



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA TRANSMISIÓN
INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO FÍSICO
INFANTIL: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA ENDES 2018**
**Characteristics associated with intergenerational
transmission of child physical abuse: analysis of the DHS
2018 survey**

ALUMNOS:

CÁRCAMO GARCÍA, PALOMA MARIANA
DOMÍNGUEZ DÁVALOS, MARCO ANTONIO
FREYRE BARRÓN, JOSÉ ENRIQUE

ASESORES:

CÁRCAMO CAVAGNARO, CÉSAR PAUL EUGENIO
GARCÍA FUNEGRA, PATRICIA JANNET

LIMA - PERÚ
2020

Jurado

Coordinador: Dr. Johann Vega Dienstmaier

Profesor calificador: Dra. Claudia Ugarte Taboada

Profesor calificador: Dr. Antonio Lozano Vargas

Asesores de trabajo de investigación:

César Cárcamo Cavagnaro

Patricia García Funegra

Dedicatoria

Nos gustaría dedicar nuestro trabajo de investigación a las víctimas de maltrato físico infantil en cuyo pesar se encuentra el motivo de nuestro trabajo, y a nuestras familias, por su apoyo durante los largos años de nuestra carrera.

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a nuestros asesores, la Dra. Patricia García Funegra y el Dr. César Cárcamo Cavagnaro, por su paciencia, tiempo, ejemplo y conocimientos brindados. En segundo lugar, nos gustaría agradecer al Instituto Nacional de Estadística e Informática por la elaboración de la base de datos ENDES 2018, sobre la cual se deslinda nuestro trabajo, así como muchos otros trabajos de investigación a nivel nacional.

Fuentes de financiamiento

El presente proyecto fue autofinanciado.

Declaración del autor

El presente es un trabajo de investigación original. No ha sido enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente. Para su realización, se han seguido los lineamientos respectivos para respetar la ética en investigación. Será utilizado para obtener el título profesional.

Tabla de contenido

Introducción	1
Materiales y métodos	5
Resultados	8
Discusión	11
Conclusiones	19
Referencias bibliográficas.....	20
Figura 1. Transmisión intergeneracional de maltrato infantil.....	25
Figura 2. Selección de participantes	26
Tabla 1. Descripción de las variables a estudiar	27
Tabla 2. Características de las participantes	30
Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados a transmisión intergeneracional de maltrato físico infantil	31
Tabla 4. Análisis multivariado de factores asociados a transmisión intergeneracional de maltrato físico infantil.....	33

Resumen

Antecedentes:

El maltrato físico infantil es un problema de grave importancia, pues afecta negativamente el desarrollo físico e intelectual de las víctimas. En el Perú, se estima que más del 50% de los niños son víctimas de ello. Aquellos que han sido maltratados tienen más riesgo de maltratar a sus hijos. Sin embargo, en el contexto peruano no se ha podido esclarecer qué factores determinan que la conducta de maltrato se transmita de una generación a otra.

Objetivo:

Determinar características asociadas a la transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil (TIMI).

Materiales y métodos:

Se realizó un análisis de los datos colectados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2018) restringido a madres que reportan haber sido víctimas de maltrato infantil y que viven con al menos uno de sus hijos.

Resultados:

El análisis multivariado reveló una asociación significativa entre TIMI y 9 de las 14 variables estudiadas. Hay mayor TIMI en residentes de zonas rurales, en hablantes de lenguas amazónicas, en padres y madres con bajo nivel educativo, en madres de menor edad al tener a su primer hijo, que sufren violencia emocional de pareja, que

reportan violencia física entre sus propios padres y que justifican la violencia como forma de disciplina infantil.

Conclusiones:

Se logró identificar 9 factores asociados independientemente a TIMI, sobre los cuales se pueden desarrollar intervenciones dirigidas a disminuir las tasas de TIMI en el país.

Palabras clave DeCS: Maltrato a los niños, violencia doméstica, abuso físico, salud mental

Abstract

Background:

Child physical abuse is an issue of grave importance, as it negatively affects victims' physical and intellectual development. In Peru, it is estimated that more than 50% of children are subject to it. Parents who have a history of abuse are more likely to abuse their own children. However, the factors that determine transmission of abusive behavior from one generation to another have not been studied in the context of Peru.

Objective:

To determine characteristics associated with intergenerational transmission of child physical abuse (ITCPA).

Materials and methods:

An analysis of the Demographic and Health Survey (DHS 2018) was conducted, restricted to mothers who report having been victims of child abuse and who live with at least one of their children.

Results:

The multivariate analysis revealed a significant association between ITCPA and 9 out of 14 of the variables that were studied. There is more ITCPA among residents of rural areas, mothers who speak Amazonian languages, parents with low educational levels, mothers who were younger at the birth of their first child, who suffer from

emotional violence from their partner, who report physical violence between their parents, and who justify violence as a form of disciplining children.

Conclusions:

We were able to identify 9 factors that are independently associated to ITCPA, around which interventions can be designed in order to diminish rates of ITCPA in the country.

MeSH key words: Child abuse, domestic violence, mental health

Introducción

El maltrato infantil se refiere a cualquier tipo de maltrato o negligencia hacia un niño o niña, especialmente cuando es ejercido por un padre o cuidador (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue cuatro tipos de maltrato infantil: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y psicológico, y negligencia, los cuatro de igual importancia (2). En Perú, según registros del INSN, el 48.6% de los casos de maltrato reportados correspondían a agresión sexual, 33.2% a abandono, y un 6.8% a agresiones físicas (3). El presente estudio se centra en el maltrato físico infantil, definido en la Consultoría de Prevención de Abuso Infantil de 1999 por la OMS como *aquellas acciones que resulten en daño físico real o potencial por una interacción o falta de ella y que se encuentren razonablemente dentro del control de los padres o apoderados de un niño* (4). Estimar su incidencia es complicado, pues no existe una definición universal, y es frecuente que no se reporte. La prevalencia reportada varía enormemente según las características de la población y los métodos que se emplean para estudiarla. Según datos de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales del 2015, más del 50% de los niños en el Perú en algún momento de su vida son víctimas de violencia física por personas con quienes viven (5), indicando que es un problema de vital importancia en nuestro medio.

