EL HOGAR			
Prácticas para prevenir las lesiones en el hogar	Medidas preventivas implementadas para evitar las lesiones en el hogar	Categórica dicotómica	0. Si 1. No

5.3.2.1 Variables independientes

Tabla 4. Definición operacional de las Variables Sociodemográficas (Continúa)

Variables Independientes	Definición Operacional	Tipo de variable	Valores posibles
Variables sociodemográficas			
Sexo	sexo del cuidador	categórica dicotómica	Masculino
			Femenino
Edad del cuidador	Edad en años cumplidos	cuantitativa discreta	16 - 17
			18 - 25
			26 - 36
			36 - 45
			46 - 55
			56 - 77
Escolaridad	Etapa de educación de un individuo	categórica politómica	Ninguna
			Primaria
			Secundaria
			Superior

Tabla 4. Definición operacional de las Variables Sociodemográficas (Continuación)

Variables Independientes	Definición Operacional	Tipo de variable	Valores posibles
Parentesco del cuidador	Relación de familiaridad con el menor	categórica politómica	Madre
			Padre
			Hermano (a)
			Abuelo (a)
			Tío (a)
			Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a))
Menores de 5 años en la casa	Número de niños menores de 5 años en el hogar	cuantitativa discreta	Hogares con 1 menor
			Hogares con 2 menores
			Hogares con 3 o más menores
Personas que conforman el hogar	Número de personas que conforman el hogar	cuantitativa discreta	2-3 personas
			4 personas
			5 personas
			6-7 personas
			8 o más personas
Afiliación al sistema de seguridad social	Régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en Colombia	categórica politómica	Contributivo
			Subsidiado
			Sin afiliación
Procedencia del cuidador	Lugar de donde son nativos los cuidadores de menores de 5 años	categórica politómica	Valle
			Cauca
			Nariño
			Risaralda
			Chocó
			Otros departamentos
Tipo de vivienda	características de la estructura donde habitan las personas	categórica politómica	Casa
			Apartamento
			Otro tipo de vivienda (cuarto, aparta estudio, lote)

5.3.2 Procesamiento y control de calidad. Aun cuando los datos ya han sido sometidos a control de calidad en la digitación, para el presente estudio se verificó la calidad de la digitación en 10% de los registros de la base de datos que se entregó para analizar. Ante cualquier inconsistencia encontrada se procedió a corregir los datos

Además, se realizaron tabulaciones con miras a identificar datos no plausibles, omitidos o inconsistentes, los cuales fueron verificados mediante comparación con la información registrada en los formatos físicos diligenciados. Una vez finalizado este proceso la base de datos quedó lista para su procesamiento y análisis. Luego, la base de datos fue exportada a Stata versión 12.0 utilizando el programa Stat Transfer.

5.3.3 Plan de Análisis. Dado que la probabilidad final de selección de los cuidadores fue diferente debido al diseño muestral implementado, para estimar las prevalencias fue necesario ponderar los resultados mediante el factor básico de expansión (38). Este factor estuvo constituido por el inverso del producto de la probabilidad de selección de la manzana, la probabilidad de selección del hogar y la probabilidad de respuesta(38).

Específicamente, la probabilidad de selección de las manzanas estuvo determinada por el número de manzanas seleccionadas y el número de manzanas existentes así:

f 1 = Probabilidad de selección de la Manzana

$$f\ 1 = \frac{\text{Número Manzanas Seleccionadas}}{\text{Número Manzanas existentes}}$$

A su vez, la probabilidad de selección de los hogares estuvo determinada por el número de hogares seleccionados y el número de hogares existentes en cada manzana, así:

f 2 = Probabilidad de selección de hogares

$$f_2 = \frac{\text{Número de hogares seleccionados}}{\text{Número de hogares existentes}}$$

Finalmente, la probabilidad de respuesta de los cuidadores estuvo determinada por el número de cuidadores efectivamente encuestados y el número de cuidadores seleccionados en cada hogar, así:

F_p = Factor de ajuste de respuesta

$$F_p = \frac{\text{Número de personas encuestadas en la USM}}{\text{Número de personas seleccionadas en la misma USM}}$$

De esta manera, el factor final de expansión estuvo dado por el inverso del producto de las probabilidades antes mencionadas.

F = Factor final de expansión.

$$F = \frac{1}{f_1 * f_2 * F_p}$$

Una vez se obtuvo el factor básico de expansión, se procedió a realizar un análisis univariado resumiendo la información a partir de representaciones gráficas y tablas con indicadores descriptivos. Se estimaron los promedios, medianas y desviaciones estándar para el caso de variables cuantitativas y proporciones para el caso de las variables cualitativas. En particular, se estimaron las proporciones de cuidadores participantes en el estudio según sexo, parentesco con el menor, tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, grado de escolaridad y se estimó el promedio o la mediana de la edad, según la distribución.

De acuerdo con el modelo de información-motivación y habilidades comportamentales(30), se estimaron las prevalencias de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en menores de 5 años en Santiago de Cali, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Con el propósito de identificar los factores relacionados con la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en menores de 5 años, se propuso ajustar un modelo de regresión logística para cada una de las variables involucradas en el estudio, dado que la variable respuesta de conocimientos, actitudes y prácticas de ambos eventos fue inicialmente dicotomizada.

Cada una de las variables de conocimientos se dividieron en dos categorías: tomó valor de (1) si la respuesta era adecuada para evitar las lesiones en el hogar y el maltrato infantil y valores de (0) si la respuesta era inadecuada para evitar dichos eventos. Las variables actitudes tuvieron valores de (1) cuando las respuestas reflejaban predisposiciones favorables para evitar las lesiones en el hogar y el maltrato infantil y tomaron valores de (0) cuando las respuestas de los cuidadores favorecieron este evento. Por último, las variables de prácticas tuvieron valores de (1) cuando el cuidador reportó en sus respuestas prácticas preventivas y valores de (0) a la categoría cuando no se reportaron dichas prácticas.

Al construir la variable prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar y a maltrato infantil, se evidenció que la casi totalidad de los cuidadores mostraron deficiencias en conocimientos, actitudes y prácticas. Esto impidió establecer comparaciones entre aquellos con conocimientos, actitudes y prácticas que se dividieran entre cero y uno, según las categorías descritas. Por tanto, fue necesario recurrir a la construcción de conteo del número de respuestas

positivas de los cuidadores en cada variable y a la construcción de un modelo de regresión binomial negativa.

Dado que el modelo teórico analizado plantea que las variables sociodemográficas pueden influir en el número de respuestas que un cuidador puede tener sobre los conocimientos, actitudes y prácticas referentes a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil, se ajustó un modelo de regresión binomial negativa para cada una de las variables resultado. Se eligió este modelo porque controla la dispersión de los datos generada cuando la varianza de las variables resultado es diferente a la media,(39-41). En este modelo el conjunto de factores potencialmente predictores correspondieron a variables sociodemográficas tales como sexo, edad, parentesco con el menor, escolaridad, afiliación al régimen de salud, menores de 5 años en el hogar, personas que conforman el hogar, procedencia y el tipo de vivienda.

Para esto se realizó un análisis bivariado binomial negativo con el ánimo de explorar la relación existente entre las características sociodemográficas y las variables de resultado de conocimientos, actitudes y prácticas. Se construyeron tablas de contingencia para estimar los coeficientes de regresión (β), promedios y desviaciones estándar que reflejaran la relación entre las mismas. De este modelo se seleccionaron aquellas variables que tuvieron significancia estadística menor a 0,25 para ser incluidas 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 es significativamente elevada (alrededor de 30%) se optó por excluir una de las variables del modelo final para disminuir su efecto en la varianza, dependiendo de la explicación teórica y de las capacidades de intervención en salud pública.

Con las variables seleccionadas se corrieron los modelos múltiples para cada una de las variables resultado de lesiones en hogar y maltrato infantil. Así, se construyeron 6 modelos explicativos, uno para conocimientos, otro para actitudes y otro para prácticas respecto a lesiones en el hogar y de forma similar se procedió respecto a maltrato.

Es preciso considerar que en estudios transversales se puede estimar la razón de prevalencias(42), la cual indica cuántas veces es más probable que los cuidadores expuestos a determinadas condiciones sociodemográficas presenten un cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las lesiones en el hogar y el maltrato infantil en niños menores de 5 años. Debido a que la regresión binomial negativa hace parte de los modelos lineales generalizados, se utilizó la conversión log – binomial como una aproximación para medir la razón de prevalencias. Esto permite la interpretación de los coeficientes beta como un factor de cambio o factor de riesgo comparado con la categoría de referencia(43-45).

En cada modelo se compararon las Razones de Prevalencia crudas y ajustadas, con el fin de establecer cambios en la magnitud o en la dirección, que permitieran identificar la presencia de posibles fenómenos de confusión o de modificación del efecto.

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 verificó variaciones de los coeficientes superiores a 10% y se evaluó la plausibilidad de los datos con el fin de definir su permanencia o retiro del modelo. Finalmente, se realizó una prueba general a través del estadístico Prob >LR; con el ánimo de evaluar si los coeficientes de regresión en su conjunto aportan a la explicación de los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores con respecto a lesiones en el hogar y a maltrato infantil en menores de 5 años en Santiago de Cali.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la clasificación de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en el artículo 11, se consideró que el estudio “Prevalencia de Conocimientos, Actitudes y Prácticas claves para el cuidado de menores de 5 años y mujeres gestantes de Cali” (23) fue considerado de riesgo mínimo.

En el análisis actual, se trabajó a partir de una base de datos secundaria codificada proporcionada por la Fundación FES; dado que no se trató directamente con seres humanos fue categorizada según la misma resolución como una investigación sin riesgo; el mayor riesgo generado pudo ser la ruptura de la confidencialidad.

La confidencialidad de la información del proyecto realizado, estuvo garantizada en la medida en que los formularios diligenciados no se registraron datos como nombre, identificación y/o contacto de los cuidadores encuestados. Se firmó un contrato de licencia de uso para garantizar la confidencialidad de los datos suministrados a través de la base de datos y de los resultados obtenidos, razón por la cual la ruptura de la confidencialidad se consideró poco posible.

Los resultados de la investigación servirán de insumos a los tomadores de decisiones para el diseño e implementación de estrategias que modifiquen los CAP de cuidadores que favorecen el Maltrato Infantil y las Lesiones en el Hogar.

Tanto en la investigación “Prevalencia de Conocimientos, Actitudes y Prácticas claves para el cuidado de menores de 5 años y mujeres gestantes de Cali” (23) como en la investigación actual, los investigadores declararon no tener conflictos de intereses, ni haber recibido ningún tipo de sanción ética o disciplinaria en ejercicio de su profesión.

7. RESULTADOS

A partir de los mapas georreferenciados y los listados de manzanas con su número de viviendas y personas suministrados por el Departamento de Planeación Municipal y Catastro de la Alcaldía de Santiago de Cali, se seleccionaron para el estudio 80 manzanas de la ciudad de Cali, 7 de las cuales no pudieron ser trabajadas por inseguridad en esas zonas.

En total, se censaron 3494 hogares, donde se identificaron 814 hogares con niños menores de 5 años, de los cuales se seleccionaron 564 hogares potenciales a ser encuestados. De estos 564 hogares, 22 cuidadores rechazaron participar en la encuesta, 10 no se encontraron en el hogar después de las tres visitas realizadas, a 12 no se pudo volver a realizar la encuesta por razones de seguridad, hubo 2 encuestas incompletas y 1 encuesta anulada por no cumplir con los criterios de inclusión. Por tanto, el porcentaje de no respuesta en este estudio fue de 7,8%. Sin embargo, si no se tiene en cuenta aquellos hogares que no pudieron ser visitados después del primer contacto, dicho porcentaje es de 1.8%. De esta manera, se encuestaron efectivamente 519 cuidadores de menores de 5 años (517 encuestas completas y 2 incompletas) (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de las encuestas realizadas en los cuidadores seleccionados.

Resultados	Número
<i>Encuestas completas</i>	<i>517</i>
<i>Encuestas no respondidas y anuladas</i>	
Rechazos	22
No se realizaron nuevas visitas por seguridad	12
No se encontraron en el hogar	10
Encuestas incompletas	2
Encuesta anulada	1
<i>Subtotal de encuestas no respondidas y anuladas</i>	<i>44</i>
Total de encuestas	564
% de No respuesta (Encuestas no respondidas y anuladas/Total de encuestas)	7,8%

7.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

En la tabla 6 -7 se presentan las características sociodemográficas de los cuidadores de menores de 5 años seleccionados, las cuales no se encuentran ajustadas por el factor de expansión, debido a que el objetivo es describir las características de los participantes en el estudio.

La mayoría de los cuidadores de menores de 5 años que participaron en el estudio eran las madres de los niños, con una mediana de edad de 28 años (rango 16 - 77), con secundaria principalmente como mayor nivel de escolaridad y procedentes del departamento del Valle del Cauca. Más de la mitad (85,2%) de los cuidadores se encuentran afiliados al Sistema de General de Seguridad Social, pero menos de la mitad (43,8%) de los participantes hacen parte del régimen contributivo.

En relación con las condiciones de la vivienda, casi 90% de los cuidadores residen en casas, tienen un solo niño y en la mitad de ellos viven al menos 5 personas.

Tabla 6. Distribución de las características sociodemográficas de los cuidadores encuestados (Continúa)

Variable	n= 519	%	% Acumulado
Sexo			
Masculino	23	4,4	4,4
Femenino	496	95,6	100,0
Edad del cuidador			
16 - 17	13	2,5	2,5
18 - 25	188	36,2	38,7
26 - 36	161	31,0	69,7
36 - 45	73	14,1	83,8
46 - 55	48	9,3	93,1
56 - 77	36	6,9	100,0

Tabla 7. Distribución de las características sociodemográficas de los cuidadores encuestados (Continuación)

Variable	n= 519	%	% Acumulado
Escolaridad *			
Ninguna	10	1,9	1,9
Primaria	98	18,9	20,9
Secundaria	346	66,8	87,7
Superior	64	12,4	100,0
Parentesco del cuidador+			
Madre	363	70,1	70,1
Padre	12	2,3	72,4
Hermano (a)	6	1,2	73,6
Abuelo (a)	97	18,7	92,3
Tío (a)	30	5,8	98,1
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	1,9	100,0
Menores de 5 años en la casa			
Hogares con 1 menor	425	81,9	81,9
Hogares con 2 menores	80	15,4	97,3
Hogares con 3 o más menores	14	2,7	100,0
Personas que conforman el hogar®			
2-3 personas	78	15,1	15,1
4 personas	142	27,4	42,5
5 personas	104	20,1	62,6
6-7 personas	124	23,9	86,5
8 o más personas	70	13,5	100,0
Afiliación al sistema de seguridad social×			
Contributivo	227	43,8	43,8
Subsidiado	215	41,4	85,2
Sin afiliación×	117	22,6	100,0

*En la variable escolaridad se encontró un dato ausente

+ En la variable parentesco con el menor se encontró un dato ausente

®En la variable personas que conforman el hogar se encontró un dato ausente

× En la variable afiliación al sistema de seguridad social se encontró un dato ausente

Tabla 7. Distribución de las características sociodemográficas de los cuidadores encuestados (Continuación)

Variable	n= 519	%	% Acumulado
Procedencia del cuidador*			
Valle	438	84,6	84,6
Cauca	22	4,3	88,8
Nariño	21	4,1	92,9
Risaralda	5	1,0	93,8
Chocó	5	1,0	94,8
Otros departamentos	27	5,2	100,0
Tipo de Vivienda**			
Casa	455	88,0	88,0
Apartamento	48	9,3	97,3
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	2,7	100,0

≠ En la variable procedencia del cuidador se encontró un dato ausente

**En la variable tipo de vivienda se encontraron dos datos ausentes

7.2 PREVALENCIAS DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR Y MALTRATO INFANTIL.

En esta sección se presentan las prevalencias de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores frente a lesiones en el hogar y maltrato infantil en menores de 5 años, de acuerdo con el modelo información-motivación y habilidades comportamentales.

Dichas prevalencias se encuentran ajustadas por el factor de expansión, razón por la cual no se presentan las frecuencias, sino el porcentaje con intervalos de confianza de 95%, descritos en las tablas 8 a 23.

7.2.1 Prevalencia de conocimientos de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar. En la tabla 8 se observa que la mayoría de los cuidadores identifican que los lugares más peligrosos del hogar son las escaleras, la cocina, la terraza y el balcón. En relación con el lavadero se observó que casi 100% de los cuidadores no lo identifican como un lugar de riesgo para los niños.

