



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“PEDRO RUIZ GALLO”  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN CUIDADORES  
DE NIÑOS SOBRE EL LLANTO INFANTIL Y EL  
SÍNDROME DE BEBÉ SACUDIDO. CHICLAYO, 2017  
– 2019.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORAS:**

**DIANA JANETH CASUSOL BALDERA  
DÉBORA PAOLA REAÑO PÉREZ**

**ASESOR:**

**DR. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ**

**LAMBAYEQUE – PERÚ  
2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“PEDRO RUIZ GALLO”**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN CUIDADORES  
DE NIÑOS SOBRE EL LLANTO INFANTIL Y EL  
SÍNDROME DE BEBÉ SACUDIDO. CHICLAYO, 2017  
– 2019.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

---

*Bach. Diana Janeth Casusol Baldera*

**AUTORA**

---

*Bach. Reaño Pérez Débora Paola*

**AUTORA**

---

*Dr. Cristian Díaz Vélez*

**ASESOR**



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“PEDRO RUIZ GALLO”**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN CUIDADORES  
DE NIÑOS SOBRE EL LLANTO INFANTIL Y EL  
SÍNDROME DE BEBÉ SACUDIDO. CHICLAYO, 2017  
– 2019.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADO POR EL JURADO:**

---

*Dr. Alfonso Heredia Delgado*  
**PRESIDENTE**

---

*Dr. Hugo Urbina Ramírez*  
**SECRETARIO**

---

*Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe*  
**VOCAL**

---

*Dr. Juan Antonio Salazar Huerta*  
**SUPLENTE**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Nelly y José por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí siempre. A mi mamita Nancyta que se desveló conmigo en cada examen y en cada trabajo desde antes de mi ingreso y durante toda mi carrera universitaria. A toda mi familia por su apoyo incondicional.

**Diana Janeth**

A Isabel y Javier, mis padres, que han sido ejemplo de esfuerzo y perseverancia para continuar en esta carrera y a mis hermanos por su apoyo y ánimos en todo momento.

**Débora Paola**

## **AGRADECIMIENTO**

A **Dios** por darnos fortaleza en todo este camino de aprendizaje para el logro de nuestra más anhelada meta, el ser médicos, rogándole humildemente ser su instrumento para restablecer la salud a quienes lo necesiten.

A **nuestros maestros de la Facultad de Medicina** por las enseñanzas, dedicación y compromiso con nosotros.

Al Dr. **Cristian Díaz Vélez** quien ha sido nuestro asesor acompañándonos hasta el final de este trabajo.

**Muchas gracias y que Dios los bendiga**

## INDICE

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTO .....	5
RESUMEN.....	7
ABSTRAC .....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ANTECEDENTES .....	13
III. BASE TEÓRICA.....	18
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
V. RESULTADOS .....	27
VI. DISCUSIÓN .....	38
VII. CONCLUSIONES.....	43
VIII. RECOMENDACIONES .....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS .....	47
ANEXOS .....	51

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los conocimientos y actitudes en cuidadores de niños sobre el llanto infantil y el Síndrome de Bebé Sacudido. **Materiales y Métodos:** PRIMERA FASE: Se validó el instrumento “*Questionário sobre o Choro do Bebê*” mediante traducción del portugués al español para medir percepciones y actitudes de los padres sobre el llanto infantil y consecuencias de sacudir al bebé en el 2017 - 2018. SEGUNDA FASE: Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra de 322 cuidadores a quienes se les aplicó el Cuestionario sobre el Llanto del Bebé en el 2019. **Resultados:** la mediana de la edad de los cuidadores fue de 27.25 con rango intercuartílico de 21 a 32 años, el 82.6% tiene pareja, el 85.41% tiene un nivel socioeconómico bajo. En relación a la encuesta, más del 90% de cuidadores concordó que las razones del llanto del bebé se deben a que esté enfermo, tenga hambre, tenga dolor y esté con el pañal sucio. Las actitudes relacionadas a las necesidades básicas fueron las más aceptadas por los cuidadores en un 88.9%, mientras que las negativas, el 11.18% manifestó que sacudiría al bebé para intentar calmarlo, el 10.87% le daría palmadas en su trasero y el 7.14% lo gritaría. **Conclusión:** Existe desconocimiento del síndrome de bebé sacudido, principalmente de sus consecuencias graves por parte de los cuidadores de niños; actitudes adecuadas para lidiar con el llanto infantil, e inadecuadas para lidiar con sentimientos de frustración.

**Palabras Clave:** Llanto infantil, síndrome de bebé sacudido, trauma craneoencefálico por maltrato.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the knowledge and attitudes in caregivers of children about infant crying and Shaken Baby Syndrome. **Materials and Methods:** FIRST PHASE: The instrument "*Questionário sobre o Choro do Bebê*" was validated by translating from Portuguese into Spanish to measure perceptions and attitudes of parents about childhood crying and the consequences of shaking the baby in 2017-2018. SECOND PHASE: Observational, descriptive and cross-sectional study. The sample of 322 caregivers to whom the Questionnaire on the Crying of the Baby was applied in 2019. **Results:** the mean of the age of the caregivers was of 27.25 with interquartile range of 21 to 32 years, 82.6% have a partner, 85.41% have a low socioeconomic level. In relation to the survey, more than 90% of caregivers agreed that the reasons for the crying of the baby are due to being sick, hungry, in pain and with a dirty diaper. The attitudes related to basic needs were the most accepted by the caregivers in 88.9%, while the negative ones, 11.18% said that they would shake the baby to try to calm him down, 10.87% would give him pats on his backside and 7.14% would him would scream. **Conclusion:** There is ignorance of shaken baby syndrome, mainly of its serious consequences on the part of the caregivers of children; Appropriate attitudes to deal with childhood crying, and inadequate to deal with feelings of frustration.

**Key Words:** Infant crying, shaken baby syndrome, abusive head trauma.

# **I. INTRODUCCIÓN.**

## I. INTRODUCCIÓN.

El llanto infantil no solo es una manifestación de dolor o enfermedad, aunque pueda parecer inconsolable, también es común que los bebés sanos lloren incluso por varias horas al día. Sin embargo esto genera ansiedad e ira en los cuidadores al intentar calmarlos sin conseguirlo, provocando una respuesta violenta hacia ellos, siendo lo más común la sacudida (1,2).

El Síndrome de Bebé Sacudido (SBS) es una forma especial de violencia infantil que se describe como lesión cerebral no accidental causada por sacudir vigorosamente a un bebé para que deje de llorar (2–4). Actualmente conocido como: "Traumatismo craneoencefálico por maltrato" (TCEM) por recomendación en abril del 2012 por Centers for Disease Control And Prevention Of The United States (CDC), debido a que el mecanismo de la sacudida o agitación del bebé produce lesiones craneales por la desproporción de la cabeza que es más grande con respecto al cuerpo, la débil musculatura del cuello que le falta desarrollar y fortalecer y el cráneo más delgado. También se puede encontrar en la literatura como: Trauma Craneal Inflingido, Trauma Craneal no accidental y Trauma Craneal Violento (3–5).

El SBS corresponde al 80% de los accidentes mortales resultantes de maltrato infantil en lactantes y niños. Según el CDC, el 25% a 30% de los niños que son víctimas mueren, sólo el 15% sobreviven sin secuelas (3) y en el resto de niños que sobreviven se presentan manifestaciones neurológicas, siendo principalmente: alteración del estado de conciencia (77%), convulsiones (43% - 50%), vómitos (15%) y retraso en el desarrollo (12%) (5).

El estudio multicéntrico en Escocia, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Suiza encuentra que la incidencia del SBS es mayor en niños menores de 1 año, encontrándose en un rango de 14,7 a 38,5 casos por cada 100 000 niños (3,6), y otras literaturas mencionan un rango de incidencia de 14 a 40,5 casos por cada 100 000 niños a nivel mundial (7). En los países occidentales la incidencia se estima alrededor de 30 casos por cada 100 000 lactantes menores de 1 año, en Carolina del Norte (EUA) la prevalencia de sacudidas es 2,6% para niños menores de 2 años, en los Países Bajos es 3,4% para lactantes de 6 meses de edad y en Japón es 3,4% en lactantes menores de 4

meses (8). En Latinoamérica, esta forma de maltrato es infra diagnosticada y poco reconocida, por lo que la literatura sobre este tema es escasa (9). Un estudio en Perú revela que, del total de registros por maltrato infantil y adolescente, el 54% de los niños y el 45,1% de las niñas recibieron agresión de tipo física (10), sin embargo no se encontró estudios en relación al SBS, que puede deberse a la falta de protección de la responsabilidad legal de los médicos que desalienta a la investigación en este tipo de maltrato (9). En el plano regional no se encontró información sobre el tema.

Además, hay que tener en cuenta que los estudios sobre la frecuencia real del SBS en la mayoría de países occidentales es imprecisa y/o se desconoce, pero sobretodo, está subdiagnosticada, por lo que se requiere enfatizar sobre este tema tanto en el personal de la salud como en la comunidad.

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes en cuidadores de niños sobre el llanto infantil y el Síndrome de Bebé Sacudido? Chiclayo, 2017 – 2019?

### **HIPÓTESIS**

Los conocimientos y actitudes en cuidadores de niños sobre el llanto infantil y el Síndrome de Bebé Sacudido. Chiclayo, 2017 – 2019, son inadecuadas.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General:**

Describir los conocimientos y actitudes en cuidadores de niños sobre el llanto infantil y el Síndrome de Bebé Sacudido. Chiclayo, 2017 – 2019.

#### **Objetivos Específicos**

1. Validar del instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê* mediante adaptación del idioma.
2. Describir los conocimientos de los cuidadores de los niños sobre las consecuencias de sacudir al bebé y el número de horas que estos lloran.

3. Describir las actitudes de los cuidadores de niños, para lidiar con el llanto del bebé y los posibles motivos del llanto del bebé.
4. Explorar la asociación de los conocimientos y actitudes en cuidadores de niños sobre el llanto infantil y el Síndrome de Bebé sacudido, con las características sociodemográficas.

## **II. ANTECEDENTES.**

## II. ANTECEDENTES.

Simonnet H et al (11), tuvieron por objetivo evaluar el conocimiento de los padres sobre el llanto del bebé y su capacidad para manejar el llanto. El estudio cuasi – experimental de tipo ensayo comunitario encuestó a 266 padres, los resultados previos a la intervención fueron que el 27% de las madres y el 36% de los padres nunca habían oído hablar del TCEM, el 27% de las madres y el 29% de los padres no sabían que un niño normal puede llorar hasta 2 horas al día, alrededor de la tercera parte de los padres creían que podrían sacudir al bebé a manera de juego, más de la mitad de los padres pensaron que agitar es peligroso; sin embargo, sólo alrededor del 20% creían que sacudir a un bebé era más peligroso que una caída de la cuna. En cuanto a su actitud frente al llanto incontrolable del bebé, sólo el 30% de las madres y el 28% de los padres dijeron que colocarían al bebé en su cama, mientras que el 32% de los padres y el 28% de las madres dijeron que mantendrían al bebé en sus brazos.

Amandeep KM, et al (12), hicieron un estudio para evaluar la actual comprensión de los padres del SBS e identificar su conocimiento. Para ello realizaron una evaluación prospectiva en las maternidades independientes de dos hospitales, durante un período de 4 meses a 233 padres. Se obtuvo como resultado: 62(54%) y 60 (50%) de padres en ambos hospitales nunca habían oído hablar del SBS y el 100% y 99,2% de los mismos, querían más información, independientemente de si tenían conocimiento previo.

Lopes NRL et al (13), realizaron un estudio para investigar el conocimiento de los padres sobre el llanto del bebé, las estrategias para lidiar con el llanto y las consecuencias de sacudir al bebé. De un total de 90 padres de recién nacidos, el 84,1% contestó que el llanto dependía de las condiciones del bebé, principalmente por hambre o dolor. Con respecto a las actitudes frente al llanto del bebé, el 100% cambiaría el pañal, y en relación con las estrategias negativas, el 1,1% gritaría al bebé y le daría nalgadas y el 34,4% lo sacudiría para intentar calmarlo. Respecto a las consecuencias graves de sacudir a un bebé, el 65,6% creía que puede llegar a la muerte del bebé, pero el 23,3% manifestó que una consecuencia también podría ser que el bebé se calme.

Para esta intervención utilizaron el instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê*, elaborado en Australia (2010) que fue traducido y adaptado al portugués realizando un estudio piloto con 52 estudiantes universitarios y profesionales de la salud y educación, aplicando el cuestionario antes y después de una conferencia sobre el SBS y la exhibición de un video desarrollado por el mismo equipo australiano del programa The Shaken Baby Prevention Project.