Hasta hace un par de décadas, la opinión pública se inclinaba a favor del uso del maltrato físico como adyuvante en la crianza, pues reducía o detenía inmediatamente comportamientos negativos. Sin embargo, con el pasar del tiempo, se ha acumulado evidencia en contra de su uso, pues se asocia a resultados adversos en el desarrollo

del niño. Con el advenimiento del modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad, se ha evidenciado que las adversidades enfrentadas durante la niñez pueden producir alteraciones fisiológicas que interfieren con el correcto desarrollo de los sistemas de respuesta al estrés del cuerpo, con consecuencias en todo el organismo (6). Específicamente, a corto plazo, el maltrato físico se asocia a problemas del desarrollo neurocognitivo, que resultan en conductas antisociales, agresividad, trastorno oposicionista-desafiante, ansiedad y déficits en el aprendizaje (7–10), así como a problemas de salud física, como retraso en el crecimiento, malnutrición y síntomas gastrointestinales (11,12), además de deteriorar la relación entre padres e hijos (13). Adicionalmente, se asocia a problemas durante la adultez. Se ha descrito que las víctimas de violencia infantil se encuentran en mayor riesgo para obesidad, enfermedad hepática, cáncer de pulmón, enfermedad cardíaca isquémica, abuso de sustancias, depresión y conductas sexuales de riesgo (14–16). En Perú, se ha descrito una asociación entre el antecedente de castigo de físico en la infancia y trastornos como esquizofrenia, trastorno de personalidad límite, trastornos depresivos, y mayor riesgo de intento de suicidio (17,18). Por ello, se está trabajando a nivel mundial para erradicar el maltrato físico infantil, a través de diferentes entidades gubernamentales e independientes.

A nivel nacional, se han realizado estudios en que se pone en evidencia la miríada de consecuencias del maltrato infantil, incluyendo peores resultados escolares (19), síntomas depresivos (20), síndrome de estrés post traumático (21), entre otros (22). En Perú, ya existe una ley que prohíbe el uso del castigo físico contra niños (23).

En la literatura, se reportan distintos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que en un hogar se practique maltrato físico infantil (a veces conocido como disciplina física). Entre estos factores están la edad de los padres, tamaño de la familia, nivel socioeconómico, padres solteros, peleas entre padres, y abuso de alcohol. Un factor en particular que llama la atención es la historia intergeneracional de estilos de crianza agresivos: aquellos padres que recibieron castigos físicos durante su niñez son más susceptibles a hacer lo mismo con sus hijos (24). Se conoce como transmisión intergeneracional de maltrato infantil a la perpetuación de maltrato de parte de un padre con historia de maltrato infantil hacia sus hijos, tal como se ve en la **figura 1**. Se reportan tasas muy variables de maltrato infantil en padres con historia de abuso físico, de acuerdo a la metodología empleada y a la población estudiada: algunos estudios reportan un 7%, mientras que otros llegan hasta 30% (16,25). Sin embargo, la mayoría de estudios concluyen que es mayor que la tasa de maltrato en la población general. En un estudio realizado en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en Perú en el 2000, se encontró que las madres que fueron víctimas de maltrato infantil en su infancia eran 1.5-2 veces más propensas que las que no fueron víctimas a maltratar físicamente a sus propios hijos (26). En otro estudio peruano también se pudo evidenciar una repetición de patrones de violencia: las madres con historia de maltrato tendían a maltratar más a sus hijos (27). No obstante, no todas las personas que fueron víctimas de violencia se convierten en padres violentos, y los factores que se asocian a que se dé este fenómeno son un tema de estudio importante. En estudios internacionales, se han planteado factores de

riesgo para la transmisión intergeneracional de maltrato infantil (TIMI), es decir, factores que determinan si se un padre con historia de maltrato maltratará a sus hijos, que incluyen autoestima baja, violencia de pareja, padres solteros, e hijos con problemas de salud; así como factores protectores, que incluyen un buen estado socioeconómico, buen soporte marital, y buen soporte social, incluyendo agrupaciones religiosas (28). Sin embargo, estos factores no han sido estudiados en el contexto peruano.

Pese a que está claramente establecido que la historia personal de maltrato infantil es un factor de riesgo importante para ser perpetrador de maltrato infantil, existe evidencia insuficiente sobre qué determina que algunas personas con este factor de riesgo maltraten a sus hijos y otras no. En el contexto del Perú, un país con muy altas tasas de maltrato físico infantil, el problema se hace aún más crític..

El presente estudio tiene como objetivo estudiar las características que se asocian a la TIMI en el Perú analizando datos colectados en la ENDES 2018, a fin de determinar potenciales áreas de intervención que pudieran cortar el ciclo de violencia infantil en nuestro país.

Materiales y métodos

Diseño del estudio: Estudio transversal, analítico. Se realizó un análisis secundario de una base de datos (ENDES 2018).

Población:

Población: Participantes en la encuesta ENDES 2018

Ubicación espaciotemporal: Perú, 2018

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil
- Víctimas de abuso físico durante su niñez
- Con al menos un hijo viviendo en su hogar

Muestra:

La muestra está constituida por mujeres en edad fértil que participaron en la encuesta ENDES 2018, que respondieron a las preguntas relevantes en el módulo sobre violencia doméstica y que cumplen los criterios de inclusión para el presente estudio.

La encuesta ENDES excluye a residentes habituales que no hayan pernoctado la noche anterior a la encuesta en la vivienda seleccionada y visitantes que pasaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada.

Se hará análisis a nivel mujer. La encuesta original realizó un muestreo multietápico por conglomerados de hogares de todo el país. El presente estudio no contempla un muestreo adicional.

Se identificó 11 317 mujeres que cumplen los criterios de inclusión, de las cuales en 10 521 se consigna una respuesta a la pregunta “¿Qué hace usted (madre) para corregir a sus hijos?”. De esta población, 3 354 reportan castigar físicamente a sus hijos para disciplinarlos, mientras que 7 167 niegan esta conducta. Este tamaño de muestra proporciona, para un nivel de confianza del 95%, un poder de al menos 81.3% para detectar diferencias de 3% en la prevalencia de factores asociados a perpetuación del maltrato infantil. Esto fue calculado para el peor escenario: 48.5% en maltratadores versus 51.5% en no maltratadores. El poder para esta diferencia es mejor en cualquier otro escenario.

Definición operacional de variables:

La variable dependiente de interés es haber respondido “Con golpes o castigos físicos” a la pregunta “¿Qué hace usted (madre) para corregir a sus hijos?” (pregunta 1037, cuestionario individual). Las variables independientes son el lugar de procedencia de la encuestada, idioma o lengua materna durante la niñez, estado civil, nivel de educación, nivel de educación del padre de sus hijos, edad de la madre al tener a su primer hijo, edad al inicio de la convivencia, ocupación, presencia de violencia de pareja, presencia de violencia de pareja entre sus padres, depresión materna y creencias respecto a la violencia intrafamiliar (violencia de pareja y disciplina física infantil). Estas variables se describen en la **tabla 1** (ver anexos).

Procedimientos y técnicas:

Se utilizaron las bases de datos de la encuesta ENDES 2018 disponibles en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>). Se combinó información de diferentes módulos. Se hizo una selección de registros elegibles de la base de datos de la encuesta ENDES 2018, que se encuentran en los módulos 66 (datos básicos de la mujer en edad fértil), 73 (mortalidad materna y violencia familiar) y 413 (disciplina infantil). Se eligió únicamente a madres que cumplieran con los criterios de inclusión, y se procedió al análisis estadístico, como se detalla en la sección correspondiente.