Las consecuencias que más reconocen los cuidadores frente a una caída de los menores fueron las fracturas, seguido de los hematomas y morados en el cuerpo. Se pudo observar que solamente 19,4% de los cuidadores reconoce la muerte como una consecuencia grave de las lesiones en el hogar, al igual que los daños cerebrales y la discapacidad, cuya prevalencia reportada fue de 5% (Tabla 9).

Se reporta que más de la mitad de los cuidadores creen que ante una quemadura el niño puede adquirir una cicatriz especialmente en el rostro. También se observan bajas prevalencias de los cuidadores en cuanto a las consecuencias que pueden traer las quemaduras en los menores de 5 años. Solamente 19,7% de los cuidadores reconocen que por una quemadura un niño podría morir y menos de 5% consideró otras consecuencias graves como las amputaciones, hospitalización y convulsiones (Tabla 10).

En cuanto a las lesiones en el hogar generadas por intoxicación se reporta que 80,6% de los cuidadores identifica la muerte como la consecuencia más grave. También dentro de las consecuencias reportadas por la mordedura de un animal se evidencia que la mitad de los cuidadores consideran una posible infección y un poco más de la cuarta parte de los cuidadores perciben que puede ocasionar la muerte a los niños menores de 5 años (Tabla 11 - 12).

Se observó que casi la mitad de los cuidadores tienen presente que el atrancamiento en menores de 5 años puede desencadenar problemas para respirar, asfixia e inclusive la muerte. Sin embargo, consecuencias como problemas en los bronquios y hospitalización son consideradas por menos de 2% de los cuidadores entrevistados (Tabla 13).

Tabla 8. Lugares en el hogar peligrosos para los menores de 5 años

Lugares peligrosos	Prevalencia	IC 95%
Escaleras	98,5	97,5 – 99,5
Cocina	98,2	96,1 – 100,0
Terraza	97,8	96,4 – 99,3
Balcón	97,7	95,6 – 99,8
Baño	82,7	78,5 – 87,0
Patio	51,8	47,1 - 56,5
Comedor	50,9	47,3 – 54,5
Antejardín	50,4	46,6 – 54,1
Habitación	29,0	24,7 – 33,2
Sala	27,0	22,8 – 31,2
Lavadero	1,2	0,2 – 2,2

Tabla 9. Prevalencia de Consecuencias percibidas ante la caída de un menor

Consecuencias percibidas de una caída	Prevalencia	IC 95%
Fracturas	71,9	65,2 – 78,5
Hematomas	53,8	49,1 – 58,5
Raspaduras	21,6	16,9 – 26,3
Muerte	19,4	13,4 – 25,4
Golpes en la cabeza	14,0	11,0 – 17,1
Problemas Cerebrales	4,4	2,4 – 6,3
Paraplejia	1,5	0,5 – 2,6
Convulsiones	0,8	0,0 – 1,8
Hospitalización	0,4	0,0 – 0,8
Otra cosa (Amputación, tumor, lesión irreversible)	16,6	12,9 – 20,4
No sabe	0,8	0,0 – 1,7

Tabla 10. Prevalencia de Consecuencias percibidas ante la quemadura de un menor

Consecuencias percibidas de una quemadura	Prevalencia	IC 95%
Cicatrices	63,1	69,0 – 67, 3
Muerte	19,7	16,4 – 23,1
Infección	15,4	11,7 – 19,1
Amputación	4,4	2,3 – 6,5
Hospitalización	3,4	1,5 – 5,3
Convulsiones	0,5	0,0 – 1,1
Problemas Cerebrales	1,1	0,14 – 2
Deshidratación	0,3	0,0 – 0,8
Dolor de cabeza	0,3	0,0 – 0,67
No sabe	16,8	13,7 – 19,8

Tabla 11. Prevalencia de consecuencias percibidas ante la intoxicación de un menor

Consecuencias percibidas de una intoxicación	Prevalencia	IC 95%
Muerte	80,6	76,4 – 84,8
Hospitalización	5,8	3,6 – 8,1
Problemas Cerebrales	4,8	2,5–7
Alergias	4,3	2,4-6,2
Daño hepático	3,4	1,3 – 5,4
Quemaduras en la garganta	2,9	0,8 – 5
Quemaduras en la boca	2,6	0,5 – 4,7
Daño en los riñones	1,6	0,4 – 2,9
Convulsiones	1,5	0,5 – 2,4
Deshidratación	0,7	0,1 – 1,4
Otra cosa (Envenenamiento, problemas estomacales, vomito, fiebre)	12,5	8,4 16,6
No sabe	8,7	5,4 – 12,1

Tabla 12. Prevalencia de consecuencias percibidas ante la mordedura de un animal a un menor

Consecuencias percibidas ante la mordedura de animal	Prevalencia	IC 95%
Infección	59,9	56,0 – 64,0
Transmisión de rabia	30,4	25,8 – 35
Muerte	26,4	22,4 – 30,1
Cicatrices	4,3	2,2-6,5
Daño en los músculos	1,7	0,0 – 3,9
Daño en los tendones	1,6	0,5 – 2,7
Convulsiones	0,6	0,0 – 1,2
Daño en las articulaciones	0,5	0,1 – 1,1
Problemas Cerebrales	0,3	0,0 – 0,8
Nada pasa	0,2	0,0 – 0,6
Otra cosa (Dolor, fiebre, irritación en la piel)	8,1	5,9 – 10,3
No sabe	4,7	2,7 – 6,8

Tabla 13. Prevalencia de Consecuencias percibidas ante el atrancamiento de un menor

Consecuencias percibidas ante el atrancamiento	Prevalencia	IC 95%
Muerte	45,3	39,7 – 50,8
Asfixia	44,9	40,0 – 49,8
Problemas respiratorios	44,9	40,0 – 49,8
Ahogamiento	32,1	27,0 – 37,2
Problemas en los bronquios	1,6	0,6 – 2,7
Hospitalización	1,1	0,2 – 2
No sabe	1,5	0,5 – 2,5

7.2.2 Prevalencia de actitudes de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar. Respecto a las actitudes de los cuidadores de menores de 5 años frente a las lesiones en el hogar. Se observa que la mayoría de los cuidadores tienen la actitud para reconocer que las lesiones en el hogar pueden ser generadas por el descuido de los adultos (80,4%). También se identifica que la mitad de los cuidadores consideran que la inquietud y la falta de obediencia en los niños son las causas de las lesiones en el hogar (Tabla 14).

Tabla 14. Prevalencia de actitudes de los cuidadores frente a lesiones en el hogar

Actitudes de los cuidadores	Prevalencia	IC 95%
Descuido de los adultos	80,4	76,4 – 84,4
Inquietud	50,6	46,1 - 55,2
Desobediencia	5,8	3,1 – 8,4
Voluntad de Dios	0,7	0,0 – 1,3
Otra cosa (Inocencia, curiosidad, no miden el peligro)	5,7	3,0 - 8,5
No sabe	0,5	0 – 1,2

7.2.3 Prevalencia de prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar. Respecto a la Prevalencia de prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar, se evidencia que más de la mitad de los entrevistados tienen alguna medida preventiva para evitar las lesiones en el hogar en los menores. Así, se evidencia que los cuidadores tienen puerta y cajones en la cocina, enchufes tapados y camas con barandas. Sin embargo, aproximadamente 70% tienen materas en pasillos y corredores (Tabla 15).

Se observó que alrededor de 85% de los cuidadores no cuenta con protección en las ventanas y en los balcones. De manera similar, se resalta que casi 100% de los

cuidadores entrevistados no ubica los medicamentos, cuchillos, fósforos y encendedores en lugares fuera del alcance de los niños (Tabla 15).

Tabla 15. Prevalencia de medidas de prevención de lesiones en el hogar

Medidas de prevención	Prevalencia	IC 95%
Cocina con puerta	90,1	86,5 – 93,7
Cajones en la cocina	76,5	72,6 – 80,5
Enchufes con protector	75,7	68,3 – 83,2
Camas de los niños con baranda	69,8	63,2 - 76,3
Materas en los pasillos y corredores	69,2	64,7 – 73,7
Gradas con barandal	31,0	26,2 - 35,7
Cajones en la cocina con seguridad	27,8	21,3 – 34,4
Armarios con seguridad	24,7	20,5 – 28,8
Bolsa plásticas en lugares altos	22,5	18,9 - 26,0
Animales sueltos	16,7	12,8 –20,7
Balcones con seguridad	14,4	10,8 - 18,0
Productos de aseo en lugares altos	10,1	6,2 - 14,0
Ventanas con reja	8	5,1 - 10,9
Cuchillos en lugares altos	6,3	3,6 - 9,0
Medicamentos en lugares altos	5,9	1,9 - 9,8
Fósforos y encendedores en lugares altos	3,5	1,6 - 5,4

7.2.4 Prevalencia de conocimientos de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil. En cuanto a los conocimientos de los cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil, Se evidencia que las personas que cuidan a los menores justifican el castigo ante la desobediencia y los daños causados por los niños. En particular, 91,8% de los cuidadores castiga a los menores cuando no obedecen y 69,6% cuando dañan las cosas. Además, se observa que el desempeño escolar deficiente es una de las principales razones por las cuales los cuidadores castigan a los menores (Tabla 16).

En la población estudiada se observaron prevalencias bajas frente al conocimiento de las consecuencias generadas por el castigo físico y verbal; sin embargo un poco más de la mitad de los cuidadores reconoce que ante maltrato físico los niños pueden presentar problemas emocionales (Tabla 17-18).

La mitad de los cuidadores consideran que la consecuencia más grave del encierro en los niños es que pueden presentar problemas emocionales. A su vez, aproximadamente la cuarta parte de las personas entrevistadas (21,3%) reportan que los niños pueden desarrollar miedos y solamente 11,1% de los cuidadores reconocen que ante este tipo de maltrato los menores pueden desarrollar conductas agresivas (Tabla 19).

Tabla 16. Prevalencia de las causas percibidas por los cuidadores frente al maltrato infantil

Causas percibidas	Prevalencia	IC 95%
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
Otra razón (Mentiras, no se deben castigar)	4,3	2,3 - 6,3

Tabla 17. Prevalencia de las consecuencias percibidas por el cuidador ante el castigo físico

Consecuencias percibidas del castigo físico	Prevalencia	IC 95%
Problemas emocionales	61,5	57,3 – 65,6
Malgenio	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
Suicidio	0,6	0,0 – 1,4
Problemas en la escuela	0,5	0,0 – 1
Muerte	0,4	0,0 – 1
Drogadicción	0,3	0,0 – 0,8
Alcoholismo	0,2	0,0 – 0,5
Delincuencia	0,2	0,0 – 0,5
Problemas en el lenguaje	0,1	0,0 – 0,4
No sabe	7,6	5,2 – 10,0
No le pasa nada	7,2	4,9 – 9,4

Tabla 18. Prevalencia de las consecuencias percibidas por el cuidador ante el castigo verbal

Consecuencias percibidas del castigo verbal	Prevalencia	IC 95%
Problemas emocionales	18,4	13,1 - 23,7
Miedos	18,0	15,1 – 20,8
Malgenio y agresividad	12,6	8,5 – 16,7
Se acostumbra a los gritos	11,1	7,6 - 14,5
Desobediencia	11,1	7,6 - 14,5
Inquietud	2,2	0,6 – 3,8
Enfermedad	2,0	0,6 – 3,4
Delincuencia	0,5	0,0 - 1
Se va de la casa	0,4	0,09 – 0,8
Drogadicción	0,3	0,0 – 1
Problemas en la escuela	0,3	0,0 – 0,8
Falta de apetito	0,3	0,0 – 0,8
Problemas en el lenguaje	0,3	0,0 – 0,6
Suicidio	0,2	0,0 – 0,6
Alcoholismo	0,2	0,0 – 0,5
Temprana vida sexual	0,1	0,0 – 0,4
Le puede pasar otra cosa	22,9	19,6 - 26,2
No sabe	7,2	5,2 – 9,4
No le pasa nada	5,6	3,6 – 7,7

Tabla 19. Prevalencia de las consecuencias percibidas por el cuidador ante el encierro

Consecuencias percibidas del encierro	Prevalencia	IC 95%
Problemas emocionales	50,3	45,5 – 55,0
Miedos	21,3	15,1 – 27,4
Malgenio y agresividad	11,1	8,6 – 13,6
Suicidio	5,5	3,1 – 8
Enfermedad	5,2	1,4 – 9
Inquietud	2,7	1,1 – 4,3
Se va de la casa	1,3	0,3 – 2,2
Muerte	1,2	0,3 – 2,1
Problemas cerebrales	0,6	0,0 – 1,7
Problemas en la escuela	0,6	0,0 – 1,3
Delincuencia	0,5	0,0 – 1,1
Drogadicción	0,5	0,0 – 1,1
Problemas en el lenguaje	0,4	0,0 – 0,8
Alcoholismo	0,2	0,0 – 0,5
No sabe	14,0	10,8 – 17,3
No le pasa nada	3,4	1,3 – 5,4

7.2.5 Prevalencias sobre actitudes de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil. Respecto a las Prevalencias sobre actitudes de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil, se reporta que casi la totalidad de los cuidadores (99,1%) considera necesario explicarle al menor lo que hizo mal. Sin embargo aún se evidencian actitudes que favorecen el maltrato infantil cuyas prevalencias son altas. Ochenta y tres punto siete por ciento de los cuidadores afirma que el castigo en los niños es bueno para la educación. De manera similar se reporta que 83,8% de los cuidadores asumen que los padres tienen derecho a pegarles a sus hijos y casi la mitad de los entrevistados reportan que ante un mal comportamiento de los niños es necesario reprenderlos o castigarlos físicamente (Tabla 20).

En cuanto a las barreras que con mayor frecuencia identifican los cuidadores para poder llevar un niño a la atención médica están la falta de dinero y que no le den permiso en el trabajo. Sin embargo la mitad de los cuidadores reportan que nada se los impediría (Tabla 21).

Tabla 20. Prevalencia de actitudes de los cuidadores frente al Maltrato Infantil

Actitudes de los cuidadores	Prevalencia	IC 95%
Para corregir a un niño se debe explicar lo que hizo mal	97,8	97,8 – 99,7
Los padres tienen derecho a pegarle a los hijos	83,8	80,1 – 87,5
Castigar a los niños es bueno para su educación	83,7	78,5 – 88,8
A los niños que se portan mal hay que pegarles	50,8	46,2 – 55,3
A los niños hay que gritarlos para que hagan caso	23,2	18,5- 27,9
Es normal que un niño tenga morados y rasguños	13,4	10,2 - 16,6
Los niños son capaces de cuidarse solos	3,1	1,4 - 4,9

Tabla 21. Prevalencias sobre las barreras percibidas para acudir al servicio médico con los menores de 5 años

Barreras percibidas	Prevalencia	IC 95%
Dinero	38,6	34,1 – 43
permisos en el trabajo	5,9	3,4 – 8,4
Tiempo	2,1	0,0 – 0,4
distancias	1	0,2 – 1,8
desacuerdo del padre	0,7	0,0 – 1,4
desacuerdo de la madre	0,3	0,0 – 0,8
Nada se lo impediría	54,2	48,7 – 59,7
Otra cosa (enfermedad, no tener seguro médico)	2,5	1,1 – 3,8

7.2.6 Prevalencias sobre prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil. Respecto a las prácticas de los cuidadores de menores de 5 años frente al maltrato infantil, Se evidencia que la madre es la persona que ejerce el castigo en los niños, siendo la prevalencia del castigo por parte de esta persona mayor de 60% en los cuidadores encuestados. Sin embargo 17,4% de los cuidadores reportaron no castigar al menor de 5 años (Tabla 22).

En relación con la forma de castigar, 70% de los cuidadores reportan hablar con los menores utilizando la amenaza como forma de castigo, más de la mitad de los entrevistados (60%) les prohíben a los menores las cosas que más les gustan y aproximadamente 50% de los cuidadores utilizan el maltrato físico y verbal como medio para castigar (Tabla 23).

Tabla 22. Prevalencia sobre la persona que castiga al menor en el hogar

Persona que castiga al menor en el hogar	Prevalencia	IC 95%
Madre	61,4	57,7 - 65,1
nadie	17,4	13,6 – 21,7
Abuela materna del niño (a)	9,7	6,4 - 13,0
Padre	8,0	5,8 – 10,3
Abuela paterna del niños (a)	0,7	0,0 – 1,4
Otra persona (tíos, hermanos, amigos)	2,8	1,1 – 4,5

Tabla 23. Prevalencia de las formas como castigan a los niños en el hogar

Formas de castigo	Prevalencia	IC 95%
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	0,2 – 1,9

7.3 ANÁLISIS BIVARIADO DE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR Y MALTRATO INFANTIL.

7.3.1 Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar. En la tabla 24 se presenta la relación entre los conocimientos adecuados de los cuidadores frente a lesiones en el hogar y las variables sociodemográficas. Dentro de los hallazgos se puede evidenciar que el promedio de respuestas adecuadas fue estadísticamente significativo según edad, parentesco, procedencia del cuidador y tipo de vivienda.