Antonietti J et al (14), realizaron un estudio retrospectivo – descriptivo, donde evaluaron el estado clínico, condiciones de vida de niños que fueron víctima del SBS. De los 80 bebés que calificaron para el estudio, 10 pacientes tuvieron chequeo neuropediátrico anual, 37 pacientes tuvieron chequeo neuropediátrico anual durante los dos primeros años, 12 pacientes seguían su chequeo después de los 6 años de edad, en 24 pacientes se encontró un examen neurológico anormal con cuadriplejía espástica y déficit intelectual grave, lo que llevó a la dependencia total en la mitad de los casos, y 44 pacientes tuvieron un examen neurológico normal. Concluyeron que el seguimiento médico a largo plazo para los niños que han sufrido lesiones graves por las sacudidas, es inadecuado.

Duszinski SV et al (15), realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento y la intención de las madres de los recién nacidos, de compartir mensajes sobre el Programa de Prevención del SBS *PURPLE Crying* en una población de habla hispana. El estudio retrospectivo que consistió en completar una encuesta posterior a la intervención educativa en la unidad perinatal de un hospital comunitario, donde el 86.4% de los participantes respondieron las 6 preguntas de conocimientos correctamente. El 44.1% afirmó que había compartido la información a otra persona y el 100% manifestaban que tenían la intención de compartirla con sus parejas. Concluyen que los resultados del programa *PURPLE Crying* para la prevención del SBS fueron positivos en el conocimiento y comportamiento previsto de la mayoría de participantes hispanohablantes.

Fraser JA et al (16), tuvieron por objetivo realizar una intervención diseñada a mejorar la identificación y respuesta del SBS en un hospital pediátrico en Vietnam. Participaron 116 profesionales de la salud (médicos y enfermeras

pediátricos) que completaron un programa de capacitación clínica, llenando un cuestionario antes del entrenamiento, 6 semanas y 6 meses después. Se encontró una mayor conciencia sobre el SBS y las posibles consecuencias de sacudir al bebé después de la intervención educativa, además de haber adquirido técnicas para informar a los padres cómo manejar al bebé que lloraba. Concluyendo que la intervención fue efectiva para crear conciencia sobre el SBS y sus consecuencias entre los profesionales de salud que participaron en Vietnam.

Isumi A et al (17), realizaron un estudio que tuvo por objetivo investigar la asociación entre otras exposiciones adversas infantiles: *Adverse Childhood Exposures* (ACE), diferentes del llanto infantil, con las sacudidas y asfixia a los bebés. Se administró un cuestionario a 4 297 cuidadores en una ciudad de Japón para evaluar sus ACE (muerte de los padres, divorcio de los padres, padres con enfermedades mentales, testigos de violencia de pareja, abuso físico, negligencia, abuso psicológico y dificultades económicas) y sacudir y asfixiar a sus bebés. Un total de 28.3% informó haber experimentado un ACE durante su infancia. El número total de ACE no se asoció a sacudidas o asfixia. Concluyen que las sacudidas o la asfixia hacia los bebés en respuesta al llanto pueden ocurrir independientes de los ACE.

Morales Quintero et al (18), tuvieron por objetivo determinar el efecto de una intervención educativa para evitar que los cuidadores de niños menores de dos años practiquen las sacudidas para calmar el llanto o como juego. El estudio evaluativo – cuantitativo realizado a 60 cuidadores se les aplicó un cuestionario sobre conocimientos y comportamiento sobre el SBS antes y después de la intervención. Los resultados demostrados un cambio en el 84.5% en los conocimientos y un 26% en las actitudes. Lo que concluyen con que las estrategias educativas dirigidas a los cuidadores aumentan sus conocimientos y actitudes en relación al cuidado del bebé.

Zolotor AJ et al (19), tuvieron por objetivo evaluar la efectividad de un programa de prevención de SBS universal en todo el estado de California del Norte. Realizaron una comparación de la intervención previa y posterior a la intervención PURPLE *Crying*, en 405 060 padres de recién nacidos, mediante

llamadas telefónicas de la línea de asesoramiento de enfermería sobre el llanto del bebé. Resultó que las llamadas telefónicas de los padres a la línea de asesoramiento de enfermería para el llanto, disminuyeron en un 20% para los niños menores de 3 meses y en 12% para niños de 3 a 12 meses de edad, aunque no hubo reducción en la tasa de SBS a nivel estatal (tasa media de 34.01 personas/ año antes de la intervención y 36.04 personas/ año después de la intervención). Concluyen con que el estudio fue factible y apoyó en parte en la efectividad del programa, pero se necesitan más programas estratégicos y evaluaciones para demostrar un efecto en las tasas de SBS.

Tolliday Fran et al (20), desarrollaron una estrategia de educación basada en un audiovisual para informar a los padres, cuidadores, educadores de salud perinatal y demás interesados sobre los peligros de sacudir a un bebé combinado con el conocimiento sobre estrategias positivas y seguras frente al llanto del bebé. Participaron del cuestionario 180 padres y participantes profesionales, antes y después de la intervención educativa. Los resultados indicaron que las atribuciones de los participantes sobre las razones del llanto del bebé y su conocimiento sobre las consecuencias de las sacudidas cambiaron significativamente, que se mantuvo durante los 3 meses de seguimiento. Que ahora dicho programa se utiliza en entornos clínicos, médicos y universitarios en todo el mundo.

### **III. BASE TEÓRICA.**

### III. BASE TEÓRICA.

El llanto es un medio importante en la comunicación de los bebés, especialmente de los recién nacidos, asegurando la supervivencia, la salud y el desarrollo del infante y no siempre por cólico o enfermedad (3). En el primer mes hay un incremento en el número de horas de llanto del bebé por semana, alcanzando un pico en el segundo mes y una disminución y estabilidad al terminar el cuarto o quinto mes de vida. La mayoría de estos ataques de llanto son inesperados e impredecibles, que no se relacionan con la alimentación o pañales mojados, con un inicio y fin sin causa aparente, de forma inconsolable o resistente a calmarse, que parece estar sufriendo incluso cuando no lo es y tienen una duración de 40 minutos en promedio, llegando hasta 2 a 2,5 horas, en cualquier momento del día, por lo general de tarde a noche. En los meses posteriores este se convierte en más intencional y está más relacionado con los eventos ambientales (1–3,12,13).

La frustración y la ira de no controlar el llanto de su bebé generan la desafortunada respuesta de sacudirlos violentamente. El hecho de que se calme el llanto del bebé al sacudirlo, incrementa la probabilidad de repetir esta respuesta de los cuidadores, porque tuvo éxito la primera vez, a diferencia de lo que sucede al realizar otras alternativas de maltrato que por el contrario podrían aumentar su llanto (1,2). Sin embargo esta acción es el desencadenante de los peores casos de Síndrome de Bebé Sacudido (SBS), el 80% de las víctimas que sobreviven tienen una morbilidad a largo plazo significativa por lesiones cerebrales (1,3).

En el año 2012 el “Centers for Disease Control And Prevention Of The United States” (CDC) definió el SBS como lesión craneal o del contenido intracraneal debido a una sacudida violenta o impacto abrupto intencional en niños menores de 5 años, excluyendo las lesiones no intencionales causadas por negligencia, arma de fuego o arma blanca o trauma penetrante (1,3), con una frecuencia aproximada de 2 a 4 veces por segundo, durante 5 a 20 segundos, con movimientos en el plano anteroposterior de tipo latigazo cervical repetitivos de flexión – extensión con o sin rotación de la cabeza y el cuello, sosteniéndose a la víctima por el tórax (7). La American Academy of Pediatrics (AAP) considera

que las sacudidas en el SBS son tan violentas, que cualquier individuo la puede reconocer como peligroso y potencialmente mortales (7).

Existen pocos estudios epidemiológicos basados en la población que precise la frecuencia de esta patología, lo cual podría deberse a que existe número de casos "benignos" desconocidos, o no siempre se diagnostican cuando ocurren y sus secuelas probablemente rara vez están vinculadas a su causa inicial (21). Los factores de riesgo que interactúan y conducen al SBS, se agrupan en: a) factores relacionados con el bebé, incluyéndose el patrón de llanto infantil y la ansiedad de separación de su cuidador, siendo los niños varones más propensos a sufrir fracturas, la mayoría de víctimas menores de 2 años y los niños prematuros y de raza negra tienen mayor riesgo de mortalidad, b) factores situacionales como estrés, el estatus social, dificultad durante el embarazo o embarazo no deseado, aislamiento familiar, falta de apoyo socioeconómico a la comunidad, disminución del autoestima, depresión, antecedentes de intentos de suicidio, participación en actividades criminales y c) factores relacionados con el cuidador como la falta de conocimiento y experiencia en el cuidado de los niños, antecedentes de maltrato en su niñez, factores psicopatológicos y frustración (3,5). Cabe mencionar que ninguno de estos factores de riesgo son reproducibles ni susceptibles de ser modificables, por lo que la prevención es difícil y limitada; con excepción del llanto infantil que es el desencadenante del acto violento de sacudirlo (3,11), específicamente la respuesta de los padres o del cuidador al llanto, convirtiéndose en un factor importante y potencialmente modificable en la educación sobre el llanto normal del bebé (1,22).

El SBS generalmente se caracteriza por la presencia de la triada: "hematoma subdural, hemorragia retiniana y edema cerebral", aunque el maltrato no siempre es la causa (3,6,7). El hematoma subdural es el principal signo encontrado en los bebés que han sufrido el TCEM, aproximadamente entre el 83% a 90% de los casos. La hemorragia retiniana le sigue en importancia con un hallazgo de 74% a 80%. Sin embargo, no todas las víctimas presentan esta tríada (2). Las lesiones primarias incluyen hemorragias epidurales, subdurales, subaracnoideas, intraventriculares, contusiones corticales, lesión axonal difusa,

hematomas intraparenquimatosos y fractura de cráneo, mientras que las lesiones secundarias incluyen inflamación difusa cerebral, hernia, infarto, infección e hidrocefalia (5,7,23).

Aunque se sabe desde hace décadas que las víctimas del SBS sufren daño cerebral que puede ser lo suficientemente grave como para causar la muerte en estos bebés, la naturaleza intrínseca de este daño cerebral sigue siendo enigmática, sin embargo existen estudios que concluyen en sus hallazgos que la encefalopatía en el SBS es debida a una lesión hipóxico-isquémico probablemente como resultado de un paro respiratorio debido al daño local en el patrón central del tronco cerebral. Se sugiere que la lesión por hiperextensión del cuello durante un temblor violento le causa daño al patrón central de la respiración lo que provoca un colapso respiratorio repentino que desemboca en la lesión cerebral hipóxica isquémica (6).

Las consecuencias inmediatas de injuria cerebral son convulsiones, irritabilidad, letargo, disminución del tono muscular, postura rígida, disminución de reflejos, mala succión y deglución, desigualdad del diámetro de las pupilas. Incluso puede simular síntomas de infección respiratoria, infección gastrointestinal. Las consecuencias a largo plazo incluyen problemas de aprendizaje y deterioro cognitivo, dificultad en la visión, audición y habla, discapacidades físicas, convulsiones y muerte (1,3,7).

En países de habla hispana existen escasos estudios sobre el tema y no se encontró estudios sobre percepciones y actitudes de los padres en SBS, mientras que en la literatura inglesa existen múltiples estudios, principalmente intervenciones de tipo educativo – preventivo en su población. Por ende, una encuesta en inglés que sea traducida y validada al español, será necesaria para la medición en nuestro contexto sociocultural, que permitirá evaluar caracteres subjetivos propios de nuestra población, orientar las acciones de atención, promoción y prevención de la salud (24,25).

El sacudir violentamente podría generar daño cerebral severo causando hemorragias subdural o subaracnoidea, con síntomas neurológicos como convulsiones, trastorno de conciencia, entumecimiento o graves consecuencias

a largo plazo como ceguera parcial o total, pérdida auditiva, problemas con el desarrollo motriz, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, discapacidad intelectual, retraso o discapacidad del habla, incluso producir un estado vegetativo en el infante. Por ello es necesario prestar atención a la conducta de agitación o sacudida que realizan los cuidadores al pretender calmar el llanto de los bebés que puede alcanzar una tasa extremadamente alta del 25% de mortalidad en la infancia (3,26).

Los niños víctimas del SBS además de las terribles consecuencias que pueden presentar como discapacidad física o mental o incluso la muerte, también tienen un impacto económico en el gobierno y la sociedad, porque representan un elevado costo hospitalario y durante la vida de cada niño para asegurar su calidad de vida. Por ejemplo, en Nueva Zelanda, los costos totales durante toda la vida de cada niño que sufre de SBS equivalen a \$ 796 591,76 (3).

Por ello debemos enfatizar en la enseñanza de saber identificar el llanto del bebé correctamente, esto conlleva a la comprensión del tiempo de aparición, circunstancias y potencia del llanto, así como la autorregulación emocional y la tolerancia del mismo, mejorando la respuesta y la actitud de los cuidadores en las estrategias para su manejo (3,26).