Aspectos éticos:

El presente estudio es un análisis de una base de datos secundaria de acceso público, que no implica riesgos para los sujetos, puesto que no incluye datos de identificación de los individuos. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Constancia 067-02-20).

Análisis estadístico:

Se realizó un análisis bivariado para determinar variables asociadas a perpetuación de maltrato infantil mediante la prueba exacta de Fisher, prueba chi-cuadrado para tendencia lineal, y prueba t de student. Para el análisis multivariado, se usaron modelos lineales generalizados. El nivel de significancia para el análisis bivariado fue de 0.10, y para el multivariado, 0.05. Se utilizó STATA 15 para el análisis.

Resultados

La encuesta ENDES 2018 incluyó a 38 777 mujeres en edad fértil, de las cuales 17 663 completaron el módulo de disciplina infantil. De estas, 11 633 reportaron ser o haber sido golpeadas por sus padres, y de ellas, 11 317 reportaron un hijo viviendo en casa, las que constituirían el grupo de interés para la pregunta de investigación de esta tesis. Se encontró que, de este grupo, 10 521 (93%) mujeres respondieron a la pregunta “¿Qué hace usted (madre) para corregir a sus hijos? – Con golpes o castigos físicos” y son quienes se incluyeron en el análisis (**Figura 2**).

La **tabla 2** (ver anexos) muestra características demográficas de las participantes. La mayoría proviene de zonas urbanas (69%) y tiene el castellano como lengua materna (78%). El 45% de las encuestadas tiene educación secundaria, el 30% está en la categoría de “muy pobre”, y la paridad media es de 2.56 partos.

Análisis bivariado

Los resultados del análisis bivariado se presentan en la **tabla 3**. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre TIMI y 13 de las 14 variables analizadas. El lugar de residencia rural se asocia con una mayor TIMI (42.75% de madres de zonas rurales reportan maltratar físicamente a sus hijos vs 26.78% en zonas urbanas, $p < 0.001$). Con respecto a lengua materna, se halló una prevalencia mayor de TIMI en madres que hablan lenguas amazónicas que en cualquiera de los otros grupos (56.25% vs 40.22% en quechuahablantes, 29.53% en hispanohablantes, 18.23% en hablantes de aymara, $p < 0.001$). Si bien solo se incluyó a 12 viudas en la

muestra, este es el grupo que reportó la mayor frecuencia de TIMI (50%), seguido de casadas (35.12%) y convivientes (31.47%). Se reporta la menor frecuencia de TIMI en mujeres que nunca se casaron (21.95%). Tanto para la educación de la madre como la del padre, se reporta significativamente mayor TIMI en padres de menor nivel de educación (45.71% en madres sin educación o educación primaria vs 21.64% con educación superior, $p<0.001$; 45.49% en padres sin educación o educación primaria vs 23.65% con educación superior, $p<0.001$). No se halló una diferencia significativa en la prevalencia de TIMI entre madres que trabajan y madres desempleadas al momento de la entrevista. Las mujeres en que se reporta TIMI tuvieron a su primer hijo a una edad significativamente menor a las que no reportan TIMI ($p<0.001$), e informan su primer matrimonio a una edad más joven ($p<0.001$). Se encontró una mayor prevalencia de TIMI en madres que experimentan maltrato de pareja, tanto físico ($p=0.010$) como emocional ($p<0.001$). Adicionalmente, para las entrevistadas que reportan maltrato físico de pareja entre sus padres, también se halló una mayor tasa de TIMI (32.44% vs. 30.9% en quienes no reportan maltrato físico de pareja entre padres, $p=0.007$). Se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de TIMI entre madres con o sin depresión (31.86% en madres sin depresión vs 35.76% con depresión, $p=0.011$). Aquellas madres que justifican la violencia física de pareja o la disciplina física infantil (dos preguntas independientes) tienen una prevalencia significativamente mayor de TIMI que aquellas que están en desacuerdo ($p<0.001$ para ambos).

Análisis multivariado

Los resultados del análisis multivariado se presentan en la **tabla 4**. Controlando por las otras variables en el modelo, se encontró que el área de residencia rural confiere un riesgo significativamente mayor de TIMI ($p < 0.001$). Con respecto a las lenguas maternas, se encontró que la lengua aymara es un factor protector importante ($p < 0.001$). La educación materna y paterna se asocian significativamente con menor TIMI, con menor TIMI a mayor nivel educativo. Por cada año que se retrasa el nacimiento del primer hijo, se reduce el riesgo de TIMI en 2%. La violencia emocional de pareja frecuente resultó asociarse a mayor riesgo de TIMI ($p < 0.001$), mientras que la violencia física de pareja resultó no estar asociada significativamente al controlar por los otros factores estudiados. Sin embargo, la presencia de violencia física de pareja entre los padres de la entrevistada sí correlaciona con mayores tasas de TIMI ($p = 0.033$). Por último, las madres que están de acuerdo con el uso de la disciplina física infantil presentan mayores prevalencias de TIMI ($p < 0.001$).

Discusión

El presente estudio identificó diversas variables asociadas independientemente a TIMI. Se encontró un riesgo incrementado de TIMI en residentes de áreas rurales, hablantes de lenguas amazónicas, viudas, madres que sufren de violencia emocional de pareja, entre cuyos padres había violencia física, y madres que están de acuerdo con el uso de castigos físicos para disciplinar a sus hijos. Por otro lado, se encontró menor riesgo de TIMI en madres que hablan aymara, que no viven con una pareja, que tienen mayor nivel educativo, y que tienen a su primer hijo a mayor edad. Muchas de estas variables han sido previamente descritas en la literatura como asociadas a maltrato infantil, pero existe poca evidencia sobre el rol que juegan en la perpetuación de este. Por ello, al contrastar nuestros hallazgos con los reportados en la literatura, se mencionan estudios que hablan de maltrato infantil en general.

Con respecto a la urbanidad y su relación con el maltrato infantil, existen estudios con resultados contradictorios: mientras que en algunos se encuentran mayores tasas de maltrato en zonas rurales (29), en otros se reporta mayor maltrato en zonas urbanas (30), e incluso existen estudios en los que no se logra encontrar asociación alguna entre urbanidad e incidencia de maltrato (31). Se podría plantear que las diferencias en los hallazgos responden tanto a diferencias en la metodología utilizada, como a diferencias entre las poblaciones estudiadas. La relación entre la urbanidad y el maltrato infantil es compleja, y se deben valorar diferencias en factores de riesgo para maltrato entre las zonas (por ejemplo, niveles de pobreza, de embarazo adolescente, acceso a servicios sociales, etc.) (31). En el presente estudio, se encontró que en el

Perú el lugar de residencia rural se asocia a mayor TIMI. El hecho de que la razón de prevalencias para esta exposición se reduce de 1.6 en el análisis bivariado a 1.2 en el análisis multivariado (controlando por variables como educación de los padres y lengua materna) es un indicador de que, al menos en parte, la asociación encontrada responde a diferencias culturales.