En particular, se observó que cuidadores entre 16 y 17 años y entre 56 y 77 años presentan un promedio mayor de conocimientos adecuados a los cuidadores entre 26 y 35 años. Así, en dichos grupos de edad se observó un promedio de 14 conocimientos adecuados reportados por los cuidadores en comparación con la categoría de referencia ($p < 0.05$). También se reportó que la media de conocimientos adecuados de los cuidadores entre 16 y 17 años fue equivalente a 1.115 veces la media de conocimientos que obtuvieron los cuidadores entre 25 y 35 años; y los cuidadores entre 56 y 77 años tuvieron una media de conocimientos equivalente a 1,080 veces la media de conocimientos de los cuidadores entre los 25 y 35 años.

En relación con el parentesco del cuidador se observó que los abuelos (a) muestran un promedio mayor de conocimientos adecuados (14 conocimientos) comparados con las madres ($p < 0.05$). También se reporta que la media de conocimientos adecuados adquirida por los abuelos fue equivalente a 1.080 veces la media de conocimientos reportada por las madres.

Referente a la variable procedencia del cuidador se evidenció que el promedio de conocimientos adecuados fue menor en aquellos cuidadores originarios de Cauca y Chocó, en comparación con aquellos cuidadores procedentes del Valle del Cauca quienes alcanzaron 14 conocimientos adecuados en promedio. Es preciso considerar la diferencia con los cuidadores procedentes de Nariño, los cuales presentaron un promedio ligeramente menor de conocimientos adecuados y una significancia estadísticamente ($p = 0.10$). También se reportó que la media de conocimientos adecuados adquiridos por los cuidadores de Cauca fue equivalente a 0,919 veces la media de conocimientos adecuados adquiridos por los cuidadores originarios del Valle; situación similar se reflejó con los cuidadores de Chocó, los cuales tuvieron una media de conocimientos equivalente a 0,826 veces la media de conocimientos obtenida por los cuidadores procedentes del Valle.

En cuanto al tipo de vivienda se reporta que aquellos cuidadores que habitan en apartamentos presentan un promedio mayor de conocimientos adecuados (promedio=14,5) en relación con aquellos que viven en casa (promedio=13,5). También se reporta que los cuidadores que viven en apartamentos obtuvieron una media de conocimientos adecuados equivalente a 1,093 veces la media de conocimientos obtenida por los cuidadores que habitan en casas.

Se evidenció que la variable escolaridad no fue estadísticamente significativa; sin embargo la categoría perteneciente a los cuidadores que cursaron educación secundaria mostró una p de 0.10 cercana a la significancia estadística y un promedio de 13 conocimientos adecuados similar a la categoría de referencia.

Respecto de las variables sexo, menores de 5 años en la casa, personas que conforman el hogar y afiliación al sistema de seguridad social, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de conocimientos frente a lesiones en el hogar.

Tabla 24. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar (continua)

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Sexo						
Masculino	23	13,6	3,4	0,063	1,065	0,218
Femenino	496	13,5	3,2			*
Edad del cuidador						
16 - 17	13	14,5	2,9	0,109	1,115	0,011
18 - 25	188	13,3	3,4	-0,050	0,951	0,170
26 - 35	161	13,4	3,2			*

Tabla 24. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar (continuación)

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
36 - 45	73	13,4	3,7	-0,028	0,972	0,438
46 - 55	48	14,1	2,2	0,034	1,035	0,236
56 - 77	36	14,3	2,4	0,077	1,080	0,042
Escolaridad						
Ninguna	10	14,3	3,4	0,077	1,080	0,388
Primaria	98	13,3	3,1	0,020	1,020	0,635
Secundaria	346	13,6	3,3	0,047	1,048	0,133
Superior	64	13,4	2,4			*
Parentesco del cuidador						
Madre	363	13,4	3,2			*
Padre	12	14,0	3,6	0,981	2,667	0,174
Hermano (a)	6	12,8	4,8	-0,010	0,991	0,952
Abuelo (a)	97	14,1	2,7	0,077	1,080	0,017
Tío (a)	30	12,2	4,1	-0,095	0,909	0,188
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	13,9	3,1	-0,063	0,939	0,531
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor	485	13,4	3,0			*
Hogares con 2 menores	80	13,8	4,2	0,022	1,022	0,469
Hogares con 3 o más menores	14	14,8	3,6	0,082	1,085	0,151
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas	78	13,4	2,6			*

Tabla 25. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar (continuación)

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
4 personas	142	13,5	3,6	0,009	1,009	0,727
5 personas	104	13,6	3,1	0,024	1,024	0,389
6-7 personas	124	13,6	3,0	-0,002	0,998	0,951
8 o más personas	70	13,5	3,3	0,006	1,006	0,856
Afiliación al sistema de seguridad social*						
Contributivo	227	13,6	3,2			*
Subsidiado	215	13,3	3,0	0,018	1,018	0,655
Sin afiliación	77	13,9	4,0	0,030	1,030	0,428
Procedencia del cuidador						
Valle	438	13,6	3,2	*		*
Cauca	22	12,6	2,3	-0,084	0,919	0,034
Nariño	21	13,1	3,5	-0,077	0,926	0,120
Risaralda	5	14,2	1,5	0,024	1,025	0,681
Chocó	5	12,6	1,7	-0,191	0,826	0,019
Otros departamentos	28	13,0	4,4	-0,044	0,957	0,539
Tipo de Vivienda						
Casa	455	13,5	2,9			*
Apartamento	48	14,5	4,8	0,089	1,093	0,050
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	12,9	3,3	-0,025	0,975	0,746

*Categoría de referencia

El resto de los análisis bivariados se presentan en el **anexo 1**. A continuación se muestran los resultados de los análisis múltiples.

7.4 ANÁLISIS MÚLTIPLE SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR.

7.4.1 Modelo múltiple de Conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar.

Después de someter el modelo múltiple a eliminación de variables, se encontró que los conocimientos de los cuidadores están explicados por la edad del cuidador y el tipo de vivienda (Tabla 26).

Tabla 26. Modelo múltiple conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar

Variable	Crudo			Ajustado		
	Coeficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p	Coeficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Edad del cuidador						
16 - 17	0,109	1,115	0,011	0,110	1,116	0,010
18 - 25	-0,050	0,951	0,170	-0,060	0,942	0,111
26 - 35			*			*
36 - 45	-0,028	0,972	0,438	-0,020	0,980	0,599
46 - 55	0,034	1,035	0,236	0,030	1,030	0,311
56 - 77	0,077	1,080	0,042	0,080	1,083	0,049
Tipo de Vivienda						
Casa			*			*
Apartamento	0,089	1,093	0,050	0,099	1,104	0,029
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	-0,025	0,975	0,746	-0,011	0,989	0,892

*Categoría de Referencia

De acuerdo con el modelo múltiple obtenido, se observa un leve incremento de los conocimientos frente a las lesiones en el hogar en los cuidadores entre los 56 años a los 77 años comparado con los cuidadores entre los 26 a 35 años; también se evidenció

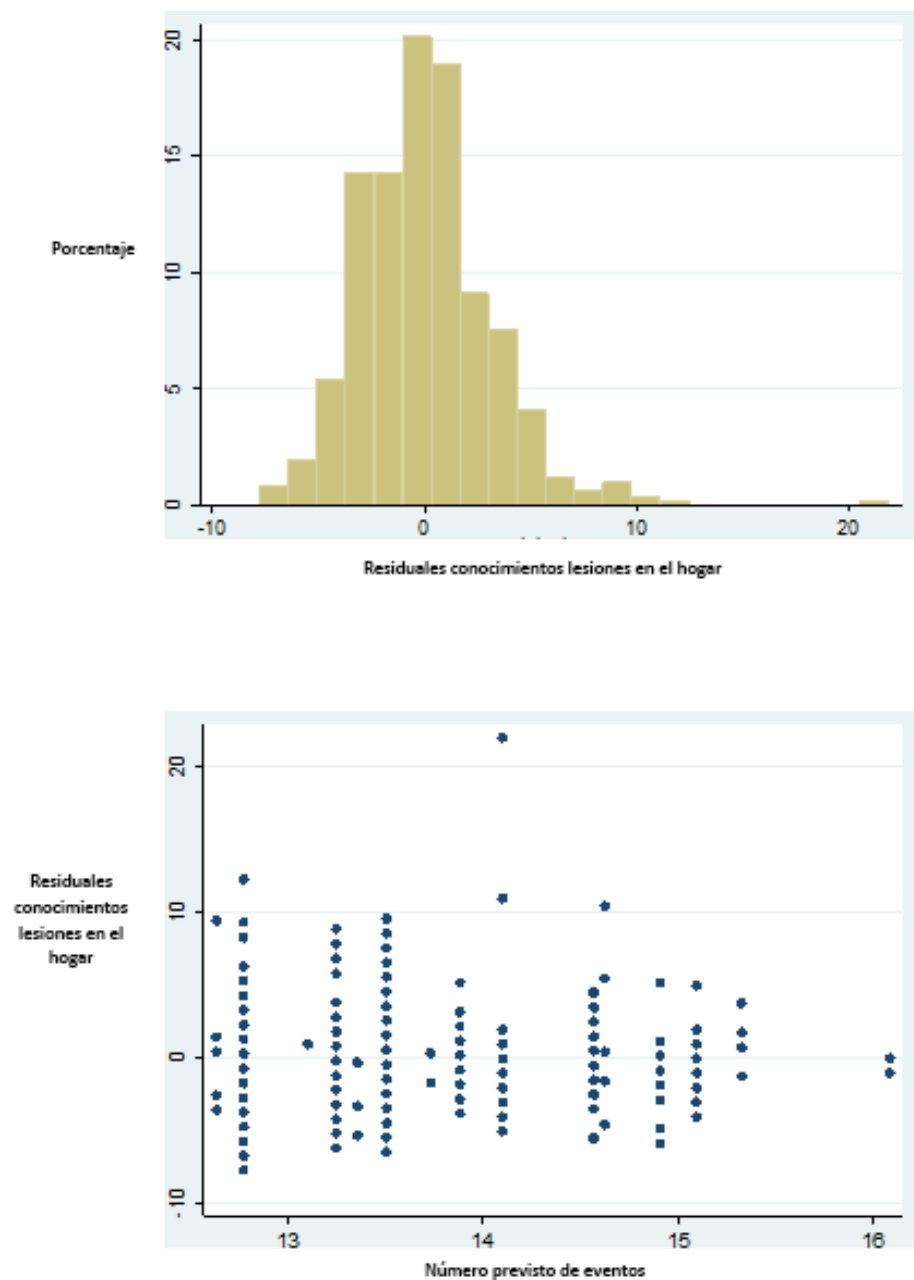
que los cuidadores cuyo rango de edad oscila entre los 16 a 17 años mostraron al igual que la población adulta mayores conocimientos frente a la lesiones en el hogar.

Otro factor predictor en el incremento de los conocimientos de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar fue el tipo de vivienda. Se reportó que los cuidadores que viven en apartamentos tienen un factor de cambio de 0,099 equivalente a 1,104 veces la media de conocimientos adecuados de los cuidadores que viven en casas, notándose un leve incremento y un valor p igual a 0,029.

En general los factores de cambio estimados con el modelo final no presentaron variaciones importantes en su magnitud, ni se registraron cambios en la dirección, comparado con los obtenidos en el análisis bivariado. No se encontró evidencia de confusión, ni de modificación del efecto en las variables estadísticamente significativas.

7.4.1.1 Diagnóstico del modelo. Al evaluar la distribución de los residuales del modelo estimado, se encontró que la media es muy cercana a cero, la varianza es constante y no se evidencian tendencias (Figura 2). En el diagnóstico se encontró un valor extremo; al retirar dicho valor no se registraron variaciones en las estimaciones del modelo obtenido. Se obtuvo el indicador $\text{Prob} > LR = 0,277$ el cual no es estadísticamente significativo ($p > 0,05$); A partir de esto se estableció que no es posible rechazar la hipótesis nula, debido a que los coeficientes en su conjunto no aportan a la explicación de los conocimientos de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar.

Figura 2. Diagnóstico del modelo conocimientos adecuados frente a lesiones en el hogar



7.4.2 Modelo múltiple de Actitudes favorables frente a lesiones en el hogar. Después de someter el modelo múltiple a eliminación de variables, se encontró que las actitudes de los cuidadores están explicadas por la edad del cuidador (Tabla 27).

Tabla 27. Modelo múltiple actitudes favorables frente a lesiones en el hogar.

	Crudo			Ajustado		
Variable	Coeficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p	Coeficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Edad del cuidador						
16 - 17	0,027	1,027	0,591	0,027	1,027	0,591
18 - 25	0,001	1,001	0,964	0,001	1,001	0,964
26 - 35			*			*
36 - 45	0,048	1,049	0,137	0,048	1,049	0,137
46 - 55	-0,007	0,993	0,844	-0,007	0,993	0,844
56 - 77	-0,110	0,896	0,123	-0,110	0,896	0,123

*Categoría de referencia

En la tabla 27 se observa que la variable edad no fue estadísticamente significativa, sin embargo se evidencia que los cuidadores entre los 56 años a los 77 años muestran un factor de cambio de - 0,110 equivalente a 0,896 veces la media de las actitudes de los cuidadores entre los 26 – 35 años; se evidencia un decremento paulatino en las actitudes para evitar las lesiones en el hogar en la población adulta mayor a los 46 años.

En general los factores de cambio estimados con el modelo final no presentaron variaciones importantes en su magnitud, ni se registraron cambios en la dirección, comparado con los obtenidos en el análisis bivariado. No se encontró evidencia de confusión, ni de modificación del efecto.

7.4.3 Modelo múltiple de prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar. Después de someter el modelo múltiple a eliminación de variables, se encontró que las prácticas de los cuidadores están explicadas por la edad del cuidador y la escolaridad (Tabla 28).

Tabla 28. Modelo múltiple prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar

Variable	Crudo			Ajustado		
	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Edad del cuidador						
16 - 17	-0,009	0,991	0,848	-0,014	0,986	0,770
18 - 25	-0,004	0,996	0,907	0,002	1,002	0,953
26 - 35			*			*
36 - 45	-0,020	0,980	0,698	-0,007	0,993	0,892
46 - 55	-0,125	0,882	0,024	-0,136	0,873	0,008
56 - 77	0,020	1,020	0,733	0,015	1,015	0,811
Escolaridad						
Ninguna	0,250	1,284	0,003	0,296	1,344	0,000
Primaria	0,120	1,127	0,055	0,140	1,150	0,023
Secundaria	0,149	1,161	0,002	0,149	1,161	0,002
Superior			*			*

*Categoría de referencia

En la tabla 28 se observa que la edad del cuidador fue estadísticamente significativa, se evidenció que a mayor edad del cuidador las prácticas preventivas para evitar las lesiones en el hogar tienden a disminuir.

De acuerdo con el modelo múltiple obtenido, se encontró que la escolaridad explica las prácticas de los cuidadores frente al maltrato infantil obteniendo un valor p menor a 0,05. Se observa que los cuidadores que no tienen ningún nivel de escolaridad obtuvieron un factor de incremento de 0,296 equivalente a 1,344 veces la media de prácticas preventivas obtenida por los cuidadores con educación superior.

Los cuidadores que reportaron estudios de primaria obtuvieron un factor de incremento de 0,140 equivalente a 1,150 veces la media de prácticas preventivas obtenida por los cuidadores con educación superior.