Los resultados de este estudio nos ayudaran a identificar el porcentaje de cuidadores que desconocen las graves consecuencias del SBS y las características sociodemográficas de los mismos, con mayor riesgo de producir este tipo de maltrato para el desarrollo de medidas preventivas del maltrato infantil, principalmente con el fin de desarrollar programas que eduquen a la población, de ser necesario.

## **IV. MATERIALES Y MÉTODOS.**

## IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

### PRIMERA FASE

Se validó el instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê* mediante traducción del portugués al español para medir percepciones y actitudes de los padres sobre el llanto infantil y consecuencias de sacudir al bebé (Anexo 3). La población constó de todos los cuidadores que acuden al servicio CRED en un establecimiento de primer nivel de atención de la provincia de Chiclayo. Debido a que el cuestionario *Questionário sobre o Choro do Bebê* constituyó de 60 preguntas, la muestra elegida fue 60 cuidadores (1 personas por pregunta), que acudieron al servicio CRED; originando un instrumento final con alta comprensibilidad y aceptable confiabilidad (27).

### SEGUNDA FASE.

#### 1. Tipo y diseño de estudio.

Descriptivo, observacional y transversal.

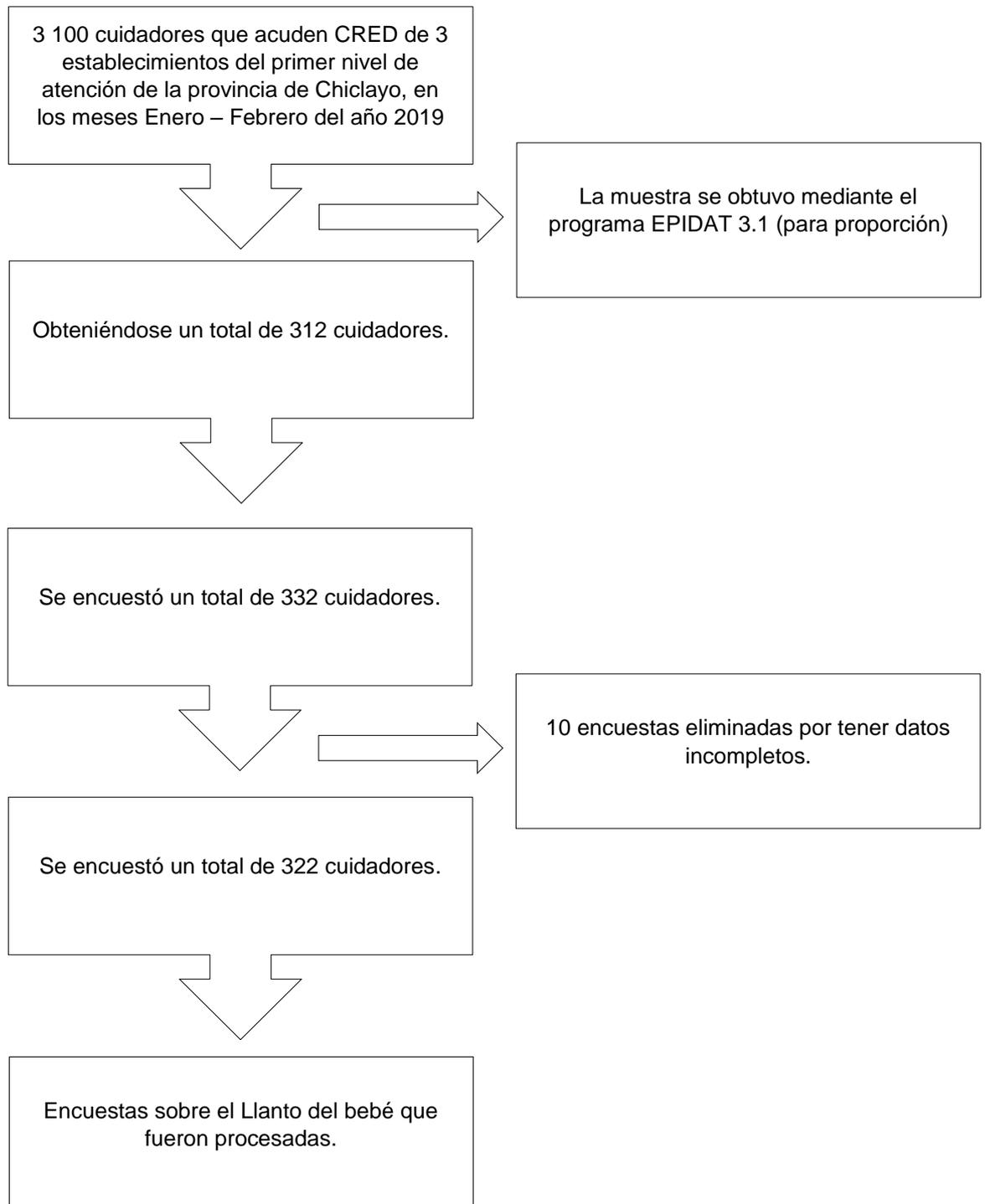
#### 2. Población y muestra.

La población del presente estudio está conformada por 3 100 cuidadores de los niños menores de 5 años que acuden a la consulta de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de 3 establecimientos del primer nivel de atención de la provincia de Chiclayo: Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Centro de Salud José Olaya y Centro de Salud EL Bosque, en los meses Enero – Febrero del año 2019.

La muestra se obtuvo mediante el programa EPIDAT 3.1 (para proporción), con un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada de 34,4% (valor encontrado en el estudio realizado en Brasil, que representa al número de padres que sacudirían a su bebé para intentar calmarlo) y una precisión absoluta del 5%, obteniendo un total de 312 cuidadores.

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, para lo cual, se recolectó los datos de la muestra elegida en los 3 establecimientos de salud, en los turnos mañana y tarde, hasta completar la muestra determinada. Se excluyó a los cuidadores que acudieron 2 o más veces a control CRED durante el periodo en que se recolectó los datos de este estudio y ya hayan participado 1 vez del mismo.

## FLUJOGRAMA PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA



### **3. Técnicas de recolección de datos, validez de instrumentos, equipos y materiales.**

#### **INSTRUMENTO.**

La primera parte del instrumento *Cuestionario sobre el llanto del bebé*, investiga sobre las características sociodemográficas de los padres y los conocimientos sobre las consecuencias de sacudirlo y el número de horas que puede llorar un bebé.

La segunda parte indaga las actitudes de los cuidadores en las estrategias para lidiar con el llanto, las razones que producen el llanto infantil y los sentimientos asociados al cuidado del bebé.

### **4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Microsoft Excel 2013 y procesados estadísticamente con el programa STATA versión 14. Los datos cuantitativos fueron resumidos como medias y desviaciones estándar previa verificación de la distribución normal de las variables. Los datos cualitativos fueron resumidos como proporciones y porcentajes.

### **5. Aspectos éticos.**

El presente estudio se ajusta a los principios éticos científicos. Se solicitó la autorización de los directores de cada establecimiento de salud, enviándoles una solicitud y adjuntándoles el proyecto y la firma del consentimiento informado de los o cuidadores constatando así su aceptación voluntaria de participar, protegiendo su confidencialidad mediante el anonimato.

Además proporcionaremos material informativo y charlas a los padres acerca del llanto del bebé, las consecuencias de sacudirlo y estrategias que podrían calmarlo, incidiendo en la prevención del traumatismo craneoencefálico por maltrato.

## **V. RESULTADOS.**

## V. RESULTADOS.

La mediana de la edad de los cuidadores fue de 27,25 años, con un rango intercuartílico entre 21 a 32 años.

**Tabla N° 01. Características sociodemográficas de los cuidadores de niños menores de 5 años. Chiclayo 2019.**

	N° de cuidadores	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	11	3.42
Femenino	311	96.58
<b>Estado civil</b>		
Soltero (a)	33	10.25
Casado (a)	60	18.63
Divorciado (a)	21	6.52
Viudo (a)	2	0.62
Conviviente	206	63.97
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto	7	2.17
Medio	32	9.94
Bajo Superior	136	42.24
Bajo Inferior	139	43.17
Marginal	8	2.48
<b>Relación con el bebé</b>		
Madre/ Padre	304	94.41
Hermana / Hermano	6	1.86
Abuelo/ Abuela	10	3.11
Tía/ Tío	2	0.62
Cuidador	0	0.00
<b>¿Cuántos bebés cuida?</b>		
1 bebé	243	75.47
2 bebés	74	22.98
3 bebés	5	1.55
<b>¿Ha cuidado otros bebés?</b>		
Sí	202	62.73
No	120	37.27
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

En la Tabla N° 01 se evidencia que el 82.6% de los cuidadores tienen pareja, el 100% de los cuidadores fueron familiares del bebé, de los cuales más del 50% tenían experiencia cuidando bebés.

**Tabla N° 02. Porcentajes de respuesta para cada ítem del cuestionario sobre las razones del llanto del bebé.**

	<b>Totalmente de acuerdo</b> n (%)	<b>De acuerdo</b> n (%)	<b>No sé</b> n (%)	<b>Desacuerdo</b> n (%)	<b>Totalmente desacuerdo</b> n (%)
<b>Características de la personalidad del bebé</b>					
<b>El bebé es mimado</b>	55 (17.08)	135 (41.93)	44 (13.66)	79 (24.53)	9 (2.9)
<b>El bebé se comporta mal</b>	45 (13.98)	119 (36.96)	43 (13.35)	98 (30.43)	17 (5.28)
<b>El bebé es malcriado</b>	47 (14.6)	121 (37.58)	43 (13.35)	97 (30.12)	14 (4.35)
<b>El bebé está muy exigente</b>	39 (12.11)	121 (37.58)	39 (12.11)	112 (34.78)	11 (3.42)
<b>El bebé es terco</b>	51 (15.84)	120 (37.27)	50 (15.53)	87 (27.02)	14 (4.35)
<b>El bebé está impaciente</b>	42 (13.04)	147 (45.65)	48 (14.91)	79 (24.53)	6 (1.86)
<b>Condiciones del bebé</b>					
<b>El bebé está enfermo</b>	156 (48.45)	141 (43.79)	4 (1.24)	17 (5.28)	4 (1.24)
<b>El bebé está cansado</b>	58 (18.01)	132 (40.99)	32 (9.94)	92 (28.57)	8 (2.48)
<b>El bebé tiene hambre</b>	193 (59.94)	118 (36.65)	3 (0.93)	6 (1.86)	2 (0.62)
<b>El bebé está con el pañal sucio</b>	175 (54.35)	135 (41.93)	2 (0.62)	7 (2.17)	3 (0.93)
<b>El bebé tiene dolor</b>	194 (60.25)	120 (37.27)	2 (0.62)	6 (1.86)	0
<b>La leche del biberón del bebé no está en punto</b>	65 (20.19)	118 (36.65)	59 (18.32)	73 (22.67)	7 (2.17)
<b>El bebé está aburrido</b>	96 (29.81)	191 (59.32)	9 (2.8)	24 (7.45)	23 (0.62)
<b>El bebé está triste</b>	47 (14.6)	139 (43.17)	49 (15.22)	78 (24.22)	9 (2.8)
<b>El bebé está reclamando algo</b>	72 (22.36)	163 (50.62)	26 (8.07)	53 (16.46)	8 (37.27)
<b>El bebé quiere que lo mezan en los brazos</b>	67(20.81)	184 (57.14)	12 (3.73)	50 (15.53)	9 (2.8)
<b>Condiciones del cuidador o del medio ambiente</b>					
<b>Quien cuida al bebé está estresado</b>	n: número de cuidadores			1 (25.47)	11 (3.42)
<b>El ambiente es ruidoso</b>	46 (14.29)	159 (49.38)	21 (6.52)	81 (25.16)	15 (4.66)
<b>Patrón del llanto del bebé</b>					
<b>Es natural que llore</b>	84 (26.09)	137 (42.55)	12 (3.73)	67 (20.81)	22 (6.83)
<b>Los bebés lloran sin motivo</b>	15 (4.66)	52 (16.15)	21 (6.52)	178 (55.28)	56 (17.39)

Tabla N° 03. Respuestas para cada ítem del cuestionario sobre actitudes para lidiar con el llanto del bebé