Con relación a la lengua materna, en un estudio similar, realizado en base a la encuesta ENDES del 2000 y 2010, no se halló diferencia entre la prevalencia de castigo físico entre mujeres de lengua materna castellana y lengua materna indígena (abarcando en el estudio la lengua aymara, quechua o amazónica) (32). Sin embargo, al separar las lenguas indígenas en aymara, quechua y lenguas amazónicas, en el presente estudio se encontró que las lenguas amazónicas confieren mayor riesgo de TIMI. Se han descrito características propias de las etnias amazónicas que podrían explicar esta relación, tales como mayor nivel de pobreza, exclusión social, menor densidad poblacional, madres de edad más joven, menor nivel educativo, falta de saneamiento, etc. (33). Con respecto al efecto protector de la lengua materna aymara, y con la información respecto a esta etnia que existe en la literatura, se puede plantear que la importancia cultural que tiene la familia como unidad fundamental de organización podría tener un efecto positivo (34), al igual que el rol empoderante que juega la madre en la economía de la familia tradicional aymara (35).

Con respecto a la asociación entre el estado conyugal materno, hay controversia en la literatura, encontrándose en distintas poblaciones que la incidencia de maltrato es

mayor (29) o menor (36) en hijos de familias monoparentales. En la población que hemos estudiado, los resultados sugieren que las madres solteras (divorciadas o nunca casadas) tienen menor riesgo de agredir a sus hijos. Ello resalta la importancia de estudiar por separado a distintas poblaciones, pues cada una tiene características particulares.

Nuestro estudio muestra que existe una relación significativa entre el nivel educativo del padre y de la madre y la TIMI. Se ha descrito previamente que en aquellas familias con bajo nivel socioeconómico (pobreza y bajos niveles educativos), los niños sufren 5 veces más de cualquier tipo de maltrato que otros niños, son 3 veces más propensos a abuso y 7 veces más propensos a sufrir negligencia (29). En Perú, se encontró los padres de niños que sufren de maltrato físico tienen un nivel cultural medio o bajo en casi dos terceras partes de los casos (37). Esta diferencia podría ser aún más marcada en presencia de otros factores de riesgo, como vivir en una zona rural (38). Según los hallazgos del presente estudio, asegurar educación básica podría disminuir el riesgo maltrato infantil incluso en un hogar en que los padres fueron víctimas de maltrato.

La edad materna ha sido descrita previamente como un factor de riesgo para el maltrato físico infantil, teniendo una relación inversa. La relación parece tener mayor predominancia en madres que aún no alcanzan la adultez, relación que no se pudo constatar en nuestro estudio por las características de la población estudiada (39). Para explicar la relación entre menor edad materna y riesgo de maltrato, se plantea

que existe limitación de las técnicas, habilidades, experiencia y conocimientos necesarios para la crianza, así como menor nivel educativo (36).

Sobre la violencia física de pareja y TIMI, un análisis de la ENDES 2000, encontró que la violencia de pareja es un factor de riesgo independiente para maltrato infantil (26). Se estipula que el abuso de pareja se asocia a mayor estrés y frustración, y reducción del bienestar psicológico de la víctima, lo que lleva a una alteración en las capacidades de afrontamiento de problemas de los padres, y podría hacerlos más propensos a agredir físicamente a sus hijos en respuesta a un problema (40). Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró que existiese una relación entre violencia física de pareja y TIMI al controlar por otras variables.

La violencia emocional de pareja, por otro lado, según los resultados de nuestro estudio, parece ser un fuerte predictor de TIMI. Se ha estudiado la relación entre maltrato psicológico de pareja y maltrato infantil previamente, encontrándose que existe mucho mayor riesgo de maltrato infantil físico y emocional cuando hay violencia emocional de pareja (41). Por otro lado, se ha demostrado que el grado de apego entre madre e hijo es un factor modificable del desarrollo social y emocional del niño, y que este, puede ser influenciado negativamente en madres que son víctimas de violencia (física, sexual y/o emocional) por su pareja (42). Si bien no se hallan muchos estudios al respecto, se podría plantear que las madres víctimas de abuso psicológico podrían mostrar relaciones más lábiles con sus hijos, lo cual condicionaría un ambiente donde el maltrato físico se puede desarrollar y perpetuar

con mayor facilidad. En un análisis de la encuesta ENDES 2010, se encontró que las madres que habían sido víctimas de maltrato en sus hogares de origen tenían más riesgo de sufrir de violencia familiar física y emocional (43).

Se ha descrito previamente que los padres con historia de violencia entre sus propios padres tienen más probabilidades de golpear a sus hijos como medio de castigo (44,45).

Bandura plantea en su teoría de aprendizaje social que los humanos aprenden observando a otros, y que modelan comportamientos de personas con quienes se identifican (a quienes se parecen y con quienes tienen un vínculo emocional) (46). En base a esta teoría, se plantea que aquellos niños que sufren de agresión física o que son testigos de violencia entre sus padres aprenden a utilizar la violencia y la fuerza como una forma de solucionar problemas (26), perpetuando la cadena de violencia.

Nuestro análisis reveló que no existía una asociación significativa entre TIMI y depresión materna (definida por criterios de PHQ-9), al considerar las otras variables estudiadas. Esto ha sido descrito previamente en la literatura: se encontró que pese a que existía una asociación entre maltrato físico y comorbilidades mentales, la presencia de una comorbilidad mental materna no se asociaba a victimización de los hijos (16). No obstante, existen estudios realizados con poblaciones distintas en que se ha reportado que las madres con historia de maltrato infantil que sufren de trastornos depresivos se encuentran en mayor riesgo de volverse madres abusivas

(47,48). Se plantea que esto podría deberse a problemas en la regulación emocional, que son consecuencia de una incompetencia social desencadenada por estrategias que el niño maltratado desarrolla para protegerse de su hogar abusivo (49). Se ha encontrado que las madres con depresión tienen pensamientos de hacer daño a sus hijos con más frecuencia, y usan distintas formas de castigo físico con más frecuencia. Además, la depresión materna se vincula con mayor riesgo para otras condiciones asociadas a maltrato, como pobreza (11).