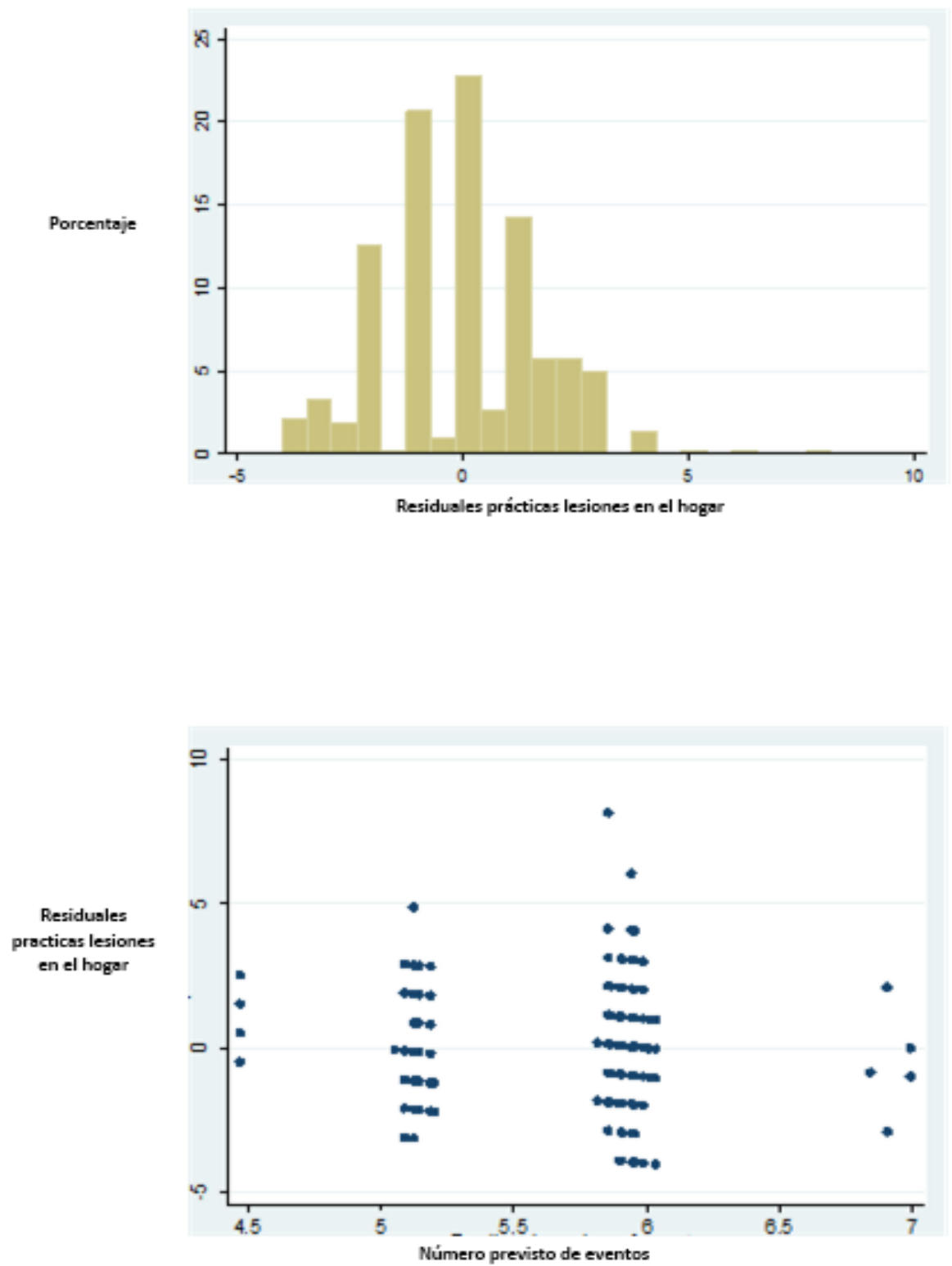
Finalmente los cuidadores que cursaron estudios de secundaria obtuvieron un factor de incremento de 0,149 equivalente a 1,161 veces la media de prácticas preventivas obtenida por los cuidadores con educación superior.

Se evidencia en el modelo múltiple que entre menor sea el nivel de escolaridad del cuidador, la tendencia es a presentar un mayor número de prácticas preventivas para evitar las lesiones en el hogar.

En general los factores de cambio estimados con el modelo final no presentaron variaciones importantes en su magnitud, ni se registraron cambios en la dirección, comparado con los obtenidos en el análisis bivariado. No se encontró evidencia de confusión, ni de modificación del efecto en las variables estadísticamente significativas.

7.4.3.1 Diagnóstico del modelo. Al evaluar la distribución de los residuales del modelo estimado, se encontró que la media es muy cercana a cero, la varianza es constante y no se evidencian tendencias (Figura 3). En el diagnóstico se encontraron dos valores extremos; al retirar dichos valores no se registraron variaciones en las estimaciones del modelo obtenido. Se obtuvo el indicador $\text{Prob} > LR = 0,194$ el cual no es estadísticamente significativo ($p > 0,05$); A partir de esto se estableció que no es posible rechazar la hipótesis nula, debido a que los coeficientes en su conjunto no aportan a la explicación de las prácticas de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar.

Figura 3. Diagnóstico del modelo prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar



7.5 ANÁLISIS MÚLTIPLE SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS FRENTE A MALTRATO INFANTIL.

7.5.1 Modelo de conocimientos adecuados frente a maltrato infantil. Después de someter el modelo múltiple a eliminación de variables, se encontró que los conocimientos de los cuidadores están explicados por la escolaridad, parentesco, afiliación al sistema de seguridad social y procedencia del cuidador (Tabla 29).

Tabla 29. Modelo múltiple conocimientos adecuados frente a maltrato infantil.

Variable	Crudo			Ajustado		
	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Escolaridad						
Ninguna	-0,157	0,855	0,025	-0,162	0,850	0,013
Primaria	-0,063	0,939	0,184	-0,095	0,909	0,048
Secundaria	-0,031	0,969	0,476	-0,022	0,978	0,607
Superior			*			*
Parentesco del cuidador						
Madre			*			*
Padre	0,030	1,030	0,707	0,000	1,000	0,997
Hermano (a)	-0,042	0,959	0,577	-0,086	0,918	0,270
Abuelo (a)	0,072	1,075	0,003	0,103	1,108	0,000
Tío (a)	-0,019	0,981	0,471	-0,020	0,980	0,512
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	0,049	1,050	0,531	-0,033	0,968	0,739
Afiliación al sistema de seguridad social						
Contributivo			*			*
Subsidiado	-0,078	0,925	0,002	-0,069	0,933	0,009
Sin afiliación	-0,077	0,926	0,085	-0,050	0,951	0,218
Procedencia del cuidador						
Valle			*			*
Cauca	-0,030	0,970	0,484	-0,006	0,994	0,905
Nariño	-0,033	0,968	0,339	0,002	1,002	0,950
Risaralda	-0,211	0,810	0,095	-0,235	0,791	0,019
Chocó	0,124	1,132	0,000	0,147	1,158	0,082
Otros departamentos	0,042	1,043	0,486	-0,029	0,971	0,655

*Categoría de referencia

De acuerdo con el modelo múltiple se resalta que los cuidadores con estudios de educación superior mostraron mayores conocimientos adecuados frente al maltrato infantil en comparación con aquellos cuidadores que no cursaron estudios o que tuvieron estudios de primaria o secundaria.

Se encontró que los abuelos (a) tienen un factor de cambio de 0,103 equivalente a 1,108 veces la media de conocimientos adecuados que mostraron las madres, evidenciándose un leve incremento y un valor p igual a 0,000.

También en el modelo múltiple se reportó que los cuidadores que pertenecen al régimen subsidiado presentan un factor de cambio de -0,069 equivalentes a 0,933 veces la media de conocimientos adecuados que reportaron las madres de los menores de 5 años, evidenciándose un leve decremento y un valor p igual a 0,019.

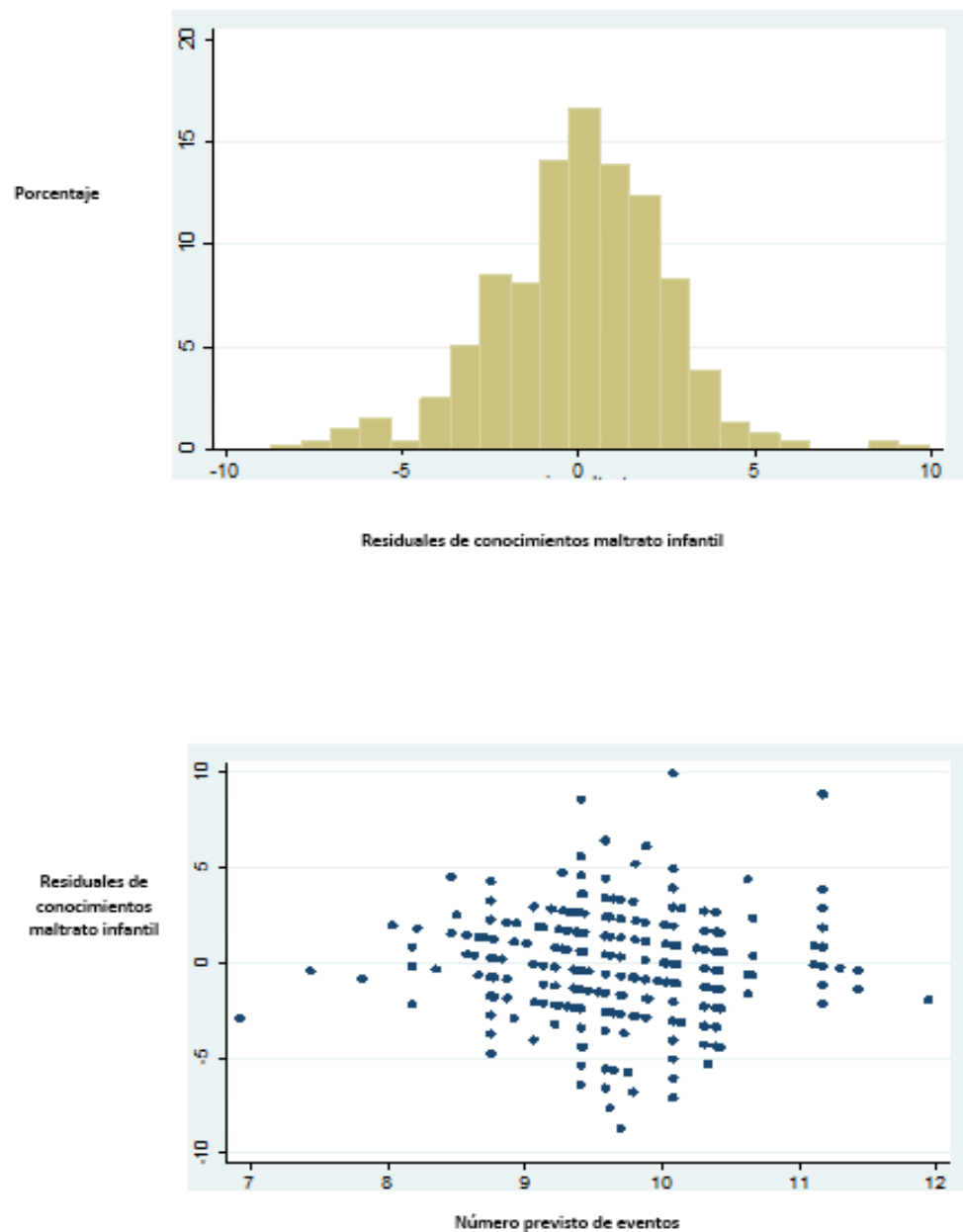
Finalmente en cuanto a la procedencia del cuidador se evidencia un leve incremento en los conocimientos de los cuidadores originarios de la zona pacífica del país comparado con aquellos cuidadores procedentes del Valle del Cauca; situación contraria ocurre con los cuidadores nativos del eje cafetero que obtuvieron un factor de cambio de -0,235 equivalente a 0,791 veces la media de conocimientos reportados por los cuidadores procedentes del valle.

En general los factores de cambio estimados con el modelo final no presentaron variaciones importantes en su magnitud, ni se registraron cambios en la dirección, comparado con los obtenidos en el análisis bivariado. No se encontró evidencia de confusión, ni de modificación del efecto.

7.5.1.1 Diagnóstico del modelo. Al evaluar la distribución de los residuales del modelo estimado, se encontró que la media es muy cercana a cero, la varianza es constante y no se evidencian tendencias (Figura 4). En el diagnóstico se encontró un valor extremo; al retirar dicho valor no se registraron variaciones en las estimaciones del modelo

obtenido. Se obtuvo el indicador Prob >LR = 0,112 el cual no es estadísticamente significativo ($p > 0,05$); A partir de esto se estableció que no es posible rechazar la hipótesis nula, debido a que los coeficientes en su conjunto no aportan a la explicación de los conocimientos de los cuidadores frente al maltrato infantil.

Figura 4. Diagnóstico del modelo conocimientos adecuados frente a maltrato infantil



7.5.2 Modelo de actitudes favorables frente a maltrato infantil. Después de someter el modelo múltiple a eliminación de variables, se encontró que ninguna de las variables estudiadas explica las actitudes que presentan los cuidadores frente al maltrato infantil. Esta eliminación de variables se realizó por medio de la razón de máxima verosimilitud.

7.5.3 Modelo de prácticas preventivas frente a maltrato infantil. Después de someter el modelo múltiple a eliminación de variables, se encontró que las prácticas de los cuidadores están explicadas por las variables menores de 5 años en la casa y personas que conforman el hogar (Tabla 30).

Tabla 30. Modelo múltiple prácticas preventivas frente a maltrato infantil.

Variable	Crudo			Ajustado		
	Coeficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p	Coeficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor			*			*
Hogares con 2 menores	-0,048	0,953	0,044	-0,044	0,957	0,074
Hogares con 3 o más menores	-0,162	0,850	0,006	-0,147	0,863	0,012
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas			*			*
4 personas	-0,071	0,931	0,005	-0,065	0,937	0,074
5 personas	-0,032	0,969	0,287	-0,025	0,975	0,406
6-7 personas	-0,018	0,982	0,494	-0,008	0,992	0,757
8 o más personas	-0,089	0,915	0,045	-0,066	0,936	0,185

*Categoría de referencia

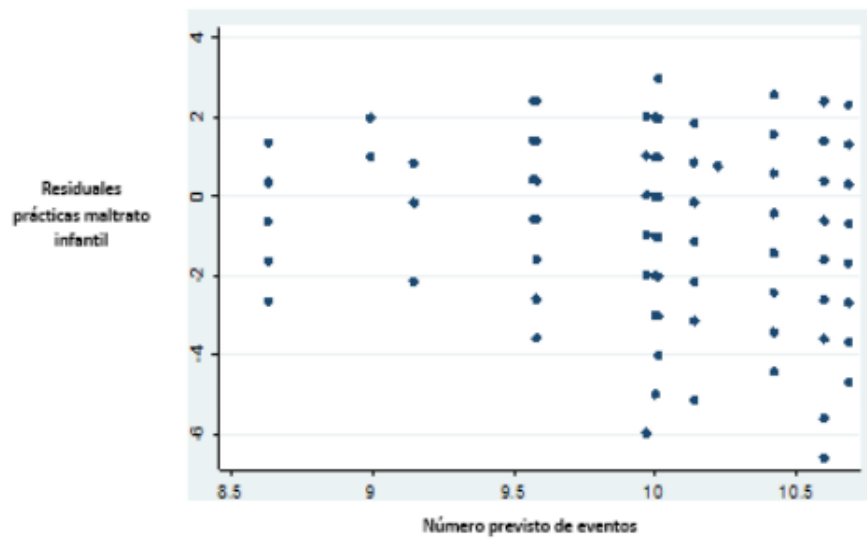
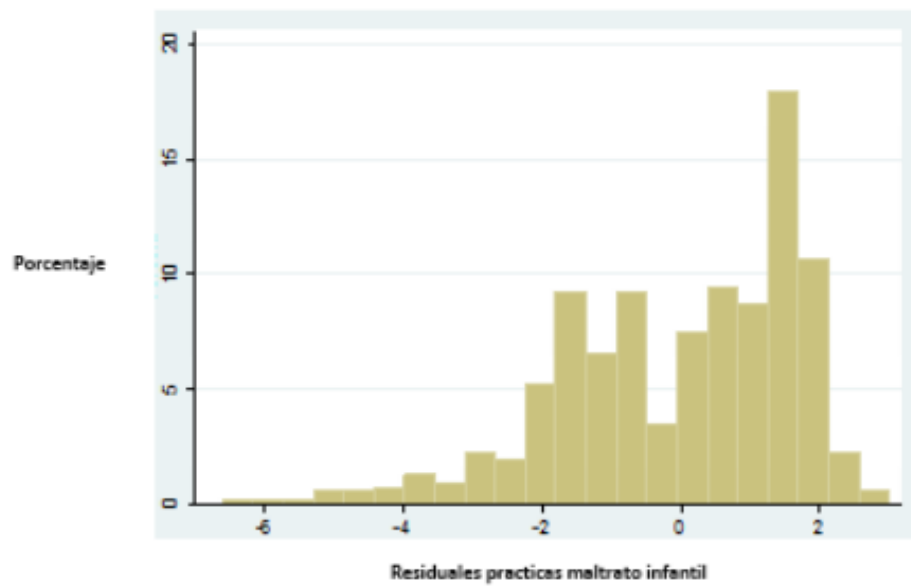
De acuerdo con el modelo múltiple obtenido, se evidenció que los cuidadores que viven en sus hogares con más de dos menores de 5 años muestran un menor número de prácticas preventivas comparado con aquellos cuidadores que habitan con un solo niño.