	Nunca lo haría n (%)	Probablemente no lo haría n (%)	No sé n (%)	Probablemente lo haría n (%)	Definitivamente lo haría n (%)
<b>Actitudes relacionadas a la satisfacción de las necesidades básicas del bebé.</b>					
Alimentar de nuevo al bebe	16 (4.97)	28 (8.7)	13 (4.04)	174 (54.04)	91 (28.26)
Cambiaría de pañal	2 (0.62)	4 (1.24)	3 (0.93)	182 (56.52)	131 (40.68)
Le cambiaría de ropa	4 (1.24)	26 (8.07)	11 (3.42)	179 (55.59)	102 (31.68)
<b>Actitudes relacionadas al bebé</b>					
Abrazaría al bebe	2 (0.62)	2 (0.62)	1 (0.31)	128 (39.75)	189 (58.7)
Le haría un masaje al bebe	5 (1.55)	6 (1.86)	11 (3.42)	172 (53.42)	128 (39.75)
Le daría un chupón al bebé	116 (36.02)	106 (32.92)	16 (4.97)	59 (18.32)	25 (7.76)
Darí­a protección al bebé con el cuerpo	6 (1.86)	3 (0.93)	10 (3.11)	153 (47.52)	150 (46.58)
Distraería al bebé con juguetes	1 (0.31)	4 (1.24)	1 (0.31)	157 (48.76)	159 (49.38)
Llevaría al bebé para paseo al aire libre	4 (1.24)	12 (3.73)	4 (1.24)	167 (51.86)	135 (41.93)
Cantaría una canción para el bebé	4 (1.24)	7 (2.17)	3 (0.93)	171 (53.11)	137 (42.55)
Arrullaría al bebé	5 (1.55)	14 (4.35)	4 (1.24)	152 (47.2)	147 (45.65)
<b>Actitudes relacionadas al medio ambiente</b>					
Colocaría al bebe en un lugar más oscuro	165 (51.24)	130 (4.37)	8 (2.48)	14 (4.35)	5 (1.55)
Colocaría música para bebe	5 (1.55)	10 (3.11)	4 (1.24)	178 (55.28)	125 (38.82)
Colocaría en un lugar más tranquilo	5 (1.55)	14 (4.35)	5 (1.55)	158 (49.07)	140 (43.48)
<b>Actitudes relacionadas al cuidador</b>					
Colocaría al bebe en la cuna	79 (24.53)	96 (29.81)	24 (7.45)	80 (24.84)	43 (13.35)
Dejaría bebé solito la saldría del cuarto para respirar	154 (47.83)	109 (33.85)	11 (3.42)	42 (13.04)	6 (1.86)
Consultaría a un pediatra	5 (1.55)	10 (3.11)	6 (1.86)	159 (49.38)	142 (44.1)
Pediría otra persona con experiencia cuide	59 (18.32)	74 (22.98)	19 (5.9)	127 (39.44)	43 (13.35)
Pediría a alguien más tranquilo que cuide al bebé	76 (23.6)	76 (23.6)	15 (4.66)	118 (36.65)	37 (11.49)
Dejaría al bebé solito en la cuna y saldría del	194 (60.25)	112 (34.78)	5 (1.55)	8 (2.48)	3 (0.93)

---

**cuarto por un tiempo para ver televisión o escuchar música.**

	<b>Actitudes negativas</b>				
<b>Le gritaría al bebe</b>	180 (55.9)	112 (34.78)	7 (2.17)	18 (5.59)	5 (1.55)
<b>Le daría una palmada en su trasero del bebe</b>	168 (52.17)	112 (34.78)	7 (2.17)	30 (9.32)	5 (1.55)
<b>Sacudiría al bebe para intentar calmarlo</b>	164 (50.93)	115 (35.71)	7 (2.17)	32 (9.94)	4 (1.24)

---

n: número de cuidadores

En la Tabla N° 02, el 68.64% de los cuidadores manifestó que es natural que los bebés lloren, el 72.67% de los cuidadores está en desacuerdo con que los bebés lloren sin motivo. Cabe resaltar que más del 90% de los cuidadores están de acuerdo que las razones del llanto del bebé sean porque esté enfermo, tenga hambre, tenga dolor y tenga el pañal sucio.

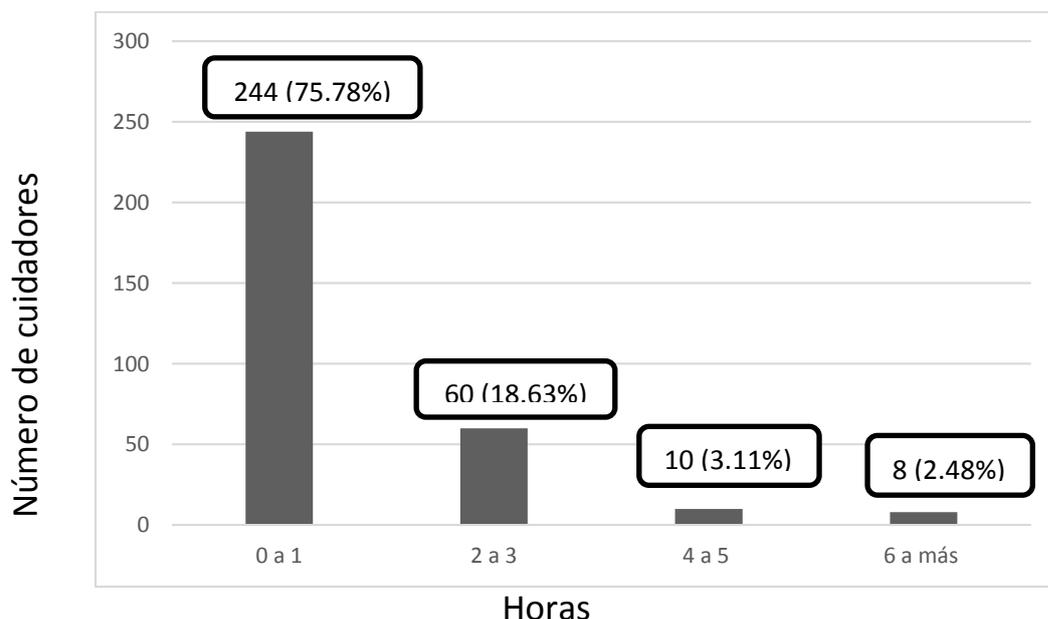
Dentro de las actitudes relacionadas a la satisfacción de las necesidades básicas del bebé (Tabla N° 03), el 97.2% respondió que le cambiaría el pañal y respecto a las demás actitudes se obtuvieron en un porcentaje considerable que fue más del 80%. Entre las actitudes relacionadas con el bebé, fueron manifestadas en más del 90% de los cuidadores, a excepción de darle chupón que manifestaron el 26.08% de ellos.

Las actitudes menos utilizadas relacionadas con el cuidador fueron: "Dejar al bebé solo y salir de la habitación por un tiempo para ver la televisión o escuchar música" (3.41%), "Dejar el bebé solo y salir de la habitación por un tiempo para respirar profundo y calmarse "(14.9%) y" Colocar al bebé en la cuna " (38.19%).

En cuanto a las estrategias relacionadas al medio ambiente, el 5.9% de los cuidadores manifestó que lo colocaría en un lugar más oscuro.

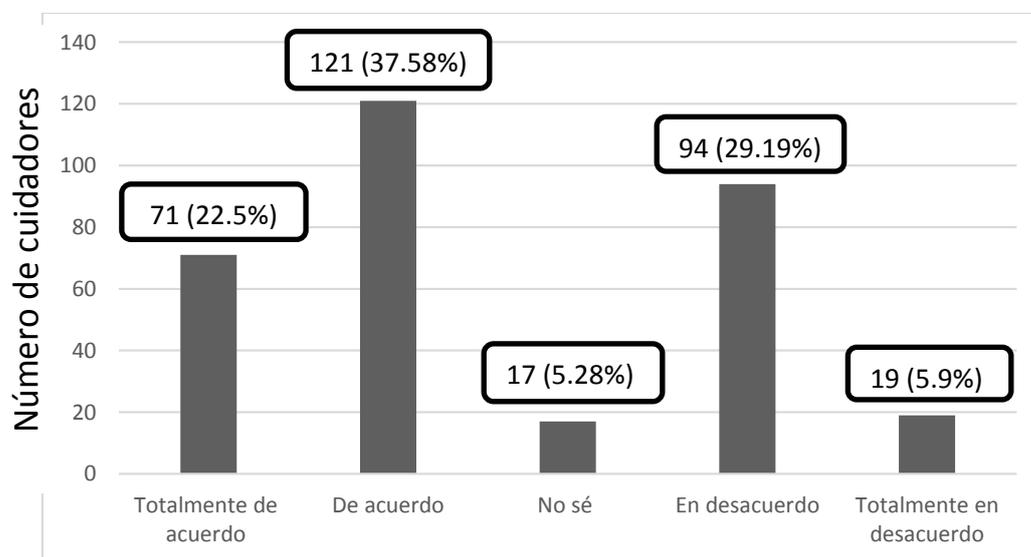
Las estrategias menos probables de ser utilizadas fueron las negativas: el 7.14% de los cuidadores manifestaron que gritarían al bebé, el 10.87% le daría palmadas en el trasero al bebé y el 11.18% manifestó que sacudiría al bebé para intentar calmarlo.

**Figura N° 01: Respuesta de los cuidadores sobre el número de horas que un bebé normal y saludable puede llorar.**



Respecto al patrón del llanto del bebé, solo el 18.63% respondió que el número de horas por día normalmente es de 2-3 horas.

**Figura N° 02. Respuesta de los cuidadores sobre lo cansado y agotador que puede ser cuidar a un bebé.**



El 60.08% de los cuidadores están de acuerdo con que el cuidar al bebé puede ser cansado y estresante y el 35.09% están en desacuerdo con este argumento.

**Tabla N° 04. Consecuencias de sacudir a un bebé.**

	<b>Sí n(%)</b>	<b>No n(%)</b>	<b>No sé n(%)</b>
<b>Consecuencias no graves</b>			
El bebé puede vomitar	303 (94.1)	7 (2.17)	12 (3.73)
El bebé no podrá conseguir alimentarse	144 (44.72)	89 (27.64)	89 (27.64)
El bebé puede ponerse más nervioso	292 (90.68)	16 (4.97)	14 (4.35)
El bebé puede llorar más	290 (90.06)	8 (2.48)	24 (7.45)
<b>Consecuencias inadecuadas</b>			
Nada	24 (7.48)	248 (77.26)	49 (15.26)
El bebé puede calmarse	37 (11.49)	256 (79.5)	29 (9.01)
<b>Consecuencias graves</b>			
En el futuro el bebé puede tener problemas para aprender	215 (66.77)	29 (9.01)	78 (24.22)
Puede tener problemas para hablar	177 (54.97)	39 (12.11)	106 (32.92)
El bebé puede desarrollar deficiencia física	153 (47.52)	59 (18.32)	110 (34.16)
El bebé puede desarrollar deficiencia mental	174 (54.04)	56 (17.39)	92 (28.57)
Puede desarrollar ceguera	115 (35.71)	85 (26.4)	122 (37.89)
Puede tener trastornos físicos	167 (51.86)	53 (16.46)	102 (31.68)
Paro cardíaco	123 (38.2)	75 (23.29)	124 (38.51)
El bebé puede tener convulsiones	164 (50.93)	60 (18.63)	98 (30.43)
El bebé puede morir	194 (60.25)	47 (14.6)	81 (25.16)

n: número de cuidadores

Cabe recalcar que las respuestas sobre las consecuencias de sacudir a un bebé con más del 90% fueron que el bebé puede vomitar, ponerse más nervioso y llorar más. Mientras que en las preguntas sobre puede calmarse y que pase nada, más del 75% identificó que no son consecuencias de sacudirlo.

En la asociación entre las variables sociodemográficas y sacudir al bebé, los que no sacudirían a los bebés tienen una mediana de edad mayor (27.45 años) que los que lo sacudirían (25.66 años), con un RP 0.96, p 0.198, IC 95%= 0.92 – 1.01.

**Tabla N° 05. Asociación entre las variables sociodemográficas y sacudir al bebé**

<b>Encontramos que 11,18% (36) probablemente sacudiría al bebé</b>					
	<b>Si sacudiría</b>	<b>No sacudiría</b>	<b>RP</b>	<b>p</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Sexo</b>					
<b>Masculino</b>	0 (0%)	11 (100%)			
<b>Femenino</b>	36 (11,58%)	275 (88,42%)	NA		
<b>Estado civil</b>					
<b>Con pareja</b>	31 (11,7%)	234 (88,3%)	1,05	0,526	0,91 a 1,21
<b>Sin pareja</b>	5 (8,77%)	52 (91,23%)	1		
<b>Relación con el bebé</b>					
<b>Padre/Madre</b>	35 (11,51%)	269 (88,49%)	1,03	0,435	0,97 a 1,10
<b>Otra relación</b>	1 (5,56%)	17 (94,44%)	1		
<b>Ha cuidado otros bebés antes</b>					
<b>SI</b>	22 (10,95%)	179 (89,05%)	0,97	0,863	0,74 a 1,28
<b>No</b>	14 (11,57%)	107 (88,43%)	1		
<b>Le gritaría al bebé</b>					
<b>SI</b>	3 (13,04%)	20 (86,96%)	1,19	0,768	0,37 a 3,81
<b>No</b>	33 (11,04%)	266 (88,96%)	1		
<b>Nivel socioeconómico</b>					
<b>Alto</b>	0	7 (100%)	1		
<b>Medio</b>	2 (6,25%)	30 (93,75%)	0,21	0,499	0,51 a 4,83
<b>Bajo superior</b>	15 (11,03%)	121 (88,97%)			
<b>Bajo inferior</b>	17 (12,23%)	122 (87,77%)			
<b>Marginal</b>	2 (25%)	6 (75%)			

Los cuidadores con pareja tienen similar probabilidad de sacudir al bebé que los que no tienen pareja.