Nuestro estudio muestra que entre las madres que están de acuerdo con la disciplina física infantil, hay mayor riesgo de TIMI, de manera similar a lo que sucede para aquellas que justifican la violencia de pareja, aunque esta última variable pierde significancia en el análisis multivariado, posiblemente a consecuencia de confusión ejercida por la primera variable. Se puede suponer que el actuar de las madres es consecuente con sus creencias sobre los estilos de crianza y disciplina más adecuados, lo que hace que se perpetúe el castigo físico como parte de la crianza. Se ha descrito que la creencia de los padres de que es aceptable disciplinar a un niño golpeando o que golpear no constituye abuso infantil hace más probable que estos usen castigos corporales (44).

Es importante considerar que el presente estudio es de diseño transversal, por lo que no permite valorar relaciones de causalidad entre los fenómenos estudiados, mas sí permite establecer asociaciones. Adicionalmente, al tratarse de un análisis secundario, los investigadores no tienen control sobre la selección de la muestra y el diseño de la

herramienta de recolección de datos. Existe un sesgo de reporte importante, pues hay un estigma negativo asociado a golpear a los hijos que podría llevar a que algunas de las participantes del estudio den información incorrecta al ser encuestadas. No obstante, se contó con un tamaño muestral grande, lo que le confiere más poder al estudio, y la metodología del estudio es robusta. Adicionalmente, es un estudio novedoso pues, a nuestro saber, no se han estudiado factores maltrato infantil en el subgrupo de mujeres con historia de maltrato infantil en el contexto peruano anteriormente.

El análisis revela factores de riesgo en los cuales se puede intervenir a modo de que se logre disminuir la incidencia de maltrato físico infantil. Las principales asociaciones encontradas fueron las de residencia en área rural, lengua materna amazónica, violencia emocional de pareja, violencia física entre padres de la entrevistada y creencias sobre disciplina física infantil. Se resalta que identificar los grupos poblacionales más afectados permite planificar intervenciones poblacionales dirigidas, enfocadas en residentes de áreas rurales, comunidades amazónicas y víctimas de violencia emocional de pareja. Sería interesante realizar mayor investigación a nivel de subpoblaciones para tratar de determinar nuevos factores posiblemente sujetos a intervención. La educación parental también corresponde a un pilar fundamental de acción pues informar sobre estilos de crianza alternativos y los riesgos a corto y largo plazo de la disciplina física, podría ayudar a cambiar la perspectiva de nuestra población, arraigada a lo tradicional. Llama la atención la etnia aymara y la baja prevalencia de TIMI, lo cual sugiere que quizás se podría buscar

aprender de su estructura social o utilizarla como ejemplo. Nunca se incide lo suficiente en la importancia de la educación sexual para la prevención de embarazos adolescentes, viendo como estas madres son más propensas al castigo físico.

Conclusiones

Identificamos una variedad de factores asociados a TIMI en el Perú, muchos potencialmente sujetos a intervención: comunidades de residencia en áreas rurales, comunidades amazónicas, víctimas de violencia emocional de pareja, creencias sobre estilos de crianza, bajo nivel educativo y madres jóvenes.

Es importante identificar potenciales áreas de intervención para romper estos ciclos de violencia, diseñando e implementando intervenciones basadas en la evidencia.

Referencias bibliográficas

1. Arias I, Leeb RT, Melanson C, Paulozzi LJ, Simon TR. Child maltreatment surveillance; uniform definitions for public health and recommended data elements. National Center for Injury Prevention and Control (U.S.), editor. enero de 2008; Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11493>
2. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Internet]. 1st ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006. 90 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf;jsessionid=9EDAFE98B3489AED5842ECCB9A344FA2?sequence=1
3. Escalante-Romero L, Huamaní C, Serpa H, Urbano-Durand C, Farfán-Meza G, Ferrer-Salas C, et al. Maltrato infantil y del adolescente registrado en un hospital de referencia nacional, 2006 - 2011. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. marzo de 2012;29(1):28-34.
4. World Health Organization. Violence and Injury Prevention Team & Global Forum for Health Research. Consultation on Child Abuse Prevention [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999 p. 54. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
5. Trujillo R, Frassinetti R. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015 (Principales Resultados). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 oct p. 134.
6. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. enero de 2012;129(1):e232-246.
7. Rimal HS, Pokharel A. Corporal punishment and its effects in children. JKMC. 2013;2(3):156-61.
8. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-Year Prospective Study of the Long-term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. Arch Pediatr Adolesc Med. agosto de 2002;156(8):824-30.
9. Armsworth MW, Holaday M. The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents. J Couns Dev. 1993;72(1):49-56.
10. Junco Supa JE. Análisis psicosocial del maltrato infantil. Avances en Psicología. 2014;22(2):179-91.

11. Lansford JE, Sharma C, Malone PS, Woodlief D, Dodge KA, Oburu P, et al. Corporal punishment, maternal warmth, and child adjustment: a longitudinal study in eight countries. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2014;43(4):670-85.
12. Halland M, Almazar A, Lee R, Atkinson E, Larson J, Talley NJ, et al. A case-control study of childhood trauma in the development of irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* julio de 2014;26(7):990-8.
13. Smith AB. The State of Research on the Effects of Physical Punishment [Internet]. Ministry of Social Development; 2006 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj27/the-state-of-research-on-effects-of-physical-punishment-27-pages114-127.html>
14. Thompson R, Kaczor K, Lorenz DJ, Bennett BL, Meyers G, Pierce MC. Is the use of physical discipline associated with aggressive behaviors in young children? *Acad Pediatr.* 2017;17(1):34-44.
15. Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* noviembre de 2014;15(11):882-93.
16. Berlin LJ, Appleyard K, Dodge KA. Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention. *Child Dev.* enero de 2011;82(1):162-76.
17. Cáceres-Taco E, Vásquez-Gómez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia. *Rev neuropsiquiatr.* 2013;255-67.
18. General I. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - replicación 2012. *Revista ANALES DE SALUD MENTAL* [Internet]. 22 de junio de 2016 [citado 9 de marzo de 2020];29(1). Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/40>
19. Fry D, Anderson J, Hidalgo RJT, Elizalde A, Casey T, Rodriguez R, et al. Prevalence of violence in childhood and adolescence and the impact on educational outcomes: evidence from the 2013 Peruvian national survey on social relations. *Int Health.* 2016;8(1):44-52.
20. Barrios YV, Gelaye B, Zhong Q, Nicolaidis C, Rondon MB, Garcia PJ, et al. Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PLoS ONE.* 2015;10(1):e0116609.
21. Sanchez SE, Pineda O, Chaves DZ, Zhong Q-Y, Gelaye B, Simon GE, et al. Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post-traumatic stress disorder among pregnant women. *Ann Epidemiol.* 2017;27(11):716-723.e1.