También se reportó que los cuidadores que viven con más de 4 personas en sus hogares muestran menos prácticas preventivas para prevenir el maltrato infantil en comparación con los cuidadores que viven con 2 a 3 personas.

En general los factores de cambio estimados con el modelo final no presentaron variaciones importantes en su magnitud, ni se registraron cambios en la dirección, comparado con los obtenidos en el análisis bivariado. No se encontró evidencia de confusión, ni de modificación del efecto.

7.5.3.1 Diagnóstico del modelo. Al evaluar la distribución de los residuales del modelo estimado, se encontró que la media es muy cercana a cero, la varianza es constante y no se evidencian tendencias (Figura 5). En el diagnóstico no se encontraron valores extremos; que generaran variaciones en las estimaciones del modelo obtenido. Se obtuvo el indicador $\text{Prob} > \text{LR} = 0,519$ el cual no es estadísticamente significativo ($p > 0,05$); A partir de esto se estableció que no es posible rechazar la hipótesis nula, debido a que los coeficientes en su conjunto no aportan a la explicación de las prácticas de los cuidadores frente al maltrato infantil.

Figura 5. Diagnóstico del modelo prácticas frente a maltrato infantil



8. DISCUSION

8.1 HALLAZGOS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES FRENTE A LAS LESIONES EN EL HOGAR

En este estudio se encontró alta prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores que favorecen las lesiones en el hogar en menores de 5 años. En particular con respecto a los conocimientos de los cuidadores se encontró que aunque la mayoría de los cuidadores, reconocen los lugares peligrosos del hogar y las consecuencias de las lesiones en los menores de 5 años (14), aún persiste 20% de cuidadores que no reconocen dichos sitios y no consideran consecuencias reversibles e irreversibles en los menores. Esto es coherente con las prevalencias reportadas en otros estudios Latinoamericanos, como en Uruguay y México donde alrededor de 90% de los cuidadores de niños reportan conocimientos sobre las formas de prevenir las lesiones en el hogar (1, 14).

Respecto a las actitudes se encontró que la mayoría de los cuidadores consideran que las lesiones en el hogar en menores de 5 años son generadas por descuido de los adultos, por inquietud de los niños y por falta de obediencia. Lo cual refleja que a juicio de los adultos, son los niños quienes tendrían que tener capacidad para auto-controlarse y prever las consecuencias de sus acciones. Es decir, que la responsabilidad del cuidado se traslada a los menores, quienes no tienen como asumirla (1, 46)

En esta investigación se encontró que las prácticas para prevenir las lesiones en el hogar son poco consideradas por los cuidadores; situación similar a la reportada en un estudio realizado en Latinoamérica en donde 70% de los cuidadores no tuvo la precaución de usar barandas en las camas como elemento de seguridad para evitar caídas de los menores y donde más de la mitad no consideró la necesidad de guardar elementos tóxicos en lugares fuera del alcance de los niños (1). Este hallazgo está relacionado con lo expuesto en el Informe Mundial de Prevención de Lesiones, donde se reporta que

mayores prevalencias de lesiones en el hogar en los países de bajos y medianos de América Latina, como Colombia y Uruguay (8).

8.1.1 Hallazgos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores frente a maltrato infantil. En esta investigación se encontró alta prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores que favorecen el maltrato infantil en menores de 5 años. En particular se evidenció que los cuidadores justifican el maltrato ante la desobediencia de los menores. Esto coincide con lo encontrado en el estudio realizado por Veloso y sus colaboradores en Cuba, en donde se reportan conductas de los menores que desencadenan falta de autocontrol en los adultos (2).

En este estudio también se encontró que el desempeño escolar deficiente es considerado por los cuidadores una de las causas que justifica el maltrato infantil. Este hallazgo es similar a reportes de investigación en población Mexicana donde se recurre al maltrato físico y verbal ante resultados académicos desfavorables (47).

Se encontraron bajas prevalencias acerca del conocimiento de los padres 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 sobre los menores, que aunque con menos evidencia física, tienen mayores connotaciones en el desarrollo del individuo (4). De manera similar, en un estudio realizado en Colombia se identifica claramente que los niños maltratados pueden desarrollar depresión, baja autoestima, agresividad, falta de autocontrol y escasa regulación de las emociones, en comparación con niños no maltratados (48) .

Respecto a las actitudes 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 (49). Este hallazgo concuerda con un estudio cualitativo realizado en la Universidad de Costa Rica en donde se explica que la mejor manera de solucionar

una situación conflictiva entre padres e hijos es hablar sobre el tema (49). Sin embargo, cabe precisar que aproximadamente la totalidad de los cuidadores reporta 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 maltratarlos física y emocionalmente. Este hallazgo es similar al reportado por la Unicef, que especifica que 50% de los adultos piensan que usar el maltrato contra los niños es una forma de educación y castigo (4). Todo esto, puede sugerir una respuesta socialmente deseable frente al reporte del diálogo como medio de crianza que se pone en evidencia al indagar las prácticas.

Se evidenció que la madre de los menores de 5 años es quien más ejerce castigo dentro del hogar (61,4%). Esta prevalencia es similar a la reportada en un estudio de transversal realizado en Colombia, en el cual se estimó que cerca de 60% de las madres presentaron conductas maltratadoras en la crianza de sus hijos (50). Esto puede deberse a que 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 dentro del hogar (51, 52).

Finalmente, en este estudio se hizo evidente que el maltrato físico y verbal son los más prevalentes en la sociedad (4, 53). Casi 50% de los cuidadores señala que utiliza los golpes en el cuerpo y los gritos como medio para corregir y educar. Estos hallazgos son coherentes con los encontrados en Chile en donde se reportaron prevalencias similares (53).

8.1.2 Hallazgos sobre los factores relacionados con los CAP de cuidadores frente a las lesiones en el hogar y maltrato infantil. En la presente investigación se identificaron factores sociodemográficos relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores respecto a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil en menores de 5 años. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas frente al maltrato infantil con la escolaridad del cuidador, el parentesco, la afiliación al sistema de seguridad social, la procedencia y la constitución del hogar. A su vez, la edad, el tipo de vivienda y la escolaridad se identificaron como factores relacionados con los CAP de lesiones en el hogar. En la tabla 31 se sintetizan los factores para los cuales se identificaron relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 31. Factores relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores

Factores relacionados con los CAP de cuidadores						
	Lesiones en el hogar			Maltrato infantil		
Variables sociodemográficas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Sexo						
Edad del cuidador	x		x			
Escolaridad			x	x		
Parentesco del cuidador				x		
Menores de 5 años en la casa						x
Personas que conforman el hogar						
Afiliación al sistema de seguridad social				x		
Procedencia del cuidador				x		
Tipo de vivienda	x					

Los resultados muestran que los conocimientos de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar guardan relación con la edad de los cuidadores y con el tipo de vivienda. Respecto a la edad del cuidador se confirma que esta variable es un factor que influye

en el aumento o disminución de los conocimientos frente a la prevención de las lesiones en el hogar

En este estudio se evidenció que la población adulta cuya edad se encuentra en el rango de 56 a 76 años y la población más joven entre los 16 y 17 años, independientemente del sexo, muestran mayores conocimientos frente al cuidado de los niños. Esto contrasta con los hallazgos de un estudio de prevalencia realizado en España, donde se resalta que los cuidadores mayores de 30 años son los que menos conocen sobre la prevención de lesiones en el hogar y son las personas con menor receptividad a los consejos preventivos (54).

Diversos autores han resaltado la relación existente entre factores sociodemográficos y conocimientos de cuidadores frente a lesiones en hogar. En especial, se ha hecho énfasis en las condiciones en las cuales viven las personas (8, 30, 55). En este estudio se encontró que los cuidadores que viven en apartamentos tienen conocimientos más amplios sobre la prevención de lesiones en el hogar. Es posible que esto se deba, según estudios a nivel internacional, a que dichos cuidadores muestran mayor conciencia del control social del vecindario, principalmente mediante los manuales de convivencia, seguridad y protección (56, 57).

En este estudio se observó que las variables escolaridad, parentesco del cuidador, afiliación al sistema de seguridad social y la procedencia del cuidador son factores que se relacionan estadísticamente con los conocimientos que tienen los cuidadores sobre el maltrato infantil. Así, los cuidadores con estudios de posgrado muestran tener más elementos para comprender el maltrato infantil, las causas y consecuencia a corto, mediano y largo plazo, tal como lo han reportado investigaciones a nivel mundial (2, 16, 47).

En esta investigación también se encontró que los abuelos tienen mayores prevalencias de conocimientos frente al cuidado de los menores de 5 años y son una figura

importante en la crianza de los mismos (58, 59). En nuestra sociedad es usual que los padres de familia trabajen en el día y encomienden la crianza a los abuelos. En la mayoría de los casos son consideradas las personas que construyen fuertes lazos afectivos por la cantidad de tiempo dedicado a los niños (58, 59).

Otro factor relacionado con los conocimientos frente a maltrato infantil fue la afiliación al sistema de seguridad social en salud. Se observó que los cuidadores pertenecientes al régimen contributivo cuentan con mayores conocimientos frente a la prevención de este evento. Esto, según estudios Colombianos, puede explicarse por las acciones de promoción y prevención desarrolladas en población infantil por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud (60). Situación contraria se encontró en los cuidadores del régimen subsidiado, los cuales pareciera tienen menos posibilidades de acceso a programas educativos impartidos por profesionales especializados que inviten a la comprensión del maltrato infantil como un problema multidimensional(51, 60, 61). Todo esto, a pesar de los esfuerzos por unificar los procedimientos obligatorios en salud para toda la población (60-62).

En este estudio también se encontró que la procedencia de los cuidadores es un factor determinante en los conocimientos frente al maltrato infantil. En particular, se observó que los cuidadores originarios del Eje Cafetero reportan bajos conocimientos sobre cómo prevenir el maltrato infantil comparado con los cuidadores procedentes de la zona pacífica del país. Este hallazgo se complementa con el reporte emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en 2013 y con estudios a nivel mundial que enfatizan en los determinantes sociales y en las condiciones de vida de las personas(63, 64).

Con relación a las actitudes de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil no se encontraron factores relacionados. Esto puede deberse a que la medición de las actitudes demanda un proceso subjetivo que requiere además convertirse en una medida objetiva y cuantificable (65). Es preciso mencionar que las actitudes son comprensibles en la medida que se obtiene información sobre las

creencias de las personas, teniendo en cuenta el medio sociocultural en que se desenvuelven los individuos (65-67).

Respecto a los factores relacionados con las prácticas de cuidadores frente a las lesiones en el hogar, se encontró relaciones estadísticas con la edad del cuidador y la escolaridad. Dentro de los hallazgos se identificó que los cuidadores entre los 46 a los 55 años muestran escasas prácticas preventivas frente las lesiones en el hogar. Esto contrastado con un estudio realizado en Cuba donde se encontró una alta asociación entre la edad del cuidador y las lesiones en el hogar. Esto posiblemente puede explicarse por el hecho de que entre más avanzada sea la edad de los cuidadores se cuenta con menos capacidades físicas y sensoriales para ejercer el cuidado efectivo de los menores (68).

En contraste con la literatura Latinoamericana, en esta investigación se encontró que los cuidadores sin estudios, con primaria o secundaria cursada implementan más prácticas preventivas para evitar las lesiones en el hogar (8). Según un estudio realizado por la universidad CES en Colombia esto se puede deber a que las personas con estudios de educación superior pasan poco tiempo al cuidado de los menores de 5 años, por su dedicación a actividades laborales o académicas (69, 70).

Finalmente, en esta investigación se identificó que la variable número de niños menores de 5 años en el hogar mostró relación con las prevalencias de prácticas preventivas de los cuidadores frente al maltrato infantil. En particular, se encontró que en los hogares donde habitan más de 3 menores hay mayor probabilidad de tener prácticas que favorezcan el maltrato infantil. Este hallazgo es sustentado con lo encontrado en estudios realizados en Cuba y en España que describen que en familias extensas las relaciones son más inestables, más conflictivas y son fuente habitual de tensión para la crianza adecuada de varios hijos (50, 71).

8.2 APLICACIÓN DEL MODELO DE INFORMACIÓN – MOTIVACIÓN - HABILIDADES COMPORTAMENTALES Y FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAP DE CUIDADORES FRENTE A LESIONES EN EL HOGAR Y MALTRATO INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS

El modelo de Información-Motivación y Habilidades Comportamentales (IMB)(72) fue apropiado para analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores frente a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil en menores de 5 años de Cali. Este modelo permitió explicar la influencia de variables sociodemográficas sobre los constructos del modelo. No obstante, no se logró explicar las actitudes de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil. Es posible que esto se haya debido a que no se contó con variables indirectas de las actitudes tales como aspectos socioculturales y creencias que no fueron tenidas en cuenta en la investigación de la cual proceden los datos usados para este estudio.

En la presente investigación se encontró relación entre las variables sociodemográficas tales como edad del cuidador y tipo de vivienda con los conocimientos frente a las lesiones en el hogar. También se observó que la escolaridad, el parentesco, la afiliación al sistema de seguridad social y la procedencia del cuidador guardan relación con los conocimientos de los cuidadores frente al maltrato infantil. En cuanto a las actitudes no se encontraron factores relacionados, posiblemente por las razones mencionadas. Finalmente, se encontró que las variables edad y escolaridad del cuidador están relacionadas con las prácticas frente a las lesiones en el hogar y el número de niños menores de 5 años en los hogares muestra relación con las prácticas de los cuidadores frente al maltrato infantil.

Según la literatura el modelo información-motivación y habilidades comportamentales (IMC) es un referente teórico que ha permitido explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de diferentes eventos de salud (30, 72) y esta investigación permitió identificar relaciones entre las variables sociodemográficas y los CAP de cuidadores frente a las lesiones en el hogar y el maltrato infantil).

8.3 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A continuación se reconocen las fortalezas y limitaciones del estudio:

- Esta investigación hace parte de un proyecto orientado a estimar la prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas clave para el cuidado de menores de 5 años y mujeres gestantes de Cali, en el cual se contó con personal capacitado y con procedimientos estandarizados para la obtención de los datos. La calidad se hizo evidente en este estudio al revisar cada una de las variables y la verificación de datos con los cuestionarios existentes en forma física. En este procedimiento no hubo necesidad de realizar corrección a ningún dato.
- El tipo de muestreo implementado para la obtención de los datos y los criterios de selección utilizados, permite considerar que los resultados pueden ser generalizados a los cuidadores de menores de 5 años de la ciudad de Santiago de Cali de las comunas en estudio.
- El uso del modelo de información-motivación y habilidades comportamentales (IMB) permitió identificar relaciones entre los conocimientos y prácticas frente a lesiones y maltrato. Esta información es útil para el diseño de intervenciones que tengan en cuenta las bases teóricas de cambios de comportamiento.
- El uso del modelo de regresión binomial negativa permitió identificar relaciones entre factores sociodemográficos y los conocimientos y prácticas. En particular, permitió estimar razones de prevalencia en una población de cuidadores donde la mayoría presentaban altas prevalencias desfavorables.
- Adicionalmente, es preciso resaltar que el bajo porcentaje de no respuesta (7,8%) observado en esta investigación permite considerar que se ha minimizado la posibilidad de la existencia de un sesgo de selección en la muestra de cuidadores tomada.

- Es posible que en esta investigación algunos cuidadores hayan sub-reportado sus respuestas, debido a que las lesiones en el hogar y el maltrato infantil son eventos socialmente poco aceptados. Sin embargo, la situación evidenciada es desfavorable al cuidado de los menores, con lo cual las prevalencia estimadas serían aún peores a las observadas.
- Por el diseño de este estudio no es posible establecer la direccionalidad entre las características sociodemográficas y los conocimientos y prácticas en las cuales se encontraron relaciones. No es posible establecer si las exposiciones están determinando las variables resultado, o al contrario.

9. IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA

- Esta investigación refleja altas prevalencias de desconocimientos de los cuidadores de niños menores de 5 años frente a las lesiones en el hogar y al maltrato infantil, actitudes que se mantienen culturalmente y prácticas poco preventivas. Esta situación es de vital interés para la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, como parte del desarrollo de la Estrategia AIEPI en su componente comunitario, principalmente. Se requiere monitorear la evolución de dichas prevalencias, a la vez que se realizan intervenciones para su disminución.
- Los resultados del presente estudio pueden contribuir al diseño de estrategias que modifiquen conocimientos, actitudes y prácticas de padres y cuidadores de menores de edad que favorecen el maltrato infantil y las lesiones en el hogar.
- Respecto a los factores relacionados con los CAP de cuidadores frente a las lesiones en el hogar y maltrato infantil, edad, tipo de vivienda, escolaridad, procedencia, afiliación al sistema de seguridad social en Colombia y constitución del hogar; son variables sociodemográficas que se pueden evaluar en el momento de la atención a las enfermedades prevalentes de la infancia y en la valoración de crecimiento y desarrollo(21, 63). Esto puede permitir a que el personal de salud identifiquen los cuidadores que requieran más apoyo en la prevención del maltrato y las lesiones en el hogar. De esta manera, se podrá actuar con mayor oportunidad frente a estos eventos.
- La edad del cuidador como factor relacionado en el aumento o disminución de los conocimientos sobre el maltrato infantil y las lesiones en el hogar es de suma importancia, ya que es una variable característica en el abordaje desde salud pública. Es importante trabajar con cuidadores jóvenes, debido a que actualmente en Colombia hay un alto porcentaje de madres adolescentes que requieren educación en salud y que según un estudio a nivel mundial están más dispuestas al aprendizaje y al cambio (42, 71).

- Otro factor relacionado con los conocimientos de los cuidadores frente al maltrato infantil es la escolaridad, donde se refleja claramente que es importante realizar inversión social a través de ofertas educativas y formación para el trabajo en sectores vulnerables de la ciudad de Cali, que permita que los cuidadores de niños aumenten su capacidad de prevención frente a este evento; tal como se expresa en la normativa Colombiana(73, 74) .
- Los hallazgos de esta investigación resaltan la importancia de realizar programas específicos para los cuidadores de niños en donde se sensibilice y se generen habilidades para la educación y cuidado de los menores, tal como lo contempla la política de primera infancia(74).
- Según el Código de Infancia y Adolescencia, es responsabilidad de los tomadores de decisiones designar un número más alto de centros de desarrollo infantil y hogares comunitarios, donde los menores de 5 años tengan la oportunidad de desarrollarse como sujetos de derecho y desarrollar competencia en las diferentes dimensiones de la vida(73, 74) .
- Los hallazgos encontrados permiten identificar las características de cuidadores y familias con mayor probabilidad de vulneración de los menores. Este insumo puede ser usado en las instituciones prestadoras de servicios de salud en la implementación y/o reforzamiento de un programa para prevenir las lesiones en el hogar y el maltrato infantil a través de estrategias relacionales. Según estudios realizados a nivel mundial y avalado por la Organización Mundial de la Salud, son estas estrategias las que han tenido mayor impacto (75, 76).
- Desde salud pública es de gran importancia realizar propuestas donde los profesionales de la salud y líderes comunitarios empoderados previamente, visiten los hogares de las familias en riesgo de violencia; con el ánimo de establecer vínculos sólidos

entre padres e hijos y en donde se promueva la sana convivencia y el bienestar de la familia(75, 76).

- Otra estrategia que se podría proponer son los programas de formación parental como estrategia de la promoción de la salud, en los cuales se busca educar a los padres en temáticas relacionadas con el desarrollo de los niños en cada una de las etapas del ciclo vital y en adquisición de competencias para la educación de menores. A pesar de que esta estrategia tiene pocos estudios en donde se compruebe su eficacia en la disminución de las tasas de lesiones en el hogar y maltrato infantil, se han evidenciado resultados indirectos en el fortalecimiento del rol de padres(75, 76).
- Finalmente, los resultados de esta investigación permiten a los tomadores de decisiones plantearse retos a mediano plazo, en donde se articulen alianzas estratégicas con los diferentes sectores y en donde se fomenten estrategias que apunten a modificar conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores encaminadas a asegurar vidas sanas y a promover el bienestar de los niños, mediante la alerta temprana y control de riesgos que prevengan las lesiones en el hogar y el maltrato infantil. Tal como se menciona en los Objetivos del Nuevo Milenio y en los Objetivos del Desarrollo Sostenible(77, 78).

10. FUTUROS ESTUDIOS

Como complemento de esta investigación, se propone realizar un estudio de salud pública basada en la evidencia (79, 80). El cual tendría como objetivo diseñar, implementar y evaluar una intervención para disminuir la prevalencia de lesiones en el hogar y maltrato infantil en la zona urbana de Cali, específicamente en las comunas 13, 14, 15, 16, y 21. El estudio se debe basar en un modelo explicatorio de las etapas de cambio del comportamiento individual, en donde se logre comprender las dinámicas de los eventos y permita adicionarle contenido a la intervención, generando cambios deseados frente a las crianza de los menores de 5 años.

En este estudio los resultados en esta investigación son insumos para identificar la población en riesgo de vulneración de menores. En este abordaje se requiere el desarrollo de estrategias de efectividad comprobada, para que con el abordaje de un equipo interdisciplinar contribuyan a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas en los cuidadores frente a lesiones en el hogar y maltrato infantil en los niños (75, 76, 79).

En este estudio se comprobó que las variables sociodemográficas no son suficientes para explicar los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente a las lesiones en el hogar y maltrato infantil. Se requiere, por tanto que el desarrollo de intervenciones y de las investigaciones se realice bajo el reconocimiento de las condiciones socio-económicas y culturales en el que se desarrollan las familias, a través de un análisis cualitativo previo que permita la comprensión de estos eventos.

Finalmente, se debe evaluar la efectividad de la intervención realizada y que permita la posible replicabilidad en otros contextos (79, 80). De esta manera, se podrá contribuir al fortalecimiento de las estrategias de salud infantil propuestas desde los programas nacionales y municipales.

11. CONCLUSIONES

Gran parte de la problemática sobre el maltrato infantil y las lesiones en el hogar en menores de 5 años, se debe al alto desconocimiento de la población en especial de aquellos que cumplen el rol de cuidadores. Los hallazgos de esta investigación muestran que los factores sociodemográficos influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas, pero no son suficientes para la comprensión de los eventos.

La identificación de la edad, tipo de vivienda y escolaridad como factores relacionados con los CAP de cuidadores de niños menores de 5 años frente a las lesiones en el hogar, soportan la necesidad de vincular dentro de las estrategias de salud infantil el efecto de estas variables. De esta manera será más factible focalizar las intervenciones con familias en riesgo de presentar lesiones en el hogar y maltrato infantil en niños menores de 5 años.

Los factores potencialmente modificables y de intervención desde salud pública como la edad del cuidador, motivan la implementación de estrategias con la población joven. Debido a que podrían estar más dispuestas al aprendizaje y a asimilar la información necesaria para evitar las lesiones y el maltrato en el hogar de menores de 5 años.

La escolaridad del cuidador apoya la importancia de promover estrategias de acercamiento en el vínculo familiar dentro de la estrategia AIEPI comunitario con el ánimo de potencializar el tiempo dedicado a los niños en los cuidadores que estudian o laboran diariamente.

Los factores hallados en esta investigación que guardan relación con los CAP de los cuidadores frente al maltrato infantil son la escolaridad del cuidador, el parentesco, la afiliación al sistema de seguridad social, la procedencia y la constitución del hogar.

El efecto de cambio en las prevalencias de conocimientos es notable en cuidadores sin escolaridad, en comparación con aquellos que han cursado estudios superiores. Esto

muestra la necesidad de realizar actividades de formación parental en los sectores más vulnerables de la ciudad.

También es necesario desde el equipo psicosocial de las Instituciones prestadoras de los servicios de salud y bienestar social promover la asistencia de los cuidadores a las actividades educativas programadas y reorientar los servicios hacia las visitas en el hogar.

Las prevalencias de prácticas preventivas para evitar el maltrato infantil fueron mayores en aquellos cuidadores cuyas familias son menos numerosas y donde solamente habita un menor de 5 años. Este hallazgo muestra la necesidad de fomentar estrategias de resolución de conflictos interpersonales dentro del núcleo familiar que garanticen la sana convivencia.

BIBLIOGRAFIA

1. 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. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2008;79:284-2980.
2. Pérez JM. Factores de riesgo asociados al maltrato infantil intrafamiliar en alumnos del Seminternado "Roberto Rodríguez Sarmiento" Risk factors associated with family child abuse in schoolchildren from the" Roberto Rodríguez Sarmiento" day boarding school. MEDISAN. 2009;13(5).
3. Larraín S, Bascuñan C. 4° Estudio de Maltrato Infantil. Chile: Unicef; 2012. p. 20.
4. 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. Chile: Unicef; 2009. p. 12.
5. Organización Mundial de la Salud O. Maltrato Infantil: OMS; 2010 [
6. Torres Márquez M, Fonseca Pelegrín CL, Díaz Martínez MD, del Campo Mulet OA, Roché Hernández R. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN. 2010;14:0-.
7. Francia Reyes ME. Maltrato infantil: Un problema de todos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003;19:0-.
8. Peden M. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. In: Organizacion Mundial de la Salud O, Organizacion Panamericana de la Salud O, Unicef, editors.: OMS; 2008.
9. Observatorio de violencia familia y sexual SdSP. Informe de violencia familiar y sexual. Alcaldia de Santiago de Cali; 2011. p. 23.
10. Alcaldia de Santiago de Cali Sde, Instituto colombiano de bienestar familiar, Mesa municipal de primera infancia,. Santiago de Cali una ciudad pensada para niños y niñas de la primera infancia. Plan de atención integral para la primera infancia (PAIPI)2008. p. 256.
11. Bejarano M, Rendón LF. Lesiones de causa externa en menores y mayores de 18 años en un hospital colombiano. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009;25:234-41.

12. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud, ODS. Violencia contra las mujeres y los niños. Colombia 2010.
13. Giménez-Pando J, Pérez-Arjona E, Dujovny M, Díaz FG. Secuelas neurológicas del maltrato infantil: Revisión bibliográfica. *Neurocirugía*. 2007;18:95-100.
14. Posada-Díaz Á, Gómez-Ramírez JF, Ramírez-Gómez H. Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta pediátrica de México*. 2008;29(5).
15. Bouquet RI, Londoño AP, Los Libertadores FU. Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit Revista de Psicología*. 2009(2):109-15.
16. Vizcarra L MB, Cortés M J, Bustos M L, Alarcón E M, Muñoz N S. Maltrato infantil en la ciudad de Temuco: Estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista médica de Chile*. 2001;129:1425-32.
17. Aular Marlene, Rodríguez Ana, Sánchez José. Opinión de los padres, representantes, familiares sobre la prevención de accidentes en el hogar en niños y niñas de 4 a 6 años de edad que asisten al jardín de infancia nacional san francisco de yare en el primer semestre de 2008 2013.
18. Ferreira Ana Lucia, Beltran Martha, Montoya Carlos, Nuñez Oscar, Bossio Juan Carlos. Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. Organización Panamericana de la Salud, OPS; 2007.
19. Hewitt Ramirez Nohelia. Factores cognoscitivos de los padres asociados con la co-ocurrencia del consumo de alcohol y el maltrato físico a los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*. 2005;8:7-34.
20. Manso JMM. Estudio sobre las implicaciones de la psicopatología parental, la transmisión intergeneracional y el abuso de sustancias tóxicas en el maltrato infantil. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005;34(3).
21. Organización mundial de la salud O. Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales 2010.
22. Organización Panamericana de la Salud O. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. 2012.

23. Mateus Julio, Girón Sandra, Erazo Viviana Helena. Prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas clave para el cuidado de menores de 5 años y mujeres gestantes de Cali 2010.
24. Arcos G E, Uarac U M, Molina V I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Revista médica de Chile*. 2003;131:1454-62.
25. Millán S, García E, Hurtado JA, Morilla M, Sepúlveda P. Victimología infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2006:7-19.
26. Informe de Violencia contra la infancia. Madrid España: Fundación Anar; 2010.
27. Rosa PP, Graduvel DG, Manuel VB, Evelin TR, Leslie SC. Las Lesiones No Intencionales: Epidemia Contemporánea, Puerto Rico. 2005.
28. Velázquez JAV, Valle NQd, López MdLG, Santos MD, Buenabad NGA. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006.
29. Mora Álvarez AJ. Fortalecimiento de la técnica AIEPI, en los parámetros: estado nutricional, inmunizaciones, maltrato y alimentación, en el Área de salud No. 3 Loja 2012.
30. Raph D, Richard C, Michelle K. Emerging theories in health promotion practice and research. Jeffrey F, William F, editors. San Francisco 2002. 40-70 p.
31. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.
32. Sabatâe E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
33. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. Champion VL, Skinner CS, editors: John Wiley & Sons; 2008.
34. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. Prochaska J, Redding C, Evers KE, editors: John Wiley & Sons; 2008.
35. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. E. MD, Danuta K, editors: John Wiley & Sons; 2008.

36. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. Weinstein ND, Sandman PM, . Blalock SJ, editors: John Wiley & Sons; 2008.
37. Kish L. Surve y Sampling.: New York: Wiley and Sons; 1965.
38. Matus C. Estándares de buenas prácticas para la toma de muestras. Chile: Departamento Investigación y Desarrollo Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. 2007.
39. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Sosa-Rubí SG. Análisis estadístico para datos de conteo: aplicaciones para el uso de los servicios de salud. salud pública de méxico. 2009;51(5):397-406.
40. Hilbe JM. Negative binomial regression: Cambridge University Press; 2011.
41. Cameron AC, Trivedi PK. Regression analysis of count data: Cambridge university press; 2013.
42. Martínez F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud pública. Madrid: Editorial Mc Graw Hil. 1998.
43. Coutinho L, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. Revista de Saúde Pública. 2008;42(6):992-8.
44. Lee J, Tan CS, Chia KS. A practical guide for multivariate analysis of dichotomous outcomes. Ann Acad Med Singapore. 2009;38(8):714-9.
45. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín M, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿ Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. Gaceta Sanitaria. 2003;17(1):51-.
46. Bernadá M, Assandri E, Cuadro MN, Perdomo V, García L, Chamorro F, et al. Accidentes en la infancia: prevalencia, características y morbilidad determinada por los accidentes en una población de Uruguay. Revista Médica del Uruguay. 2010;26(4):224-37.
47. Herrera-Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud pública de México. 1999;41(5):420-5.
48. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. Pensamiento psicológico. 2011;9(17):83-96.

49. Gutiérrez GS. Teorías de niños y niñas sobre el castigo parental. Aportes para la educación y la crianza/Theories of girls and boys about parental punishment. Contributions for education and child-raising practices. Actualidades Investigativas en Educación. 2011;9(2).
50. BARCELATA EGUIARTE BE, ALVAREZ ANTILLÓN I. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Acta colombiana de psicología. 2005;8(1):35-46.
51. Gómez S. Maltrato infantil: un problema multifacético. Revista Latinoamericana de Psicología. 1988;20(2):149-61.
52. Ríos JCC. Metodología Participativa como prevención secundaria del maltrato a niños@s.
53. Haz AM. Menores Víctimas de Maltrato Físico: Un Estudio sobre Prevalencia y Factores de Riesgo en 1.000 Familias Chilenas. Psykhe. 2011;6(1).
54. Serrano IP, del Campo PM, Martínez TG. FIGURA DEL CUIDADOR EN LOS ACCIDENTES INFANTILES. Enfermería Global. 2003;2(1).
55. Valero Guzmán L. Desarrollo de una herramienta educativa audiovisual dirigida a cuidadores de niños, para la prevención de accidentes domiciliarios en niños menores de 5 años: Universidad Nacional de Colombia.
56. Maldonado MC, Rincón MT. Acerca de los motivos para vivir en espacios residenciales multifamiliares. Revista Prospectiva. 2007(12).
57. Zolotor AJ, Burchinal M, Skinner D, Rosenthal M. Maternal psychological adjustment and knowledge of infant development as predictors of home safety practices in rural low-income communities. Pediatrics. 2008;121(6):e1668-e75.
58. Plá NB, López MTL. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales. 2011(49):107-25.
59. Fadín H, Gusberti R. NIÑOS/AS CUIDADOS POR SUS ABUELOS: RELACIONES FAMILIARES. 2012.