Los que han cuidado otros bebés antes, tienen similar probabilidad de sacudir al bebé que los que no.

Los cuidadores que respondieron que gritarían al bebé tienen 0.19 veces más probabilidad de sacudir al bebé.

**TABLA N° 06. Asociación entre sacudir al bebé y sus consecuencias**

	Sacudiría al bebe				
Puede ocasionarle al bebe:	Si sacudiría	No sacudiría	RP	p	IC 95%
Nada (Si)	4 (16,67%)	20 (83,33%)	1,97	0,184	0,73 a 5,32
Nada (No)	21 (8,47%)	227 (91,53%)	1		
El bebé puede vomitar (Si)	28 (9,24%)	275 (90,76%)	<b>0,91</b>	<b>0,02</b>	<b>0,81 a 1,02</b>
El bebé puede vomitar (No)	3 (42,86%)	4 (57,14%)	<b>1</b>		
El bebé no podrá conseguir alimentarse (Si)	15 (10,42%)	129 (89,58%)	0,81	0,232	0,56 a 1,36
El bebé no podrá conseguir alimentarse (No)	14 (15,73%)	75 (84,27%)	1		
El bebé puede ponerse más nervioso (Si)	32 (10,96%)	260 (89,04%)	0,84	0,99	0,90 a 1,08
El bebé puede ponerse más nervioso (No)	2 (12,5%)	14 (87,5%)	1		
En el futuro el bebé puede tener problemas para aprender (Si)	18 (8,37%)	197 (91,63%)	<b>0,76</b>	<b>0,001</b>	<b>0,59 a 0,99</b>
En el futuro el bebé puede tener problemas para aprender (No)	8 (27,59%)	21 (72,41%)	<b>1</b>		
El bebé puede calmarse (Si)	12 (32,4%)	25 (67,57%)	<b>4,92</b>	<b>0,001</b>	<b>2,82 a 8,61</b>
El bebé puede calmarse (No)	14 (5,47%)	242 (94,53%)	<b>1</b>		
Puede tener problemas para hablar (Si)	15 (8,47%)	162 (91,53%)	<b>0,74</b>	<b>0,008</b>	<b>0,54 a 1,01</b>
Puede tener problemas para hablar (No)	9 (23,08%)	30 (76,92%)	<b>1</b>		
El bebé puede desarrollar deficiencia física (Si)	11 (7,19%)	142 (92,81%)	<b>0,66</b>	<b>0,018</b>	<b>0,43 a 1,02</b>
El bebé puede desarrollar deficiencia física (No)	11 (18,64%)	48 (81,36%)	<b>1</b>		
El bebé puede desarrollar deficiencia mental (Si)	12 (6,9%)	162 (93,1%)	<b>0,63</b>	<b>0,002</b>	<b>0,42 a 0,95</b>
El bebé puede desarrollar deficiencia mental (No)	12 (21,43%)	44 (78,57%)	<b>1</b>		
Puede desarrollar ceguera (Si)	10 (8,7%)	105 (91,3%)	0,66	0,058	0,40 a 1,09
Puede desarrollar ceguera (No)	15 (17,65%)	70 (82,35%)	1		
Puede tener trastornos físicos y mentales (Si)	10 (5,99%)	157 (94,01%)	<b>0,54</b>	<b>0,001</b>	<b>0,34 a 0,87</b>
Puede tener trastornos físicos y mentales (No)	13 (24,53%)	40 (75,47%)	<b>1</b>		
Paro cardiaco (Si)	10 (8,13%)	113 (91,87%)	<b>0,67</b>	<b>0,0049</b>	0,41 a 1,08
Paro cardiaco (No)	13 (17,33%)	62 (82,67%)	<b>1</b>		
El bebé puede tener convulsiones (Si)	14 (8,54%)	150 (91,46%)	<b>0,77</b>	<b>0,081</b>	0,54 a 1,11
El bebé puede tener convulsiones (No)	10 (16,67%)	50 (83,33%)	<b>1</b>		
El bebé puede morir (Si)	16 (8,25%)	178 (91,75%)	<b>0,74</b>	<b>0,009</b>	<b>0,54 a 1,01</b>
El bebé puede morir (No)	10 (21,28%)	37 (78,72%)	<b>1</b>		
El bebé puede llorar más (Si)	26 (8,97%)	264 (91,03%)	<b>0,91</b>	<b>0,007</b>	<b>0,80 a 1,03</b>
El bebé puede llorar más (No)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	<b>1</b>		

Los cuidadores que respondieron que al ser sacudidos los bebés, pueden vomitar, tienen el 19% menos la probabilidad de sacudir al bebé frente a quien no creen que puede vomitar.

Los que creen que en el futuro el bebé puede tener problemas para aprender, tienen 24% menos la probabilidad de sacudirlo frente a los que no lo creen.

Los que creen que puede calmarse tienen 3.92 veces más la probabilidad de sacudir al bebé frente a los que no creen que puede calmarse.

Los que contestaron que el bebé puede morir tienen el 67% menos la probabilidad de sacudirlo frente a los que no contestaron que pueda morir.

Los que creen que en el futuro el bebé puede tener problemas para hablar, tienen 26% menos la probabilidad de sacudirlo frente a los que no lo creen.

Los que creen que pueden desarrollar trastornos físicos y mentales, tienen el 46% menos la probabilidad de sacudir al bebé frente a quien no creen que la puedan desarrollar.

Los que creen que pueden tener paro cardíaco, tienen 33% menos la probabilidad de sacudirlo frente a los que no lo creen.

Los que contestaron que pueden tener convulsiones, tienen el 23% menos la probabilidad de sacudir al bebé frente a quien contestaron lo contrario.

Los que creen que el bebé puede morir, tienen 26% menos la probabilidad de sacudirlo frente a los que no lo creen.

Los que contestaron que pueden llorar más, tienen el 19% menos la probabilidad de sacudir al bebé frente a quien contestaron lo contrario.

## **VI. DISCUSIÓN.**

## VI. DISCUSIÓN.

Existen diferentes situaciones que propician la aparición del SBS, que son: familias monoparentales, madres con edad menor de 18 – 21 años, bajo nivel de educación, que no recibieron atención prenatal y bajo nivel socioeconómico. Los niños que viven con adultos que no tienen como relación familiar ser los progenitores, tienen un riesgo de 50 veces más de morir por lesiones inflingidas; además, los padres (varones) son los principales responsables y más comunes de ocasionar el SBS, seguido de los padrastros y niñeras (3,8,28). Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos asociación entre las características sociodemográficas con los conocimientos y actitudes del SBS, puede deberse a que el 100% de los encuestados fueron familiares y la gran mayoría fueron madres, pero cabe rescatar que los que no sacudirían a los bebés tienen una mediana de edad mayor (27.45 años) que los que lo sacudirían (25.66 años), aunque no fue estadísticamente significativo, la importancia radica en que es muy probable que la experiencia por tener mayor edad influya en no sacudir al bebé.

Los rasgos de la personalidad del bebé son difíciles de modificar y pueden permanecer con él por un largo periodo o incluso hasta el final de su vida, por lo tanto la percepción de los cuidadores sobre estos factores, influye en la elección de las actitudes en su cuidado (2,13). El 53,88% de los cuidadores coincidieron que las razones de llanto del bebé se deben a las características de la personalidad del bebé siendo las más resaltantes que el bebé es mimado (59.01%), impaciente (58.69%) y terco (53.11%) siendo similar a los resultados del estudio en Brasil que fueron 55.5%, resaltando las mismas características del bebé en porcentajes de 76.7%, 76.7% y 50% respectivamente (13), que al no encontrar explicación posible al llanto, les sea más práctico atribuirlo a las características propias de bebé. Con respecto a las condiciones del bebé es importante saber la percepción de los cuidadores porque si lo identifican, su actitud estaría dirigida a satisfacer sus necesidades básicas. El 79.63% de los cuidadores estuvo de acuerdo que las razones del llanto del bebé estaba relacionado con las condiciones del bebé, sobre todo porque esté enfermo, tenga hambre, tenga dolor y esté con el pañal sucio, que concuerda con el estudio en Brasil quienes encontraron un 84.1% para el mismo ítem (13), ya

que para los cuidadores en general, identifican que la única comunicación del bebé para satisfacer sus necesidades es a través del llanto. Según las condiciones del cuidador y ambientales, el 59.94% estuvo de acuerdo que también era razones para el llanto del bebé, mientras que en Brasil fue 78.9%. Siendo importante identificar estas respuestas ya que aumenta el número de estrategias para que el cuidador pueda lidiar con el llanto, resaltando la implementación de programas educativos de autocontrol (13).

El patrón del llanto del bebé se caracteriza por picos que prevalecen en los primeros meses de vida, existiendo episodios de llanto inconsolable, inesperado e impredecible sin causa aparente, resistente a calmarse y tienen una duración de 40 minutos en promedio, llegando hasta 2 a 2,5 horas, en cualquier momento del día, por lo general de tarde a noche (1–3,12,13,29). El 68.64% de los cuidadores respondieron que es natural que los bebés lloren y el 72.67% estuvo en desacuerdo con que los bebés lloren sin motivo, mientras que en Brasil fue el 80% y el 74.4% respectivamente (13). El 81.37% de los encuestados desconocen el número de horas al día que puede llorar un bebé que difiere del resultado encontrado en Francia donde el 29% de los padres no sabían que un niño normal puede llorar hasta 2 horas al día (11), lo que refleja un riesgo de sacudida al desconocer estas características del llanto.

Según el estudio *PURPLE Crying*, sugiere 3 pautas para cuidar a un bebé que llora cuando este llanto es inconsolable y frustrante para los padres. En primer lugar, se recomienda a los padres que utilicen las respuestas típicas para calmar al bebé (arrullarlo, hablarle, cantarle, mecerlo en los brazos), en segundo lugar, si el llanto es demasiado frustrante, debe dejar al bebé en un lugar seguro y alejarse, calmarse, distraerse y luego volver a atender al bebé, y por último, por ningún motivo sacudir al bebé (2). Encontramos así que la actitud más utilizada fue la de abrazar al bebé en un 98.45% de los cuidadores y la menos utilizada fue la de dejar al bebé solo en la cuna y salir para ver televisión o escuchar música con un 3.41%. La actitud de abrazar al bebé cuando este llora afianza la relación entre el cuidador y el bebé y por tanto resulta apropiada mientras el cuidador pueda controlar emociones adversas que le provoque el llanto, sin embargo si esto no sucede así, lo ideal sería que

el cuidador esté dispuesto a pedir ayuda a alguien con más experiencia (1,29) para lo cual en esta encuesta obtuvimos un porcentaje de 52.79% o dejar al bebé en un lugar más seguro (podría ser la cuna obteniendo un porcentaje de 38.19%), mostrando así que la mayoría prefiere quedarse con el bebé, en lugar de pedir ayuda, siendo una actitud inadecuada ya que es un importante factor de riesgo para que se cometa la sacudida. El 94.1% de los cuidadores creía conveniente colocar una música para el bebé para que se calme y el 92.55% optó por colocarlo en un lugar más tranquilo, mostrándose así los cuidadores favorables a estas actitudes relacionadas al medio ambiente, las que resultan apropiadas para lidiar con el llanto, sin embargo el 95.03% manifestó que no dejaría al bebé solo en la cuna y saldría del cuarto por un tiempo para ver televisión o escuchar música y el 81.68% no dejaría al bebé solito y saldría del cuarto para respirar hondo y tranquilizarse, no siendo coherentes con las recomendaciones ya mencionadas.

En cuanto a las actitudes negativas, se mostró en este estudio menos porcentaje en actitudes negativas como el gritar al bebé 7.14% y darle palmadas en el trasero 10.87%, aunque estas actitudes serían las menos utilizadas por los cuidadores, se debe tener en cuenta que es un tanto subjetivo, ya que no puede reflejar lo que pueda suceder en dicha situación realmente. Respecto a sacudir al bebé el 11.18% de cuidadores manifestó que lo harían, lo cual podríamos correlacionarlo con el 11.49% de cuidadores que cree que una de las consecuencias de sacudir al bebé es que se calme, reforzando esta conducta, mientras que en Australia los resultados fueron del 64% de participantes (4), y en Brasil un valor de 23,3% (13), podría deberse a la interpretación subjetiva de los participantes del término “sacudir”, ya que, en nuestra experiencia, a la mayoría de cuidadores les explicamos que se refería a movimientos violentos. Otra de las razones por las que podrían sacudir a los bebés es que lo asuman como método de disciplina, por ejemplo en el estudio en Carolina del Norte y del Sur, el 2.6% de los padres de niños menores de 2 años informaron que habían sacudido a sus hijos para disciplinarlos (3). En el estado de Pernambuco, el 60.8% de los encuestados manifestaron haber sacudido a un bebé o un niño, el 50.5% de ellos, declaró haberlo sacudido para hacerlo dormir y el 25.7% para que deje de llorar (30).