22. Banerjee D, Gelaye B, Zhong Q-Y, Sanchez SE, Williams MA. Childhood abuse and adult-onset asthma among Peruvian women. *J Asthma*. 2018;55(4):430-6.
23. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Ley que prohíbe el uso del castigo físico y humillante contra los niños, niñas y adolescentes [Internet]. 30403. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-reglamento-de-la-ley-n-30403-ley-que-prohibe-el-u-decreto-supremo-n-003-2018-mimp-1657575-1/>
24. Whipple EE, Richey CA. Crossing the line from physical discipline to child abuse: How much is too much? *Child Abuse Negl*. 1 de mayo de 1997;21(5):431-44.
25. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry*. 1 de abril de 1987;57(2):186-92.
26. Gage AJ, Silvestre EA. Maternal violence, victimization, and child physical punishment in Peru. *Child Abuse Negl*. julio de 2010;34(7):523-33.
27. Valle Puc JA, Quintal MJDL. Caracterización del maltrato infantil mediante las historias de vida de mujeres de una comunidad marginal [Internet]. 2018 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: </paper/Caracterizaci%C3%B3n-del-maltrato-infantil-mediante-las-Puc-Quintal/ea87404bc9c00c7ba775ecc4eeecaa41d2a38109>
28. Kaufman J, Zigler EF. The intergenerational transmission of child abuse. En: *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1989. p. 129-50.
29. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Peta I, McPherson K, Greene A. Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). Washington, DC: US Department of Health and Human Services. 2010;9:2010.
30. Freisthler B. A spatial analysis of social disorganization, alcohol access, and rates of child maltreatment in neighborhoods. *Child Youth Serv Rev*. 1 de septiembre de 2004;26(9):803-19.
31. Puls HT, Bettenhausen JL, Markham JL, Walker JM, Drake B, Kyler KE, et al. Urban-Rural Residence and Child Physical Abuse Hospitalizations: A National Incidence Study. *J Pediatr*. febrero de 2019;205:230-235.e2.
32. Benavides M, León J. Una mirada a la violencia física contra los niños y niñas en los hogares peruanos: Magnitudes, factores asociados y transmisión de la violencia de madres a hijos e hijas [Internet]. GRADE; 2013 [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.grade.org.pe/en/publicaciones/1207-una-mirada-a-la-violencia-fisica-contra-los-ninos-y-ninas-en-los-hogares-peruanos-magnitudes-factores-asociados-y-transmision-de-la-violencia-de-madres-a-hijos-e-hijas/>
33. Ministerio de Salud. Comunidades indígenas: caracterización de población, situación de salud y factores determinantes de la salud. Perú: Ministerio de Salud; 2013 Setiembre.

34. Zapata-Sepulveda P, Fernández-Dávila P, Sánchez-Gómez MC. Violencia de género en mujeres con ascendencia étnica aymara en el extremo norte de Chile. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(3):167-72.
35. Mackay F. Los derechos de los pueblos indígenas en el sistema internacional: una fuente instrumental para las organizaciones indígenas. 1.^a ed. Lima: Asociación Pro Derechos Humanos; 1999. 457 p.
36. Lakhdar MPA, Nathwani AA, Ali NA, Farooq S, Azam SI, Khaliq A, et al. Intergenerational transmission of child maltreatment: Predictors of child emotional maltreatment among 11 to 17 years old children residing in communities of Karachi, Pakistan. *Child Abuse Negl.* mayo de 2019;91:109-15.
37. Moreno-Manso JM. Etiología del maltrato infantil: estilo educativo, prácticas de crianza y contexto social. *Psicología y SALud.* 2004;14(1):121-34.
38. Beatriz ED, Salhi C, Griffith JL, Molnar BE. Urbanicity matters in self-reported child maltreatment prevalence: Findings from a nationally representative study. *Child Abuse Negl.* mayo de 2018;79:371-83.
39. Connelly CD, Straus MA. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse Negl.* octubre de 1992;16(5):709-18.
40. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar M, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D. Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosom Med.* mayo de 2010;72(4):383-9.
41. Chang JJ, Theodore AD, Martin SL, Runyan DK. Psychological abuse between parents: associations with child maltreatment from a population-based sample. *Child Abuse Negl.* agosto de 2008;32(8):819-29.
42. McIntosh JE, Tan ES, Levendosky AA, Holtzworth-Munroe A. Mothers' Experience of Intimate Partner Violence and Subsequent Offspring Attachment Security Ages 1-5 Years: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 21 de noviembre de 2019;1524838019888560.
43. Lostaunau V, Torrejón C, Becerra Iliana, Otero S. Un estudio sobre violencia transgeneracional en madres peruanas: perfil clínico-epidemiológico. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2012;16(2):91-5.
44. Al Dosari MN, Ferwana M, Abdulmajeed I, Aldossari KK, Al-Zahrani JM. Parents' perceptions about child abuse and their impact on physical and emotional child abuse: A study from primary health care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2017;24(2):79-85.
45. Gelles RJ. *Intimate violence in families.* Sage; 1997.
46. Bandura A, Walters RH. *Social learning theory.* Vol. 1. Prentice-hall Englewood Cliffs, NJ; 1977.

47. Dittrich K, Boedeker K, Kluczniok D, Jaite C, Hindi Attar C, Fuehrer D, et al. Child abuse potential in mothers with early life maltreatment, borderline personality disorder and depression. *Br J Psychiatry*. 2018;213(1):412-8.
48. Shay NL, Knutson JF. Maternal Depression and Trait Anger as Risk Factors for Escalated Physical Discipline. *Child Maltreat*. febrero de 2008;13(1):39-49.
49. Smith AL, Cross D, Winkler J, Jovanovic T, Bradley B. Emotional Dysregulation and Negative Affect Mediate the Relationship Between Maternal History of Child Maltreatment and Maternal Child Abuse Potential. *J Fam Viol*. 1 de julio de 2014;29(5):483-94.
50. Trussell TM, Ward WL, Connors Edge NA. The Impact of Maternal Depression on Children: A Call for Maternal Depression Screening. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018;57(10):1137-47.