60. Silvia M, Velazquez, Segura. Analisis de algunos aspectos sobre la seguridad social en colombia, una mirada personal de su estado actual y los posible retos en un futuro cercano. Santa fe de Bogota 2012.
61. 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(2):258-70.
62. Gómez MCF, Bobadilla AAG. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá DC durante el año 2011. Comité científico. 74.
63. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. AIEPI: una estrategia ausente por la distancia en comunidades vulnerables. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2012;5(2):147-8.
64. Castaño LSÁ, Stella L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia. 2009:69-79.
65. Elejabarrieta F, Iñiguez L. Construcción de escalas de actitud, tipo Thurstone y Likert. La Sociología en sus escenarios. 2010(17).
66. Rodríguez LR. La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación Educativa Duranguense. 2007(7):66-77.
67. Galdames S, Arón AM. Construcción de una escala para medir creencias legitimadoras de violencia en la población infantil. Psykhe (Santiago). 2007;16(1):15-25.
68. Arlaes Yero L, Hernández Sorí G, Rojas Cruz I, Hernández Sorí F. Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1998;14(6):581-5.
69. Henao CM, Fernández DYB. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. Revista CES Salud Pública. 2013;4(1):4-11.
70. Peñaranda F. La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2011;9(2).
71. Moreno Manso JM. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. 2002.

72. Fisher JD, Fisher WA, Amico KR, Harman JJ. An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology*. 2006;25(4):462.
73. Plan decenal de Salud Pública 2012 - 2021.
74. Política de infancia y adolescencia en Colombia.
75. salud Omdl. Prevención del Maltrato Infantil: Que hacer y como obtener evidencia. 2006.
76. Prevención de la violencia: La evidencia. 2012.
77. Unidas N. Objetivos del desarrollo del milenio. 2014.
78. (ONU) Odlnu. *Objetivos de desarrollo Sostenible- Agenda de desarrollo post 2015 de la Organización de las Naciones Unidas*. 2015.
79. Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. Salud pública basada en la evidencia: recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Revista española de salud pública*. 2008;82(1):05-20.
80. Rísquez A. SALUD PÚBLICA BASADA EN LA EVIDENCIA. *Acta Científica Estudiantil*. 2004;2(3):125-33.

ANEXOS

Anexo A. Análisis bivariado de regresión binomial negativa de las variables conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de menores de 5 años frente a lesiones en el hogar y maltrato infantil.

Análisis bivariado entre características sociodemográficas y actitudes favorables frente a lesiones en el hogar

En la tabla 32 se presenta la relación entre el número de actitudes favorables de los cuidadores frente a lesiones en el hogar y las variables sociodemográficas. Dentro de los hallazgos se puede evidenciar que el promedio de actitudes favorables fue estadísticamente significativo según escolaridad, parentesco y menores de 5 años en la casa.

En relación con la escolaridad del cuidador se pudo observar que aquellas personas que han cursado primaria mostraron un promedio de 3 actitudes favorables, al igual que aquellos pertenecientes a la categoría de referencia, los cuales han alcanzado niveles de educación superior (promedio=3,3). También se evidenció que los cuidadores cuyo nivel educativo fue primaria mostraron una media de actitudes favorables equivalente a 0,902 veces la media de actitudes de los cuidadores que reportaron niveles de educación superior.

Respecto al parentesco con el menor se reporta que los padres de los menores de 5 años tienen un promedio mayor de actitudes favorables (promedio=3,8) ($p=0.00$) en comparación con las madres, quienes obtuvieron 3 actitudes favorables. También se evidencia que los abuelos muestran un promedio similar de actitudes favorables al obtenido por las madres y un valor p de 0,061 cercano a la significancia estadística. Se reportó que los padres presentaron una media de actitudes favorables equivalente a 1,170 veces la media de actitudes reportada por las madres.

En cuanto al número de menores de 5 años en la casa se evidencia que el promedio de actitudes favorables es menor en aquellas familias donde hay más de 3 niños; comparada con la categoría de referencia ($P < 0.05$). También se evidencia que los cuidadores que tienen a cargo dentro de sus hogares más de 3 menores de 5 años mostraron una media de actitudes favorables equivalente a 0,766 veces la media de actitudes reportadas por aquellos cuidadores que tienen a su cargo dentro de los hogares 1 menor de 5 años.

En cuanto a la variable sexo se reporta que los hombres presentan un promedio mayor de actitudes favorables y un valor p de 0,068 cercano a la significancia estadística, comparado con la categoría de referencia.

También se evidenció que los cuidadores entre 36 - 45 años y 56 – 77 años presentaron un promedio igual de actitudes favorables a los cuidadores entre 26 – 35 años, así en dichos grupos de edad se observó un promedio de 3 actitudes favorables y un valor p igual a 0.1.

Respecto a la procedencia de los cuidadores se reportó que aquellos originarios de Nariño tuvieron 3 actitudes favorables frente a las lesiones en el hogar y un valor p menor a 0.1, comparado con aquellos cuidadores procedentes del Valle quienes reportaron el mismo número de actitudes.

Finalmente respecto de las variables personas que conforman el hogar, afiliación al sistema de seguridad social y tipo de vivienda no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actitudes frente a lesiones en el hogar.

Tabla 32. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y actitudes favorables frente a lesiones en el hogar

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor –p
Sexo						
Masculino	23	3,5	0,7	0,092	1,096	0,068
Femenino	496	3,2	0,8			*
Edad del cuidador						
16 - 17	13	3,5	0,5	0,027	1,027	0,591
18 - 25	188	3,2	0,8	0,001	1,001	0,964
26 - 35	161	3,2	0,8			*
36 - 45	73	3,3	0,8	0,048	1,049	0,137
46 - 55	48	3,3	0,7	-0,007	0,993	0,844
56 - 77	36	2,7	0,9	-0,110	0,896	0,123
Escolaridad						
Ninguna	10	3,0	1,1	-0,095	0,909	0,336
Primaria	98	3,0	0,8	-0,103	0,902	0,018
Secundaria	346	3,3	0,8	-0,019	0,981	0,536
Superior	64	3,3	0,7			*
Parentesco del cuidador						
Madre	363	3,3	0,8			*
Padre	12	3,8	0,5	0,157	1,170	0,000
Hermano (a)	6	3,3	1,0	0,021	1,021	0,862
Abuelo (a)	97	3,0	0,8	-0,061	0,941	0,061
Tío (a)	30	3,3	0,8	-0,016	0,984	0,739
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	3,0	0,9	0,038	1,039	0,734
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor	485	3,2	0,8			*
Hogares con 2 menores	80	3,2	0,7	-0,033	0,968	0,332
Hogares con 3 o más menores	14	2,6	1,0	-0,267	0,766	0,008
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas	78	3,2	0,8			*
4 personas	142	3,3	0,7	0,051	1,052	0,294

5 personas	104	3,2	0,8	0,020	1,020	0,670
6-7 personas	124	3,2	0,8	0,016	1,016	0,757
8 o más personas	70	3,1	0,8	0,000	1,000	0,995
Afiliación al sistema de seguridad social						
Contributivo	227	3,2	0,8			*
Subsidiado	215	3,2	0,8	0,003	1,003	0,919
Sin afiliación	77	3,2	0,8	-0,009	0,991	0,795
Procedencia del cuidador						
Valle	438	3,2	0,8			*
Cauca	22	3,4	0,7	0,028	1,028	0,597
Nariño	21	3,0	0,9	-0,089	0,915	0,067
Risaralda	5	3,4	0,9	0,096	1,101	0,294
Chocó	5	3,2	0,8	0,091	1,095	0,412
Otros departamentos	28	3,3	0,9	0,007	1,007	0,891
Tipo de Vivienda						
Casa	455	3,2	0,8			*
Apartamento	48	3,1	0,8	-0,053	0,948	0,194
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	3,3	0,9	0,048	1,049	0,457

*Categoría de referencia

Análisis bivariado entre características sociodemográficas y prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar.

En la tabla 33 se presenta la relación entre el número de prácticas preventivas de los cuidadores frente a lesiones en el hogar y las variables sociodemográficas. Dentro de los hallazgos se puede evidenciar que el promedio de prácticas preventivas fue estadísticamente significativo según edad del cuidador, escolaridad y procedencia del cuidador.

Referente a la edad del cuidador se observó que aquellos que se encuentran entre 46 años y 55 años presentan un promedio menor de prácticas preventivas comparado con aquellos cuyo rango de edad oscila entre los 26 a 35 años. También se reportó que los cuidadores entre 46 – 55 años mostraron una media de prácticas preventivas

equivalente a 0,882 veces la media de prácticas reportadas por los cuidadores entre los 26 a 35 años.

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores se evidencia que las personas sin ningún nivel educativo y aquellas que cursaron primaria y secundaria presentan un promedio mayor de prácticas preventivas a los cuidadores con estudios superiores; así el promedio fue de 6 prácticas preventivas comparado con la categoría de referencia (promedio = 5,0).

Se evidenció que los cuidadores que no tuvieron ningún nivel de escolaridad mostraron una media de prácticas preventivas equivalente a 1,284 veces la media de prácticas reportadas por los cuidadores con nivel educativo superior; de la misma manera se evidencia que la media de prácticas preventivas de los cuidadores con primaria cursada fue equivalente a 1,127 veces la media de prácticas obtenida por los cuidadores con niveles superiores de educación. Finalmente se encontró que los cuidadores con bachillerato mostraron una media de prácticas preventivas equivalente a 1,161 veces la media de prácticas reportadas por los cuidadores con estudios superiores.

En relación a la procedencia del cuidador se evidencia que aquellos cuidadores originarios de Nariño presentaron un promedio similar de prácticas preventivas comparado con los cuidadores originarios del Valle del Cauca quienes obtuvieron 6 prácticas preventivas. También se reportó que las personas originarias de otros departamentos tuvieron un promedio mayor de prácticas preventivas y un valor p menor a 0.1 cercano a la significancia estadística, comparado con la categoría de referencia. Dentro de la categoría procedencia se logró identificar que los cuidadores originarios de Nariño tuvieron una media de prácticas preventivas equivalente a 1,158 veces la media de prácticas obtenida por los cuidadores procedentes del Valle del Cauca.

Referente al parentesco del cuidador se reportó que los hermanos presentan un promedio de 5 prácticas preventivas y un valor p menor a 0,1 cercano a la significancia

estadística, comparado con las madres de los niños menores de 5 años, las cuales obtuvieron un promedio de 6 prácticas preventivas.

Respecto al número de menores de 5 años que habitan en los hogares se observa que el promedio de prácticas preventivas es mayor en aquellos hogares donde habitan más de 3 niños; esta categoría presentó un valor p cercano a 0,05 comparado con aquellos hogares donde habita solo un menor.

En cuanto a la variable número de personas que conforman un hogar se evidenció que el promedio de prácticas preventivas es igual para aquellos hogares donde habitan entre 6 y 7 personas cuyo valor p fue 0.1, comparado con aquellos hogares donde habitan de 2 a 3 personas (promedio = 5,8).

En relación con la variable afiliación al sistema de seguridad social en Colombia se reportó que los cuidadores que pertenecen al régimen subsidiado tuvieron en promedio de 6 prácticas preventivas y un valor p menor a 0.1; comparado con los cuidadores pertenecientes al régimen contributivo, los cuales obtuvieron el mismo número de prácticas preventivas.

En cuanto al tipo de vivienda se evidencia que los cuidadores que habitan en cuartos, apartaestudios o lotes presentan un promedio mayor de prácticas preventivas (promedio= 6,7) y un valor p menor a 0.1 cercano a la significancia estadística; comparado con aquellos cuidadores que habitan en casas, los cuales obtuvieron 6 prácticas preventivas.

Finalmente respecto a la variable sexo no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar.

Tabla 33. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y prácticas preventivas frente a lesiones en el hogar.

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor - p
Sexo						
Masculino	23	5,7	1,8	-0,002	0,998	0,976
Femenino	496	5,8	1,8			*
Edad del cuidador						
16 – 17	13	5,9	1,3	-0,009	0,991	0,848
18 - 25	188	5,8	1,7	-0,004	0,996	0,907
26 - 35	161	5,9	1,9			*
36 - 45	73	5,8	2,2	-0,020	0,980	0,698
46 - 55	48	5,3	1,3	-0,125	0,882	0,024
56 - 77	36	5,7	1,7	0,020	1,020	0,733
Escolaridad						
Ninguna	10	6,5	1,6	0,250	1,284	0,003
Primaria	98	5,8	1,9	0,120	1,127	0,055
Secundaria	346	5,8	1,8	0,149	1,161	0,002
Superior	64	5,0	1,6			*
Parentesco del cuidador						
Madre	363	5,8	1,8			*
Padre	12	5,9	1,9	0,027	1,027	0,806
Hermano (a)	6	4,7	1,5	-0,248	0,780	0,099
Abuelo (a)	97	5,4	1,6	-0,032	0,969	0,288
Tío (a)	30	6,1	2,5	0,047	1,048	0,557
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	6,0	1,9	0,050	1,051	0,291
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor	485	5,7	1,8			*
Hogares con 2 menores	80	5,9	1,9	0,011	1,011	0,726
Hogares con 3 o más menores	14	6,4	1,5	0,103	1,108	0,062
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas	78	5,8	1,7			*
4 personas	142	5,8	1,8	-0,036	0,965	0,365
5 personas	104	5,8	1,7	-0,060	0,942	0,270
6-7 personas	124	5,7	1,8	-0,092	0,912	0,121
8 o más personas	70	5,6	1,9	-0,098	0,907	0,168

Afiliación al sistema de seguridad social						
Contributivo	227	5,6	1,9			*
Subsidiado	215	5,9	1,7	0,060	1,062	0,094
Sin afiliación	77	5,9	1,9	0,055	1,057	0,189
Procedencia del cuidador						
Valle	438	5,7	1,7			*
Cauca	22	6,1	2,2	0,087	1,091	0,241
Nariño	21	6,4	1,9	0,147	1,158	0,021
Risaralda	5	5,6	1,1	0,036	1,037	0,663
Chocó	5	5,4	1,3	-0,006	0,994	0,909
Otros departamentos	28	6,6	2,1	0,130	1,139	0,070
Tipo de Vivienda						
Casa	455	5,7	1,7			*
Apartamento	48	5,9	1,6	0,058	1,060	0,322
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	6,7	2,1	0,152	1,164	0,053

*Categoría de referencia

Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a Maltrato Infantil

En la tabla 34 se presenta la relación entre el número de conocimientos adecuados de los cuidadores frente a maltrato infantil y las variables sociodemográficas. Dentro de los hallazgos se puede evidenciar que el promedio de conocimientos adecuados fue estadísticamente significativo según escolaridad, parentesco, afiliación al sistema de seguridad social y procedencia del cuidador.

Referente a la escolaridad se reportó que los cuidadores con ningún nivel educativo tuvieron un promedio de 8 conocimientos adecuados; comparado con aquellos que cursaron educación superior, los cuales obtuvieron un promedio mayor de conocimientos adecuados frente al maltrato infantil (promedio=10,1) ($p<0.05$). También se reportó que los cuidadores con ningún nivel educativo tuvieron una media de

conocimientos adecuados equivalente a 0,855 veces la media de conocimientos obtenida por los cuidadores con nivel educativo superior.

En cuanto al parentesco del cuidador se evidenció que los abuelos (a) mostraron un promedio mayor de conocimientos adecuados (promedio=10,3) ($p<0.05$), comparado con la categoría de referencia. También se reportó que los abuelos (a) tuvieron una media de conocimientos adecuados equivalente a 1,075 veces la media de conocimientos obtenida por las madres de los menores de 5 años.

Según el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en Colombia se reporta que los cuidadores que pertenecen al régimen subsidiado y que no tienen afiliación mostraron un promedio menor de conocimientos adecuados comparados con aquellos pertenecientes al régimen contributivo. También se reportó que los cuidadores afiliados al régimen subsidiado mostraron una media de conocimientos equivalente a 0,925 veces la media de conocimientos obtenida por los cuidadores pertenecientes al régimen contributivo.

Respecto a la procedencia del cuidador se evidenció que los cuidadores originarios de Choco mostraron un promedio mayor de conocimientos adecuados comparado con la categoría de referencia (promedio=10,6) ($p=0,000$); situación contraria se reflejó con los cuidadores procedentes de Risaralda quienes obtuvieron un promedio de 7 conocimientos adecuados y un valor p de 0,1 cercano a la significancia estadística, comparado con los cuidadores originarios del Valle del Cauca.

Teniendo en cuenta la variable procedencia se pudo concluir que los cuidadores originarios del Choco mostraron una media de conocimientos adecuados equivalente a 1,132 veces la media de conocimientos reportada por los cuidadores procedentes del Valle.