Estudios muestran que al aumentar la conciencia de las consecuencias de sacudir al bebé puede llevar a una respuesta más apropiada de los cuidadores durante el momento de angustia causada por el llanto infantil, proporcionando a los padres un mecanismo de respuesta. En nuestro estudio, se muestra que la categoría de mayor porcentaje se obtuvo en las consecuencias no graves, respondiendo sí en más del 90% a los ítems de vomitar, ponerse más nervioso y llorar más. El 48.87% de los cuidadores respondieron no y no sé a la categoría de las consecuencias graves, siendo un porcentaje considerable, que nos demuestra una falta de conocimientos sobre los efectos perjudiciales para los niños con esta forma de maltrato.

Las particularidades del SBS, la sitúan en una posición especial con respecto a otras formas de maltrato, ya que la sacudida tiene un comportamiento de riesgo evidente desencadenada por el llanto y que está fuertemente asociado con su aparición, lo que permite que las acciones preventivas sean más objetivas y específicas, además dada la importancia de sus consecuencias es fundamental realizar programas de prevención considerando el impacto social y emocional de las familias.

## **VII. CONCLUSIONES.**

## VII. CONCLUSIONES.

1. Existe un desconocimiento por parte de los cuidadores sobre el síndrome de bebé sacudido, principalmente en sus consecuencias graves y tienen buena actitud para lidiar con el llanto, sin embargo no tienen estrategias de relajación que los ayude a manejar posibles sentimientos de ira llevándolos a sacudirlos.
2. Se validó el instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê* mediante adaptación del idioma, resultando un instrumento final con alta comprensibilidad y aceptable confiabilidad.
3. Los conocimientos de los cuidadores de los niños sobre las consecuencias de sacudir al bebé son inadecuados y la mayoría respondió que los bebés lloran de 0 a 1 hora al día.
4. La actitud de los cuidadores para lidiar con el llanto de bebé fue buena, la mayoría cree que el motivo del llanto del bebé está relacionado con la satisfacción de las necesidades básicas.
5. No se encontró asociación entre los conocimientos y actitudes en cuidadores de niños sobre el llanto infantil y el síndrome de bebé sacudido con las características sociodemográficas.

## **VIII. RECOMENDACIONES.**

## **VIII. RECOMENDACIONES.**

1. Es necesario llevar a cabo charlas educativas sobre el síndrome de bebé sacudido, principalmente sobre las causas, factores de riesgo y consecuencias, de tal forma que se pueda generar conciencia ante la magnitud del problema, ya que los niños podrían ser víctimas de daños irreversibles.
2. Abrir la puerta a la investigación del síndrome de bebe sacudido en nuestro país, ya que no encontramos en la literatura estudios nacionales realizados, bien sea por falta de conciencia en la importancia de este tipo de maltrato o por desinterés del personal de salud.
3. Continuar con el mejoramiento del instrumento diseñado dado que no precisa la forma de sacudida que podría ocasionar el daño al bebé, pudiéndose entender para algunos cuidadores como algún balanceo simple o una manera de arrullamiento.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Barr RG. Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatr Radiol*. 2014 Dec 1;44(4):559–64.
2. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J*. 2009 Mar 31;180(7):727–33.
3. Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LCA. Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Sep;89(5):426–33.
4. Foley S, Kovács Z, Rose J, Lamb R, Tolliday F, Simons-Coghill M, et al. International collaboration on prevention of shaken baby syndrome – an ongoing project/intervention. *Paediatr Int Child Health*. 2013 Nov 1;33(4):233–8.
5. Paul AR, Adamo MA. Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Transl Pediatr*. 2014 Jul 30;3(3):195–207.
6. Matschke J, Büttner A, Bergmann M, Hagel C, Püschel K, Glatzel M. Encephalopathy and death in infants with abusive head trauma is due to hypoxic-ischemic injury following local brain trauma to vital brainstem centers. *Int J Legal Med*. 2015 Jan 1;129(1):105–14.
7. Pereira S, Magalhães T. Shaken Baby Syndrome: fact or fiction in Portugal?. *Acta Médica Port*. 2011;24(0):369–78.
8. Fujiwara T. Effectiveness of public health practices against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan. *Public Health*. 2015 May 1;129(5):475–82.
9. Cooper MT, Szyld E, Darden PM. Abusive head trauma in Spanish language medical literature. *Abuso y negligencia infantil* 58: 173 – 179. 2016.
10. 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. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012 Mar;29(1):28–34.

11. Simonnet H, Laurent-Vannier A, Yuan W, Hully M, Valimahomed S, Bourennane M, et al. Parents' behavior in response to infant crying: Abusive head trauma education. *Child Abuse Negl.* 2014 Dec;38(12):1914–22.
12. Mann AK, Rai B, Sharif F, Vavasseur C. Assessment of parental awareness of the shaken baby syndrome in Ireland. *Eur J Pediatr.* 2015 Oct 1;174(10):1339–45.
13. Lopes NRL, Williams LC de A, Lopes NRL, Williams LC de A. Brazilian Parents' Knowledge on Abusive Head Trauma. *Psicol Teor E Pesqui* 2: 32.2016
14. The medical and social outcome in 2016 of infants who were victims of shaken baby syndrome between 2005 and 2013 – ScienceDirect.
15. Effectiveness of a Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Program Among Spanish-Speaking Mothers - Sarah V. Duzinski, Luis M. Guevara, Amanda N. Barczyk, Nilda M. Garcia, Jane L. Cassel, Karla A. Lawson, 2018.
16. Fraser JA, Flemington T, Doan TND, Hoang MTV, Doan TLB, Ha MT. Prevention and recognition of abusive head trauma: training for healthcare professionals in Vietnam. *Acta Paediatr.* 2017;106(10):1608–16.
17. Isumi A, Fujiwara T. Association of adverse childhood experiences with shaking and smothering behaviors among Japanese caregivers. *Child Abuse Negl.* 2016 Jul 1;57:12–20.
18. Monsalve-Quintero DS, Alvarado-Romero HR. Efecto de una intervención educativa dirigida a cuidadores de niños menores de dos años sobre la prevención del síndrome del niño sacudido. *Investig En Enferm Imagen Desarro.* 2010;12(1):43–58.
19. Zolotor AJ, Runyan DK, Shanahan M, Durrance CP, Nocera M, Sullivan K, et al. Effectiveness of a Statewide Abusive Head Trauma Prevention Program in North Carolina. *JAMA Pediatr.* 2015 Dec 1;169(12):1126–31.
20. Tolliday F, Simons M, Foley S, Benson S, Stephens A, Rose D. From Inspiration to Action: The Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney. *Communities Child Fam Aust.* 2010 Dec;5(2):31.

21. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources | SpringerLink [Internet]. [cited 2019 Jan 23]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00247-014-3097-7>
22. Lopes NRL, Williams LC de A. Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Initiatives: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Nov 6;
23. Risen SR, Suskauer SJ, DeMatt EJ, Slomine BS, Salorio CF. Functional outcomes in children with abusive head trauma receiving inpatient rehabilitation compared with children with non-abusive head trauma. *J Pediatr*. 2014 Mar;164(3):613–619.e2.
24. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública México*. 2013 Feb;55(1):57–66.
25. Antonio CAJ, Tangarife L. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med* 2015; 11 (3).
26. Noriko Kato. Prevalence of Infant Shaking Among the Population as a Baseline for Preventive Interventions. *J Epidemiol*. 2016 Jan 5;26(1):2–3.
27. Casusol-Baldera DJ, Reaño-Pérez DP, Díaz-Vélez C, Hernández VC. Conocimientos y actitudes de los cuidadores de niños menores de 5 años sobre el llanto infantil como causa del trauma craneoencefálico por maltrato: validación de una encuesta. *Rev Hispanoam Cienc Salud*. 2018 Mar 31;4(1):2–11.
28. Greeley CS. Abusive Head Trauma: A Review of the Evidence Base. *Am J Roentgenol*. 2015 Apr 23;204(5):967–73.
29. Jorge L. Tizon, Maria Torregrosa Bertet, Marcelo Razquin Arias. *El llanto del lactante y el espasmo del sollozo*. Elsevier. Barcelona 2017.
30. Fernandes VM, Silva NL, Javorski M. *Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido: Conhecimento da equipe de Saúde da Família*. ResearchGate 2010.

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....Identificado (a) con DNI N°.....después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por los estudiantes de medicina: Diana Janeth Casusol Baldera y/o Débora Paola Reaño Pérez; acepto ser entrevistado(a) y llenar los instrumentos, con el fin de contribuir a la investigación sobre **"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN CUIDADORES DE NIÑOS SOBRE EL LLANTO INFANTIL Y EL SINDROME DE BEBÉ SACUDIDO. CHICLAYO, 2017-2019"**.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, y por el cual no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación ya que es totalmente voluntario y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Además recibo como garantía que la información será tratada con criterio y con confidencialidad y nuestra identidad en el anonimato.

Entiendo que: Los resultados de la información se me serán proporcionados si los solicito, llamando a los autores mediante los siguientes teléfonos 968791005 y 986299333.

Chiclayo,.....de.....del 2017

Sr(a).....

DNI N°.....

## Encuesta sobre el Llanto del Bebé Pre-encuesta

### Parte 01

#### Instrucciones

*Por favor, complete cada pregunta escribiendo su respuesta en el espacio reservado o marcando una X en la mejor opción. Ejemplo: [ X ]*

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: [ ] F [ ] M
3. Estado civil:
- a) Soltero (a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viudo(a)
- e) Conviviente (a)
4. ¿Cuál es su relación con el bebé?
- [ ] Madre / Padre
- [ ] Hermana / Hermano
- [ ] Abuelo / abuela
- [ ] Tía / Tío
- [ ] Cuidador
- [ ] Otros. Especificar: \_\_\_\_\_
5. Por favor, escriba la edad y el sexo de el/los niños menores de 5 años que está cuidando actualmente:
- a) Edad del bebé: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
- b) Edad del bebé: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
- c) Edad del bebé: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
6. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando al bebé? \_\_\_\_\_
7. ¿Con qué frecuencia se queda con el bebé?
- [ ] Todos los días
- [ ] Cinco a seis días por semana
- [ ] De uno a cuatro días por semana
- [ ] Una vez por mes
- [ ] Menos de una vez por mes
8. ¿Usted ya tuvo a su cargo el cuidado de otro bebé antes (incluyendo otros hijos)?  
¿Cuántos bebés?
- [ ] Sí [ ] No      Número de bebés: \_\_\_\_\_

9. Si es sí, ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_ Aparte de cuidar al bebé, ¿tiene otro trabajo? [ ] Sí [ ] No

10. Si la respuesta es sí, ¿cuántas horas al día le ocupa ese trabajo? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuál es su profesión o su último empleo? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)

- a. Primaria Completa/ incompleta
- b. Secundaria incompleta
- c. Secundaria completa
- d. Superior No Universitario (instituto superior, otros)
- e. Estudios Universitarios Incompletos
- f. Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
- g. Postgrado

13. ¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

- a. Posta médica / farmacia / naturista
- b. Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
- c. Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
- d. Médico particular en consultorio
- e. Médico particular en clínica privada

14. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- a. Menos de 750 soles / mes aproximadamente
- b. Entre 750 – 1000 soles / mes aproximadamente
- c. 1001 – 1500 soles / mes aproximadamente
- d. > 1500 soles / mes aproximadamente

15. ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir? \_\_\_\_\_

16. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico) \_\_\_\_\_

17. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

- a. Tierra / Arena
- b. Cemento sin pulir (falso piso)
- c. Cemento pulido / Tapizón
- d. Mayólica / loseta / cerámicos
- e. Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo

**Parte 02**

**Instrucciones**

**Por favor, complete cada pregunta marcando con una X en la mejor opción. Ejemplo: [ X ]**

**1. ¿Qué cree usted que pueda hacer llorar a un bebé?**

	Totalment e de acuerdo	De acuerdo	No sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.- El bebé está enfermo					
2.- El bebé está cansado					
3.- El bebé tiene hambre					
4.- El bebé es mimado					
5.- El bebé está con el pañal sucio					
6.- El bebé tiene dolor					
7.- La leche del biberón del bebé no está en su punto					
8.- El bebé se comporta mal					
9.- El bebé es malcriado					
10.- El bebé es muy exigente					
11.- El bebé está aburrido					
12.- El bebé está triste					
13.- El bebé está reclamando algo					
14.- El bebé es terco					
15.- Es natural que el bebé llore					
16.- El bebé es impaciente					
17.- Los bebés lloran sin motivo					
18.- Quien cuida al bebé está estresado					
19.- El ambiente está muy ruidoso					
20.- El bebé quiere que lo mesan en los brazos					

**2. Imagine que usted está solo, cuidando a un bebé y éste no deja de llorar.**

Complete cada pregunta marcando con una (X) de acuerdo con lo que Usted haría en esta situación.