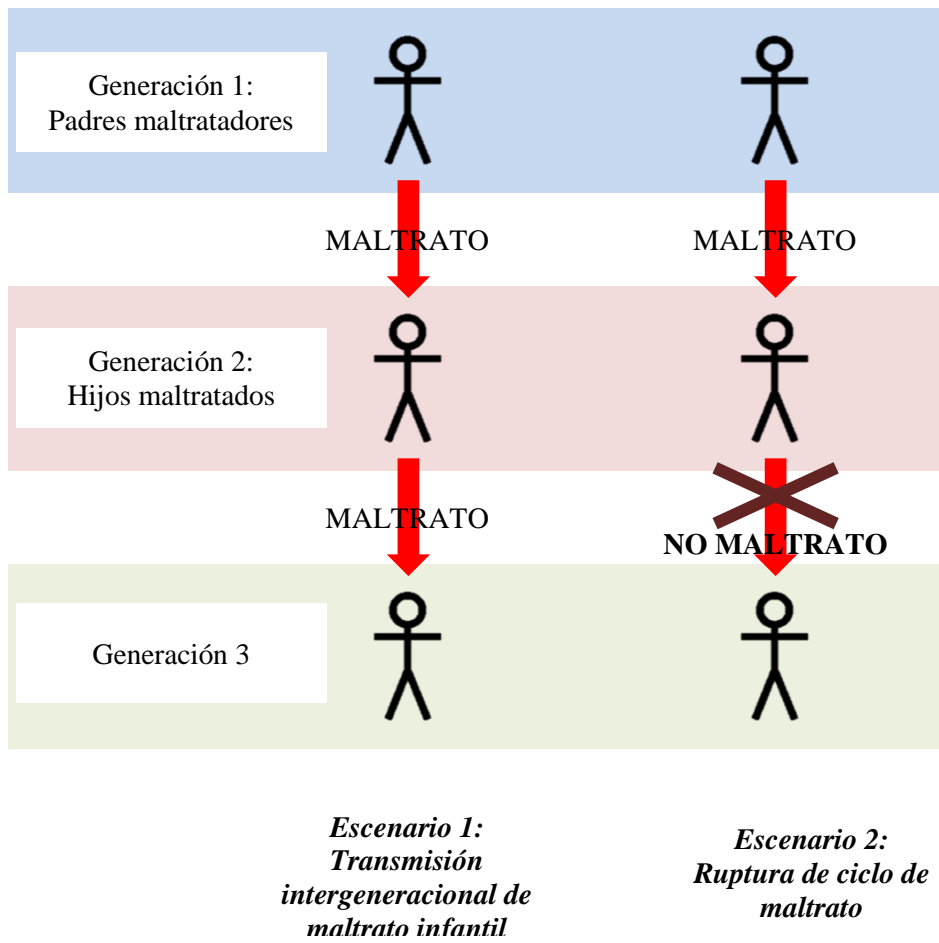


Figura 1. Transmisión intergeneracional de maltrato infantil

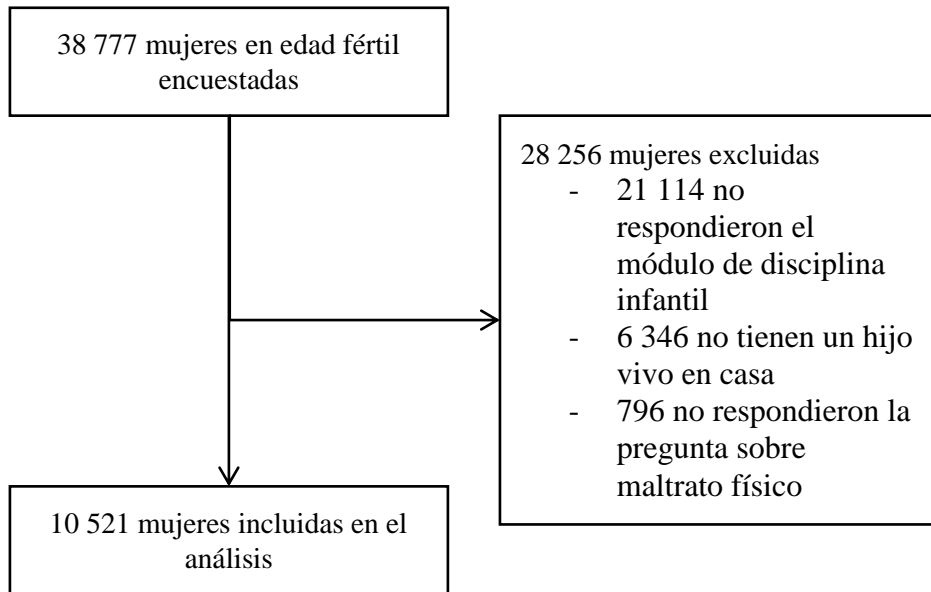


Figura 2. Selección de participantes

Tabla 1. Descripción de las variables a estudiar

Rol causal	Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
Efecto	Maltrato físico infantil	Encuestadas que responden “con golpes o castigos físicos” a la pregunta “¿Qué hace usted (madre) para corregir a sus hijos?”	Cualitativa	Nominal	Si No
Covariable	Tipo de lugar de residencia	Tipo de lugar donde vive la encuestada en el momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Rural Urbano
	Idioma o lengua materna durante la niñez	Idioma que habló durante su niñez la encuestada	Cualitativa	Nominal	Quechua Aimara Ashaninka Awajun/ Aguaruna Shipibo/ Konibo Shawi/ Chayahuita Matsigenka/ Machiguenga Achuar Otra lengua nativa Castellano Portugués Otra lengua extranjera

Rol causal	Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
	Grupo étnico	Grupo étnico con que la encuestada se identifica por sus costumbres y antepasados	Cualitativa	Nominal	Quechua Aimara Nativo o indígena de la Amazonía Perteneiente de otro pueblo originario Negro/ Moreno/ Zambo/ Mulato/ Afroperuano o afrodescendiente Blanco Mestizo Otro
	Estado civil	Condición civil de la encuestada	Cualitativa	Nominal	Nunca se casó Casada Conviviente Viuda Divorciada No viviendo juntos
	Nivel de educación	Grado académico más alto alcanzado por la encuestada	Cualitativa	Ordinal	Sin nivel Primaria Secundaria Superior
	Nivel de educación de pareja	Grado académico más alto alcanzado por la encuestada	Cualitativa	Nominal	Sin nivel Primaria Secundaria Superior
	Edad al nacimiento de primer hijo	Edad en años de la encuestada al momento del nacimiento de su primer hijo, calculada con fechas de nacimiento de la encuestada y de su primer hijo	Cuantitativa	Categorica	11 a 47 años

Rol causal	Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
	Edad al iniciar convivencia	Edad en años de la encuestada al momento de empezar a convivir con una pareja	Cuantitativa	Catagórica	11 a 45 años
	Ocupación	Condición de la entrevistada al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	Trabajo remunerado No trabajo remunerado
	Violencia de pareja	Presencia de acciones que resulten en daños de parte de la pareja hacia la entrevistada	Cualitativa	Nominal	Sí No
	Violencia de pareja de padres	Padre alguna vez golpeó a madre de la encuestada	Cualitativa	Nominal	Sí No
	Depresión	Cinco o más puntos en cuestionario PHQ-9	Cualitativa	Nominal	Depresión No depresión
	Creencias sobre violencia de pareja	Encuestada está de acuerdo con que el cónyuge golpee a su esposa en al menos 1 de las 5 situaciones propuestas	Cualitativa	Nominal	De acuerdo con violencia de pareja En desacuerdo con violencia de pareja
	Creencias sobre disciplina física infantil	Encuestada cree que para educar a las hijas o hijos es necesario el castigo físico	Cualitativa	Nominal	Frecuentemente Algunas veces No/nunca