En cuanto a la edad del cuidador se reportó que aquellas personas entre los 16 y 17 años tuvieron un promedio menor de conocimientos adecuados y un valor p menor a 0,1

cercano a la significancia estadística comparada con la categoría de referencia y los cuidadores mayores de 36 años reportaron un valor p menor a 0,1 y un promedio de 10 conocimientos adecuados similar a los obtenidos por los cuidadores entre los 26 y 35 años.

En relación con el número de menores de 5 años que habitan en los hogares se evidenció un promedio menor de conocimientos adecuados en aquellos hogares donde habitan más de 3 niños y un valor p cercano a 0.05, comparado con aquellos hogares donde habita un 1 menor de 5 años.

Respecto al número de personas que conforman los hogares se reportó un promedio menor de conocimientos adecuados en aquellos hogares donde habitan 5 personas y un valor p menor a 0.1; comparado con aquellos hogares conformados por 2-3 personas, los cuales obtuvieron un promedio de 10 conocimientos adecuados.

Finalmente respecto de las variables sexo y tipo de vivienda no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de conocimientos adecuados frente a maltrato infantil.

Tabla 34. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y conocimientos adecuados frente a Maltrato Infantil

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Sexo						
Masculino	23	9,3	2,3	-0,008	0,992	0,883
Femenino	496	9,8	2,5			*
Edad del cuidador						
16 - 17	13	9,2	3,1	-0,105	0,900	0,074
18 - 25	188	9,5	2,7	-0,031	0,969	0,214

26 - 35	161	9,8	2,0			*
36 - 45	73	10,1	2,6	0,057	1,059	0,140
46 - 55	48	10,5	2,4	0,069	1,071	0,055
56 - 77	36	10,0	2,9	0,058	1,060	0,034
Escolaridad						
Ninguna	10	8,5	2,0	-0,157	0,855	0,025
Primaria	98	9,4	2,5	-0,063	0,939	0,184
Secundaria	346	9,9	2,5	-0,031	0,969	0,476
Superior	64	10,1	2,2			*
Parentesco del cuidador						
Madre	363	9,7	2,4			*
Padre	12	9,5	2,2	0,030	1,030	0,707
Hermano (a)	6	9,3	1,9	-0,042	0,959	0,577
Abuelo (a)	97	10,3	2,8	0,072	1,075	0,003
Tío (a)	30	9,5	1,9	-0,019	0,981	0,471
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	9,9	2,8	0,049	1,050	0,531
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor	485	9,9	2,4			*
Hogares con 2 menores	80	9,5	2,7	-0,045	0,956	0,236
Hogares con 3 o más menores	14	8,7	2,6	-0,158	0,854	0,072
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas	78	10,2	2,3			*
4 personas	142	9,8	2,5	-0,029	0,971	0,439
5 personas	104	9,4	2,4	-0,062	0,940	0,096
6-7 personas	124	9,8	2,8	-0,029	0,971	0,398
8 o más personas	70	9,9	2,3	-0,047	0,954	0,186
Afiliación al sistema de seguridad social						
Contributivo	227	10,2	2,4			*
Subsidiado	215	9,4	2,5	-0,078	0,925	0,002

Sin afiliación	77	9,7	2,7	-0,077	0,926	0,085
Procedencia del cuidador						
Valle	438	9,9	2,5			*
Cauca	22	9,2	2,3	-0,030	0,970	0,484
Nariño	21	9,6	1,7	-0,033	0,968	0,339
Risaralda	5	7,4	2,3	-0,211	0,810	0,095
Chocó	5	10,6	2,3	0,124	1,132	0,000
Otros departamentos	28	9,6	2,2	0,042	1,043	0,486
Tipo de Vivienda						
Casa	455	9,8	2,5			*
Apartamento	48	9,9	2,4	0,007	1,007	0,873
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	9,4	2,5	-0,042	0,959	0,244

*Categoría de referencia

Análisis bivariado entre características sociodemográficas y el número de actitudes favorables frente a maltrato infantil.

En la tabla 35 se presenta la relación entre el número de actitudes favorables de los cuidadores frente a maltrato infantil y las variables sociodemográficas. Dentro de los hallazgos se puede evidenciar que el promedio fue estadísticamente significativo según menores de 5 años en el hogar, personas que conforman el hogar y procedencia del cuidador.

En cuanto al número de menores de 5 años en el hogar se evidenció que el promedio de actitudes favorables es igual que en aquellas familias donde hay más de 2 menores de 5 años comparado con la categoría de referencia. También se reportó que la media de actitudes favorables de los cuidadores que habitan con más de 2 menores de 5 años es equivalente a 0,965 veces la media de actitudes reportada por los cuidadores que viven con 1 menor de 5 años.

Se reportó que en familias conformadas por más de 4 personas el promedio de actitudes favorables es de 10, lo que se evidencia de forma similar en familias donde habitan menos de 3 personas. También se reportó que la media de actitudes favorables de los cuidadores que habitan en hogares conformados por 4 personas fue equivalente a 0,925 veces la media de actitudes de aquellos cuidadores que habitan en hogares conformados por 2 a 3 personas. De la misma manera se evidenció que la media de actitudes favorables de los cuidadores que habitan en hogares conformados por 5 personas fue equivalente a 0,946 veces la media de actitudes reportadas por los cuidadores pertenecientes a la categoría de referencia.

Los cuidadores cuyos hogares están conformados por 6 a 7 personas mostraron una media de actitudes equivalente a 0,958 veces la media de actitudes reportada por los cuidadores que conviven con 2 o 3 personas. Finalmente se evidenció que los cuidadores que viven en hogares conformados por 8 o más personas tuvieron una media de actitudes equivalente a 0,917 veces la media de actitudes reportada por los cuidadores que habitan en hogares conformados por 2 a 3 personas.

Respecto a los cuidadores procedentes del Choco se encontró un promedio menor de actitudes favorables (promedio=9) ($p < 0.5$) comparado con aquellos cuidadores nativos del Valle del Cauca quienes obtuvieron un promedio de 10 actitudes favorables. También se reportó que la media de actitudes favorables de los cuidadores originarios del Choco fue equivalente a 0,901 veces la media de actitudes reportada por los cuidadores procedentes del Valle del Cauca.

En relación con el parentesco del cuidador se observa que en la categoría otros familiares conformada por amigos, bisabuelos, primos entre otros se obtuvo un promedio de 10 actitudes favorables; el cual comparado con la categoría de referencia fue igual. La categoría otros obtuvo un valor p igual a 0,1 cercano a la significancia estadística.

Finalmente respecto de las variables sexo, edad del cuidador, escolaridad, afiliación al sistema de seguridad social en Colombia y tipo de vivienda no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actitudes favorables frente a maltrato infantil.

Tabla 35. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y el número de actitudes favorables frente a maltrato infantil.

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Sexo						
Masculino	23	9,8	1,8	0,004	1,004	0,935
Femenino	496	9,9	1,3			*
Edad del cuidador						
16 - 17	13	10,2	0,8	0,018	1,018	0,230
18 - 25	188	10,0	1,4	0,008	1,008	0,554
26 - 35	161	9,8	1,2			*
36 - 45	73	10,1	1,2	0,014	1,014	0,552
46 - 55	48	10,0	1,5	0,028	1,028	0,257
56 - 77	36	9,8	1,7	0,016	1,016	0,471
Escolaridad						
Ninguna	10	10,0	1,6	0,028	1,028	0,535
Primaria	98	9,6	1,5	-0,009	0,991	0,816
Secundaria	346	10,0	1,3	0,007	1,007	0,786
Superior	64	10,1	1,4			*
Parentesco del cuidador						
Madre	363	9,9	1,3			*
Padre	12	10,1	1,3	0,037	1,038	0,245
Hermano (a)	6	9,8	1,7	0,018	1,018	0,735
Abuelo (a)	97	9,9	1,5	0,023	1,023	0,218
Tío (a)	30	10,1	1,4	0,019	1,019	0,548

Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	9,7	1,8	-0,065	0,937	0,109
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor	485	10,0	1,4			*
Hogares con 2 menores	80	9,7	1,3	-0,036	0,965	0,054
Hogares con 3 o más menores	14	10,0	1,2	0,003	1,003	0,923
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas	78	10,4	1,5			*
4 personas	142	9,7	1,4	-0,078	0,925	0,000
5 personas	104	9,9	1,2	-0,056	0,946	0,001
6-7 personas	124	10,0	1,4	-0,043	0,958	0,008
8 o más personas	70	9,9	1,3	-0,087	0,917	0,004
Afiliación al sistema de seguridad social						
Contributivo	227	10,0	1,4			*
Subsidiado	215	10,0	1,3	-0,002	0,998	0,908
Sin afiliación	77	9,8	1,5	-0,024	0,976	0,188
Procedencia del cuidador						
Valle	438	9,9	1,4			*
Cauca	22	9,9	1,3	0,001	1,001	0,952
Nariño	21	10,0	1,2	0,027	1,027	0,312
Risaralda	5	9,8	1,5	0,019	1,019	0,806
Chocó	5	9,0	0,7	-0,104	0,901	0,000
Otros departamentos	28	10,0	1,2	0,008	1,008	0,755
Tipo de Vivienda						
Casa	455	9,9	1,4			*
Apartamento	48	10,1	1,2	0,021	1,021	0,299
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	9,8	1,0	-0,008	0,992	0,750

*Categoría de referencia

Análisis bivariado entre características sociodemográficas y el número de prácticas preventivas frente a maltrato infantil.

En la tabla 36 se presenta la relación entre el número de prácticas preventivas de los cuidadores frente a maltrato infantil y las variables sociodemográficas. Dentro de los hallazgos se puede evidenciar que el promedio de prácticas preventivas fue estadísticamente significativo según parentesco, menores de 5 años en el hogar y personas que conforman el hogar.

Se reportó que los hermanos y otros familiares tuvieron un promedio mayor de prácticas preventivas al evidenciado en las madres; Así, en dichos grupos según parentesco se observó un promedio de 11 prácticas preventivas reportados por los cuidadores en comparación con la categoría de referencia ($p < 0.05$). También se reportó que los hermanos (a) tuvieron una media de prácticas preventivas equivalente a 1,131 veces la media de prácticas reportadas por las madres. De la misma manera se evidenció que otros familiares obtuvieron una media de prácticas equivalente a 1,146 veces la media de prácticas reportada por las madres.

En cuanto a la variable parentesco con el menor de 5 años se evidenció que los abuelos mostraron un promedio de 10 prácticas preventivas y un valor p igual a 0,1 cercano a la significancia estadística, comparado con las madres quienes obtuvieron el mismo promedio. También se reportó que los tíos obtuvieron un promedio mayor de prácticas preventivas y un valor p menor a 0,1 cercano a la significancia estadística; esto comparado con la categoría de referencia.

Referente al número de menores de 5 años en el hogar se evidenció que entre más niños hallan en los hogares la tendencia es a tener un menor promedio de prácticas preventivas; teniendo como categoría de referencia aquellos hogares donde solo habita 1 menor de 5 años. También se evidenció que los cuidadores que habitan en hogares con 2 menores de 5 años y con más de 3 menores obtuvieron una media de prácticas

preventivas equivalente a 0,953 y a 0,850 veces la media de prácticas reportada por los cuidadores que habitan con un menor de 5 años.

En cuanto a las personas que conforman el hogar se evidenció que aquellos hogares donde habitan 4 personas el promedio de prácticas preventivas es de 10, de la misma manera se reporta en aquellos hogares donde residen más de 8 personas; sin embargo comparado con la categoría de referencia estos tiende a tener un promedio menor que aquellas familias conformadas por 2 y 3 personas (promedio = 10,5) ($p < 0.05$). También se reportó que la media de prácticas preventivas de los cuidadores que habitan en hogares conformados por 4 personas fue equivalente a 0,931 veces la media de prácticas reportada por los cuidadores cuyo hogar está conformado por 2 o 3 personas. Finalmente se evidenció que la media de prácticas preventivas de los cuidadores que habitan en hogares constituidos por más de 8 personas fue equivalente a 0,915 veces la media de prácticas preventivas evidenciada por los cuidadores pertenecientes a la categoría de referencia.

En relación con la procedencia del cuidador se reportó que los cuidadores procedentes del Cauca mostraron un promedio mayor de prácticas preventivas y un valor p igual a 0,1 comparado con los cuidadores originarios del Valle. También se evidenció que los cuidadores procedentes del Choco mostraron un valor p igual a 0,1 cercano a la significancia estadística y obtuvieron un promedio similar de prácticas preventivas (promedio = 10) comparado con la categoría de referencia.

Finalmente respecto de las variables sexo, edad del cuidador, escolaridad, afiliación al sistema de seguridad social en Colombia y tipo de vivienda no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de prácticas preventivas frente a maltrato infantil.

Tabla 36. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y el número de prácticas preventivas frente a maltrato infantil.

Variable	n=519	Media	Desviación estándar	Coefficiente de regresión (β)	Exp (β)	Valor -p
Sexo						
Masculino	23	10,3	1,9	-0,025	0,975	0,459
Femenino	496	10,2	1,7			*
Edad del cuidador					1,000	
16 - 17	13	10,9	1,8	0,033	1,034	0,424
18 - 25	188	10,3	1,6	0,017	1,017	0,281
26 - 35	161	10,1	1,6			*
36 - 45	73	9,9	2,1	-0,024	0,976	0,477
46 - 55	48	10,2	1,6	0,028	1,028	0,385
56 - 77	36	10,2	1,9	0,004	1,004	0,864
Escolaridad					1,000	
Ninguna	10	10,7	1,7	0,065	1,067	0,282
Primaria	98	10,0	1,9	0,016	1,016	0,726
Secundaria	346	10,3	1,6	0,019	1,019	0,595
Superior	64	10,2	1,9			*
Parentesco del cuidador						
Madre	363	10,1	1,7			*
Padre	12	10,3	1,3	0,038	1,039	0,374
Hermano (a)	6	11,2	2,0	0,123	1,131	0,018
Abuelo (a)	97	10,2	1,8	0,033	1,034	0,144
Tío (a)	30	10,7	1,7	0,050	1,051	0,090
Otro (amigo, bisabuela, hermana del padrastro, primo (a)	10	11,3	1,1	0,136	1,146	0,000
Menores de 5 años en la casa						
Hogares con 1 menor	485	10,3	1,7			*
Hogares con 2 menores	80	10,0	1,8	-0,048	0,953	0,044

Hogares con 3 o más menores	14	8,9	1,6	-0,162	0,850	0,006
Personas que conforman el hogar						
2-3 personas	78	10,5	1,5			*
4 personas	142	9,9	1,7	-0,071	0,931	0,005
5 personas	104	10,3	1,7	-0,032	0,969	0,287
6-7 personas	124	10,3	1,7	-0,018	0,982	0,494
8 o más personas	70	10,0	1,8	-0,089	0,915	0,045
Afiliación al sistema de seguridad social						
Contributivo	227	10,2	1,7			*
Subsidiado	215	10,2	1,7	-0,023	0,977	0,248
Sin afiliación	77	10,1	1,7	-0,039	0,962	0,162
Procedencia del cuidador						
Valle	438	10,2	1,7			*
Cauca	22	10,6	1,9	0,050	1,051	0,123
Nariño	21	10,0	1,9	0,001	1,001	0,978
Risaralda	5	9,6	2,5	-0,083	0,920	0,427
Chocó	5	10,0	1,6	0,088	1,092	0,134
Otros departamentos	28	9,9	2,0	-0,043	0,958	0,357
Tipo de Vivienda						
Casa	455	10,2	1,7			*
Apartamento	48	10,2	1,5	0,022	1,022	0,428
Otro tipo de vivienda (cuarto, apartaestudio, lote)	14	10,6	1,5	0,041	1,042	0,178

*Categoría de referencia

Anexo B. Acta de aprobacion no 010-014 aval comité de ética

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 010-014

Proyecto: **FACTORES RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADORES CON RESPECTO A LESIONES EN EL HOGAR Y A MALTRATO INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS EN SANTIAGO DE CALI**

Sometido por: **SANDRA LORENA GIRON JULIO C. MATEUS SANDRA MARCELA ZUNIGA**

Código Interno: **092-014** Fecha en que fue sometido: **19** **05** **2014**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☐ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:

☒ SIN RIESGO ☐ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
- b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
- c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
- d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
- e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
- f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
- g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Nombre: FLORENCIA VELASCO DE M.

Fecha: 15 09 2014

Capacidad representativa:

PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Nombre: MAURICIO PALACIOS

Fecha: 15 09 2014

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680