	Nunca lo haría	Probablemente no lo haría	No sé	Probablemente lo haría	Definitivamente lo haría
1.-Alimentaria al bebé de nuevo.					
2.-Le cambiaría el pañal.					
3.-Le cambiaría de ropa.					
4.-Abrazaría al bebé.					
5.-Colocaría el bebé en la cuna.					
6.-Le gritaría al bebé.					
7.-Colocaría una música para el bebé.					
8.-Colocaría al bebé en un lugar más oscuro					
9.-Le haría un masaje al bebé					
10.-Le daría un chupón al bebé					
11.-Le daría unas palmadas en su trasero del bebé					
12.- Daría protección al bebé con el cuerpo					
13.-Colocaría al bebé en un lugar más tranquilo, con menos ruido					
14.-Dejaría al bebé solito en su cuna y saldría del cuarto por un tiempo para respirar hondo y tranquilizarme.					
15.-Distraería al bebé con juguetes					
16.-Consultaría a un pediatra o a otro profesional de salud.					
17.-Sacudiría al bebé para intentar calmarlo.					
18.-Pediría a alguien con más experiencia que cuide al bebé					
19.- Llevaría al bebé para un paseo al aire libre.					
20.- Cantaría una canción para el bebé					
21.-Pediría a alguien más tranquilo que cuide al bebé.					

22.-Arrullaría al bebé					
23.-Dejaría al bebé solito en la cuna y saldría del cuarto por un tiempo para ver televisión o escuchar música					

**3.- ¿Cuántas horas al día un bebé normal y saludable puede llorar?**

( )                      ( )                      ( )                      ( )  
0 a 1                      2 a 3                      4 a 5                      6 o más

**4.- Cuidar de un bebé puede ser cansado y estresante.**

( )                      ( )                      ( )                      ( )                      ( )  
Totalmente de acuerdo    De acuerdo    No sé    En desacuerdo    Totalmente en desacuerdo

**5.- ¿Qué cree usted que puede suceder con el bebé si es sacudido?**

	SÍ	NO	NO SÉ
a) Nada			
b) El bebé puede vomitar			
c) El bebé no podrá conseguir alimentarse			
d) El bebé puede ponerse más nervioso			
e) En el futuro el bebé puede tener problemas para aprender.			
f) El bebé puede calmarse			
g) En el futuro el bebé puede tener problemas con el habla.			
h) El bebé puede desarrollar deficiencia física			
i) El bebé puede desarrollar deficiencia mental			
j) El bebé puede desarrollar problemas con la visión/ceguera			
k) El bebé puede tener trastornos físicos y mentales			
l) El bebé puede tener paro cardíaco			
m) El bebé puede tener convulsiones			
n) Puede llevar a la muerte del bebé			
o) El bebé puede llorar más			

¡Gracias por participar en nuestro estudio

## Conocimientos y actitudes de los cuidadores de niños menores de 5 años sobre el llanto infantil como causa del trauma craneoencefálico por maltrato: validación de una encuesta

### *Knowledge and attitudes of caregivers of children under 5 years old about children's cry as a cause of abusive head trauma: validation of a survey*

Diana Janeth Casusol-Baldera<sup>1,a</sup>, Débora Paola Reaño-Pérez<sup>1,a</sup>, Cristian Díaz-Vélez<sup>1,2,b</sup>, Vicente Castañeda Hernández<sup>1,c</sup>

**Objetivo:** Validar el instrumento Questionário sobre o Choro do Bebê para determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los cuidadores de niños menores de 5 años sobre el llanto infantil como causa de traumatismo craneoencefálico por maltrato.

**Materiales y Métodos:** La validación constó de dos etapas: (a) traducción y adaptación cultural al idioma español y (b) validación del instrumento. Se realizó la traducción directa del instrumento portugués al español y se evaluó el grado de concordancia entre ambas. Se sintetizó las traducciones para obtener un solo test, con el cual, se realizó la retro – traducción de éste en español al idioma de origen y se evaluó el grado de concordancia y la equivalencia con la versión original. Se llegó a un consenso por el comité de expertos obteniendo la versión en español del cuestionario para finalmente aplicarla en un piloto de 50 cuidadores para determinar la consistencia interna y el grado de comprensibilidad.

**Resultados:** Se encontró un kappa de 0,90 entre las dos traducciones hechas del mismo test, y un kappa de 0,86 entre las dos retro – traducciones. El coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,80. El grado de comprensibilidad fue 98,6% y la confiabilidad medida con el coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0,60.

**Conclusiones:** La validación del instrumento Questionário sobre o Choro do Bebê originó un instrumento final con alta comprensibilidad y aceptable confiabilidad.

Palabras clave: Síndrome del bebé sacudido, conocimientos, actitudes, estudios de validación (Fuente: DeCS-BIREME).

**Objective:** Validate the Questionário sobre o Choro do Bebê test that is to determine the level of knowledge and attitudes about childhood crying as a cause of abusive head trauma on caregivers of children under 5 years of age. **Materials and Methods:** The validation consisted of two stages: (a) translation and cultural adaption to the Spanish language and (b) validation of the instrument. The direct translation of the instrument from Portuguese into Spanish was carried out and the degree of agreement between both translations was evaluated. The translations were synthesized to obtain a single test, which was retro – translated to Portuguese again and evaluated the degree of agreement and equivalence with the original version. A consensus was reached by the expert committee, obtaining the Spanish version of the questionnaire to finally apply it in a pilot of 50 caregivers to determine the internal consistency and the degree of comprehensibility.

**Results:** a kappa of 0,90 was found between the two translations made from the same test, and a kappa of 0,86 between the two retro – translations. The Spearman correlation was 0,80. The degree of comprehensibility was 98,6% and the reliability measured with Cronbach's alfa of 0,60.

**Conclusions:** The validation of the Questionário sobre o Choro do Bebê instrument originated a final instrument with high comprehensibility and acceptable reliability.

Key words: Shaken baby syndrome, knowledge, attitudes, validation studies (Source: MeSH-NLM).

1. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque-Perú.

2. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo-Perú.

a. Estudiante de Medicina  
b. Médico Epidemiólogo  
c. Médico Pediatra.

**Citar como:** Casusol-Baldera DJ, Reaño-Pérez DP, Díaz-Vélez C, Hernández VC. Conocimientos y actitudes de los cuidadores de niños menores de 5 años sobre el llanto infantil como causa del trauma craneoencefálico por maltrato: validación de una encuesta. Rev Hisp Cienc Salud. 2018; 4(1): 2-11

## INTRODUCCIÓN

El llanto infantil es un medio importante en la comunicación de los bebés, especialmente de los recién nacidos, asegurando la supervivencia, la salud y el desarrollo del infante y no necesariamente por cólico o enfermedad, aunque puede parecer inconsolable (1,2); incluso es común que los bebés sanos lloren varias horas al día (2). Sin embargo, esto, muchas veces, genera ansiedad e ira en los cuidadores al no conseguir calmarlos, provocando una respuesta violenta hacia ellos (2–5)

El trauma craneoencefálico por maltrato (TCEM) es una forma especial de violencia infantil que se describe como lesión cerebral no accidental causada por sacudir vigorosamente a un bebé para que deje de llorar (1,4,6,7). Inicialmente conocido como síndrome de bebé sacudido, el TCEM emplea el mecanismo de la sacudida o agitación del bebé, produciendo lesiones craneales debido a la desproporción de la cabeza, que es más grande con respecto al cuerpo; la débil musculatura de cuello que le falta desarrollar y fortalecer sumado a la presencia de un cráneo más delgado (1,8), correspondiendo al 80% de los accidentes mortales resultantes de maltrato infantil en lactantes y niños. Según el Centers for Disease Control And Prevention de los Estados Unidos (CDC), el 25% a 30% de los niños que son víctimas de TCEM mueren y sólo el 15% sobreviven sin secuelas (1). El resto de niños que sobreviven presentan manifestaciones neurológicas, siendo estas principalmente alteración del estado de conciencia (77%), convulsiones (43%–50%), vómitos (15%) y retraso en el desarrollo (12%)(8).

El TCEM y su impacto en el bienestar del bebé han causado la preocupación internacional hace muchos años atrás. A finales del 2001, se desarrolló en Australia el proyecto “Shaken Baby Prevention Project”, que consistía en la elaboración de una película de animación, carteles, folletos y postales para la educación de los cuidadores, midiendo sus conocimientos y actitudes con el cuestionario Crying Baby Questionnaire antes y después de la intervención educativa y que ha sido utilizado por países como Hungría, Brasil, Grecia y Turquía, traducido y adaptado para cada idioma(5). Asimismo, existen otros cuestionarios como Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment – Short Version(9) o el Attitudes Towards Infant Crying Scale, sin embargo solo miden las actitudes de los cuidadores frente al llanto infantil.

La versión original del Crying Baby Questionnaire, tiene preguntas abiertas que permiten conocer la opinión del entrevistado, así como preguntas cerradas con elección múltiple(10). El Questionário sobre o Choro do Bebê es la versión adaptada al portugués y tiene algunas modificaciones en la presentación, puesto todas las preguntas son de opción múltiple y no se considera las preguntas de intervención de los programas educativos, se evaluó la gramática, semántica, sintaxis y pertinencia además del análisis de la representatividad y claridad de los ítems realizado por un grupo de expertos del área de violencia contra el niño y área del desarrollo infantil, así como la demostración de la viabilidad del instrumento con la variación de

las respuestas después de la intervención educativa al grupo piloto (11).

Después de revisar la literatura y no encontrar una encuesta en español que mida los conocimientos y actitudes de los cuidadores sobre el llanto infantil y dada la importancia que tiene como factor desencadenante de maltrato en los niños, es que el presente trabajo tiene como objetivo validar el instrumento Questionário sobre o Choro do Bebê, traduciéndolo al español, para determinar la percepción de los cuidadores sobre el llanto del bebé, las principales estrategias para lidiar con el llanto y las consecuencias de sacudir a un bebé.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo, para validar el instrumento Questionário sobre o Choro do Bebê, que consta de cinco aspectos relacionados al TCEM: (a) el conocimiento de los cuidadores sobre las posibles razones para el llanto del bebé (20 ítems), (b) las estrategias para lidiar con el llanto infantil (23 ítems), (c) las consecuencias que puede ocasionar sacudir a un bebé (15 ítems), (d) el número de horas al día que un bebé sano puede llorar (1 ítem) y (e) los sentimientos asociados al cuidador del bebé (1 ítem).

La población objetivo consta de todos los cuidadores que acuden al servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en el primer nivel de atención.

Se solicitó la autorización del director de un establecimiento de salud del primer nivel de atención de la provincia de Chiclayo, enviándole una solicitud y adjuntándole el proyecto, además se solicitó la firma del consentimiento informado de los cuidadores, constatando así su aceptación voluntaria a participar, protegiendo su confidencialidad mediante el anonimato.

Los criterios de inclusión fueron todas las personas que tengan a cargo el cuidado de niño(s) menor(es) de cinco años, que acudan a consulta al servicio CRED entre los meses de setiembre a noviembre del año 2017 y que aceptaron participar de forma voluntaria en el presente estudio. Los criterios de exclusión fueron todos los cuidadores que hayan acudido 2 o más veces a control CRED durante el periodo en que se recolecte los datos de este estudio y ya hayan participado 1 vez del mismo y las encuestas de cuidadores que no tengan los datos principales completos.

Procedimiento para la traducción y validación del Questionário sobre o Choro do Bebê

En esta investigación hemos seguido las recomendaciones de los diversos estudios que proponen la traducción, adaptación cultural y validación de los cuestionarios realizarla en dos etapas: (a) traducción y adaptación cultural y (b) validación del cuestionario al idioma español (12).

## Pasos para la Traducción y Adaptación Cultural

### 3. Traducción directa del instrumento portugués a español

Estuvo a cargo de 2 traductores certificados y con años de experiencia, una profesora de portugués y traducción en diferentes universidades particulares de la región y un profesor de portugués que trabajó por 10 años en Brasil como profesor de español. Se les proporcionó el instrumento portugués a cada uno y realizaron su traducción al español, obteniéndose por ende dos versiones traducidas diferentes, que denominaremos Versión Traducida al Español 1 (VTE – 1) y Versión Traducida al Español 2 (VTE – 2).

### 4. Síntesis de las traducciones

Se analizó el nivel de concordancia entre las preguntas de ambas traducciones mediante el coeficiente Kappa, basado en la proporción del número de palabras que representan expresan y significan lo mismo, en la que el valor más próximo a uno indica que la existencia de concordancia y por el contrario, más próximo a cero, indica que hay poca o ninguna concordancia.