Tabla 2. Características de las participantes

	n (%)
Tipo de lugar de residencia	
Urbana	7 162 (68.07)
Rural	3 359 (31.93)
Edad, media (DE)	31.09 (6.61)
Nivel de educación	
Nada/primaria	2 538 (24.12)
Secundaria	4 817 (45.78)
Superior	3 166 (30.09)
Lengua materna	
Castellano	8 115 (77.17)
Quechua	1 974 (18.77)
Aymara	203 (1.93)
Lenguas amazónicas	224 (2.13)
Índice de riqueza	
Muy pobre	3 240 (30.80)
Pobre	2 881 (27.38)
Medio	2 005 (19.06)
Rico	1 438 (13.67)
Muy rico	957 (9.10)
Paridad, media (DE)	2.68 (1.56)

Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados a transmisión intergeneracional de maltrato físico infantil

	Maltrata físicamente		P
	No n (%)	Sí n (%)	
Tipo de lugar de residencia			<0.001
Urbana	5 244 (73.22)	1 918 (26.78)	
Rural	1 923 (57.25)	1 436 (42.75)	
Lengua materna			<0.001
Castellano	5 719 (70.47)	2 396 (29.53)	
Quechua	1 180 (59.78)	794 (40.22)	
Aymara	166 (81.77)	47 (18.23)	
Lenguas amazónicas	98 (43.75)	126 (56.25)	
Estado conyugal actual de madre			<0.001
Casada	1 696 (64.88)	918 (35.12)	
Conviviente	4 530 (68.53)	2 080 (31.47)	
Viuda	6 (50)	6 (50)	
Divorciada	10 (76.92)	3 (23.08)	
No viviendo juntos	701 (71.17)	284 (28.83)	
Nunca se casó	224 (78.05)	63 (21.95)	
Educación de la madre			<0.001
Nada/primaria	1 378 (54.29)	1 160 (45.71)	
Secundaria	3 308 (68.67)	1 509 (31.33)	
Superior	2 481 (78.36)	685 (21.64)	
Educación de la pareja			<0.001
Nada/primaria	997 (54.51)	875 (45.49)	
Secundaria	3 365 (67.07)	1 652 (32.93)	
Superior	2 564 (76.35)	794 (23.65)	
Ocupación actual de la madre			0.97
No trabaja	2 853 (68.09)	1 337 (31.91)	
Trabaja	4 314 (68.14)	2 017 (31.86)	
Edad materna al nacimiento del primer hijo actualmente vivo, media (DS)	21.99 (5.05)	20.57 (4.22)	<0.001

	Maltrata físicamente		P
	No n (%)	Sí n (%)	
Edad materna al primer matrimonio, media (DS)	20.90 (4.97)	19.70 (4.47)	<0.001
Violencia física de pareja			0.010
No violencia física frecuente	7 068 (68.28)	3 284 (31.72)	
Violencia física frecuente	99 (58.58)	70 (41.42)	
Violencia emocional de pareja			<0.001
No violencia emocional frecuente	5 308 (69.55)	2 324 (30.45)	
Violencia emocional frecuente	1 635 (62.84)	967 (37.16)	
Violencia física de pareja entre padres de entrevistada			0.007
No violencia física	3 551 (69.10)	1 588 (30.90)	
Sí violencia física	3 418 (67.56)	1 641 (32.44)	
Depresión en entrevistada			0.011
No depresión	2 782 (68.14)	1 301 (31.86)	
Sí depresión	785 (64.24)	437 (35.76)	
Creencias sobre violencia física de pareja			<0.001
En desacuerdo	7 050 (68.53)	3 238 (31.47)	
De acuerdo	96 (46.60)	110 (53.40)	
Creencias sobre disciplina física infantil			<0.001
En desacuerdo	5 504 (77.77)	1 573 (22.23)	
De acuerdo	1 663 (48.29)	1 781 (51.71)	

Tabla 4. Análisis multivariado de factores asociados a transmisión intergeneracional de maltrato físico infantil

	RP (IC 95%)*, p	
	Bivariado	Multivariado
Residencia en área rural	1.60 (1.49-1.71), <0.001	1.23 (1.13-1.33), <0.001
Lengua materna		
Castellano	1.00	1.00
Quechua	1.36 (1.26-1.48), <0.001	1.00 (0.91-1.09), 0.971
Aymara	0.62 (0.45-0.85), 0.004	0.56 (0.40-0.78), 0.001
Lenguas amazónicas	1.91 (1.59-2.28), <0.001	1.14 (0.94-1.39), 0.188
Estado conyugal actual de madre		
Casada	1.00	1.00
Conviviente	0.90 (0.83-0.97), 0.006	0.87 (0.80-0.94), 0.001
Viuda	1.42 (0.64-3.18), 0.388	1.57 (0.70 -3.51), 0.270
Divorciada	0.66 (0.21-2.04), 0.468	0.70 (0.22-2.17), 0.536
No viviendo juntos	0.82 (0.72-0.94), 0.004	0.81 (0.70-0.93), 0.003
Nunca se casó	0.63 (0.48-0.81), <0.001	†
Educación de la madre		
Nada/primaria	1.00	1.00
Secundaria	0.69 (0.63-0.74), <0.001	0.83 (0.75-0.90), <0.001
Superior	0.47 (0.43-0.52), <0.001	0.68 (0.59-0.78), <0.001
Educación de la pareja		
Nada/primaria	1.00	1.00
Secundaria	0.72 (0.67-0.79), <0.001	0.92 (0.84-1.02), 0.107
Superior	0.52 (0.47-0.57), <0.001	0.84 (0.74-0.96), 0.010
Edad materna al nacimiento del primer hijo actualmente vivo, media (DS)	0.95 (0.95-0.96), <0.001	0.98 (0.97-0.99), <0.001
Edad materna al primer matrimonio, media (DS)	0.96 (0.96-0.97), <0.001	
Violencia física de pareja frecuente	1.31 (1.03-1.65), 0.027	
Violencia emocional de pareja frecuente	1.22 (1.13-1.32), <0.001	1.19 (1.10-1.29), <0.001
Violencia física de pareja entre padres de entrevistada	1.05 (0.98-1.12), 0.168	1.08 (1.01-1.16), 0.033

	RP (IC 95%)*, p	
	Bivariado	Multivariado
Depresión en entrevistada	1.12 (1.01-1.25), 0.037	
De acuerdo con violencia física de pareja	1.70 (1.40-2.05), <0.001	
De acuerdo con disciplina física infantil	2.33 (2.17-2.49), <0.001	2.23 (2.08-2.40), <0.001

*RP: razón de prevalencias, IC: intervalo de confianza.

†No es posible calcular la razón de prevalencias ajustada.