Una vez encontrado el grado de concordancia se procedió a la correcciones y desarrollo del consenso. Para ello, la VTE – 1 y la VTE – 2 fueron comparadas y discutidas por los traductores hasta que llegaron a un acuerdo, el cual generó una única traducción al español del cuestionario portugués, la versión traducida final (VTF).

### 5. Retro – traducción del pre-test español al idioma de origen (portugués)

Se realizó por dos traductores de lengua materna portuguesa que dominen el español. Se les entregó una copia de la VTF para que procedan con la retro – traducción al idioma portugués, sin que conozcan la versión original de la encuesta ni los objetivos del estudio. En este proceso se obtuvieron dos versiones retro – traducidas: versión retro – traducida – 1 (VRT – 1) y versión retro – traducida – 2 (VRT – 2).

Para evaluar el grado de concordancia se utilizó el coeficiente kappa mediante el conteo de palabras concordantes semánticamente y se obtuvo una versión retro – traducida final

(VRT – final) comparando ambas encuestas y llegando a un consenso por parte de los dos traductores.

Para evaluar la equivalencia entre la encuesta original en portugués y la VRT – final, se utilizó el coeficiente de Spearman para determinar la correlación entre variables.

#### 1. Consolidación por un comité de expertos

El comité multidisciplinario estuvo conformado por un experto en metodología, un pediatra, un psicólogo, los traductores que han participado en el proceso de traducción y retro – traducción además de los autores del trabajo, quienes tienen algún grado de dominio del tema de investigación. Ellos realizaron respectivas correcciones y propusieron algunos cambios de palabras para lograr una equivalencia semántica, idiomática, conceptual y cultural de las versiones traducidas. De esta forma se obtuvo el consenso versión en español – 1 (CVE – 1).

#### 2. Aplicabilidad y viabilidad del Pre –test

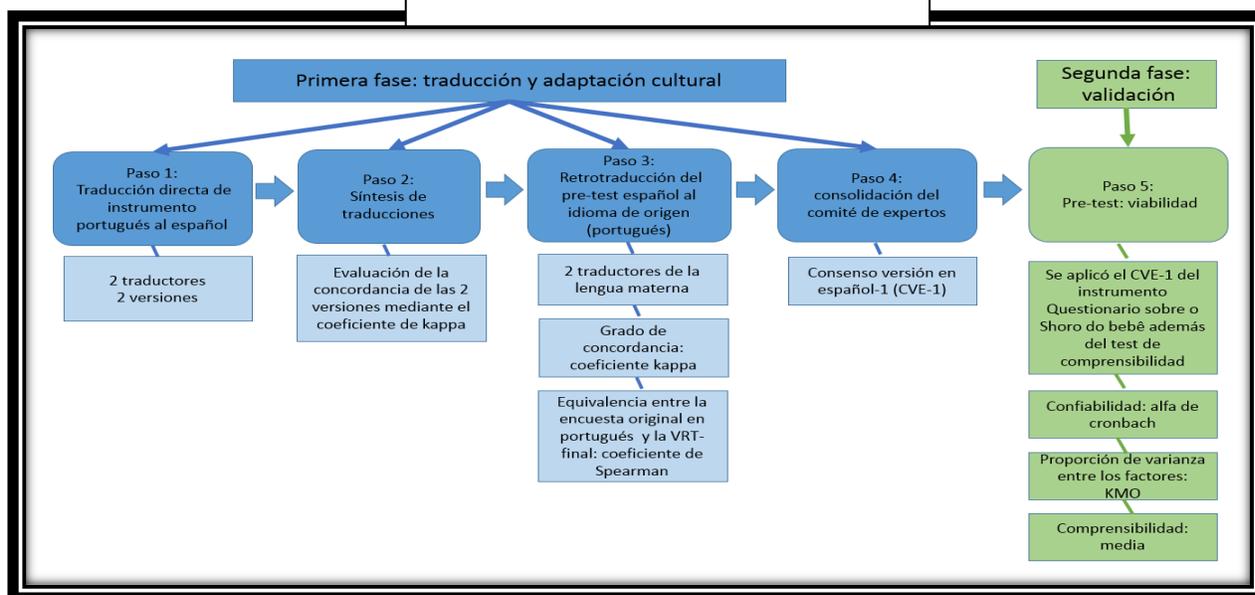
Se aplicó el CVE – 1 del instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê* además del test de comprensibilidad en una escala del 1 al 5 a 300 cuidadores, de los cuales hasta la fecha, se ha obtenido una recopilación de encuestas a 50 cuidadores, empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia en el primer nivel de atención.

Se evaluó la confiabilidad, determinando la consistencia interna, y la comprensibilidad, determinando el grado de entendimiento del instrumento en nuestra cultura peruana, a partir de los resultados obtenidos en la muestra piloto. La confiabilidad fue evaluada con el coeficiente de alfa de Cronbach, con valores mayores o iguales a 0,70 considerados como adecuados. Para evaluar la comprensibilidad, se obtuvo la media total del grado de entendimiento de todo el cuestionario.

De esta forma se obtuvo el instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê* validado al español para la población peruana (Gráfico 1)

Todo el análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 22.0

Gráfico 1. Flujograma de la Metodología



## RESULTADOS

Análisis de la concordancia entre versiones traducidas a español

Al evaluar la concordancia de las dos versiones traducidas VTE – 1 y VTE – 2, se encontró un kappa = 0,90, que señala la proporción de las palabras semejantes de cada instrucción, pregunta y respuesta, con el número de palabras que no se repiten de los mismos ítems de ambas traducciones (Tabla 1).

Análisis de la concordancia entre versiones retro – traducidas al portugués

Al evaluar la concordancia de las dos versiones retro – traducidas VRT – 1 y VRT – 2, se encontró un kappa = 0,86 que señala la proporción de las palabras semejantes de cada instrucción, pregunta y respuesta, con el número de palabras que no se repiten de los mismos ítems de ambas retro – traducciones (Tabla 1).

Análisis de equivalencia entre VRT – final y versión original

El análisis de equivalencia entre la VRT – final y la versión original se obtuvo un Rho de Spearman de 0,80 (Gráfico 2). El coeficiente de correlación obtenido mediante el conteo de palabra fue mayor de 0,70, lo cual advierte la existencia de una correlación significativa entre la VRT – final y la versión original

Evaluación del grado de comprensibilidad del CVE -1

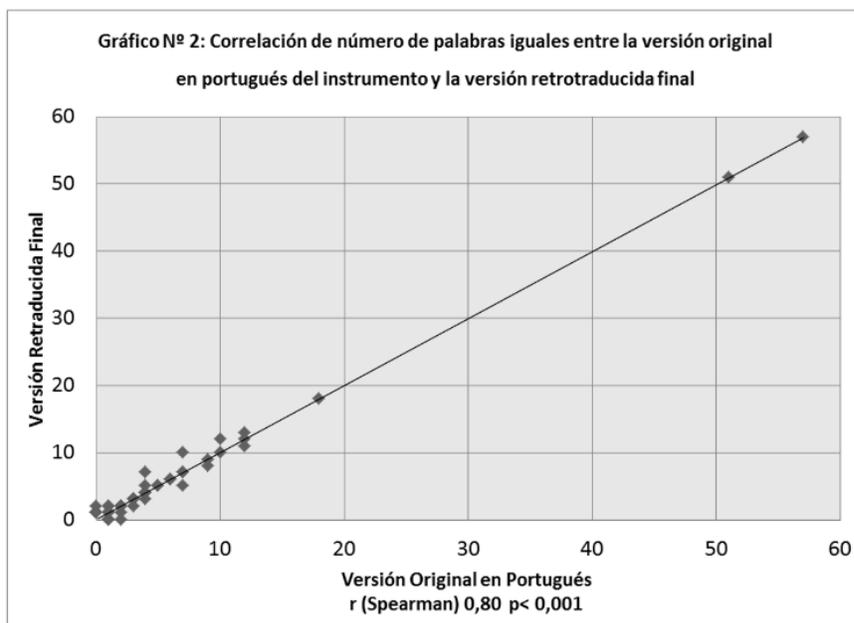
Para evaluar el grado de comprensibilidad del documento consenso CVE – 1 se hallaron las medias de cada pregunta las cuales varían entre 4,08 y 5,0, siendo el la media del grado de comprensibilidad total de 98,6% (IC 95%: 4,91 a 4,98). (Tabla 2). Con este análisis se obtuvo la encuesta validada culturalmente.

Análisis de la confiabilidad del CVE – 1

La confiabilidad fue evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach. Los valores variaron de 0,49 (estrategias para lidiar con el llanto) a 0,74 (razones para el llanto infantil) en la evaluación de los componentes de la variable “llanto infantil” a partir de los resultados de la muestra piloto. La evaluación de la confiabilidad de la encuesta total encontró un alfa de Cronbach de 0,60 (Tabla 3).

Tabla 1. Nivel de concordancia entre las versiones traducidas del portugués al español (VTE – 1 y VTE – 2) y entre las versiones retro – traducidas del español al portugués (VRT – 1 y VRT – 2)

	Nº de palabras con equivalencia semántica	Nº total de palabras	Coefficiente kappa
VTE – 1 y VTE – 2	467	517	0,90
VRT – 1 y VRT – 2	442	522	0,86



**Tabla 2.** Grado de comprensibilidad del documento consenso (CVE – 1) para la muestra piloto a estudiar (n = 50), en el primer nivel de atención.

	MEDIA	DE	IC (95%)	
			Inferior	Superior
P 1	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 2	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 3	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 4	4.60	1.20	4.26	4.94
P 5	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 6	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 7	4.92	0.56	4.76	5.08
P 8	4.92	0.56	4.76	5.08
P 9	4.92	0.56	4.76	5.08
P 10	4.92	0.56	4.76	5.08
P 11	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 12	4.92	0.56	4.76	5.08
P 13	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 14	4.84	0.78	4.61	5.07
P 15	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 16	4.84	0.78	4.61	5.07
P 17	4.08	1.06	3.78	4.38
P 18	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 19	4.92	0.56	4.76	5.08
P 20	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 21	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 22	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 23	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 24	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 25	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 26	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 27	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 28	4.92	0.56	4.76	5.08
P 29	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 30	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 31	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 32	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 33	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 34	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 35	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 36	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 37	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 38	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 39	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 40	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 41	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 42	4.52	1.30	4.15	4.89
P 43	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 44	4.60	1.20	4.26	4.94
P 45	4.92	0.56	4.76	5.08
P 46	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 47	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 48	4.92	0.56	4.76	5.08
P 49	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 50	4.92	0.56	4.76	5.08
P 51	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 52	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 53	4.76	0.95	4.49	5.03
P 54	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 55	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 56	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 57	4.92	0.56	4.76	5.08
P 58	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 59	5.00	0.00	$\alpha$	$\alpha$
P 60	5.00	0.00	1.06	1.34
<b>Tota</b>	<b>4.93</b>	<b>0.15</b>	<b>4.91</b>	<b>4.98</b>

(\*)P: Pregunta. (\*)DE: Desviación Estándar. (\*)IC: Intervalo de confianza (\*) $\alpha$ : dato no calculado por presentar media es perfecta.

COMPONENTES	Nº DE ITEMS	ALFA DE CROMBACH	KMO
Razones para el llanto infantil	20	0,749	0,560
Estrategias para lidiar con el llanto infantil	23	0,496	0,595
Consecuencias de sacudir a un bebé	15	0,715	0,686
Total de 60 preguntas del test	60	0,607	---

**Tabla 3.** Confiabilidad y análisis factorial del documento consenso CVE – 1 y sus componentes para la muestra piloto a estudiar (n = 50), en primer nivel de atención.

## DISCUSIÓN

El trauma craneoencefálico por maltrato es un problema de salud muy prevalente en la población general y tiene efectos devastadores sobre la salud y la futura calidad de vida del niño afectado (1,2,13). Debido a que este problema depende principalmente de los conocimientos y actitudes de los cuidadores sobre esta cuestión, es de suma importancia validar un instrumento (8,13,14).

El primer paso fue realizar la adaptación cultural del cuestionario, se usó una adaptación del método recopilado por Ramada-Rodilla et al., pues no existe aún un consenso escrupuloso sobre cómo realizar una validación cultural de un instrumento en otro idioma (12). Se halló un kappa de 0,90 entre las dos traducciones hechas del mismo test, y uno de 0,86 entre las retro – traducciones; lo cual indica un alto grado de concordancia entre las traducciones y sugieren una buena calidad de traducción y una buena armonización de las mismas. Esto se corrobora con el valor del coeficiente de correlación de Spearman, el cual fue de 0,80 con un valor p menor a 0,001. El coeficiente de correlación de Spearman va del -1 al 1 interpretándose de forma de que un valor lo más lejano del 0 lo más cercano posible a la unidad indica una asociación muy estrecha entre las retro – traducciones (12,15).

Con respecto a la comprensibilidad de las preguntas, todas las preguntas tuvieron una media mayor a 4, de una escala del 1 al 5, teniendo incluso la mayoría una media de 5, obteniendo un grado de comprensibilidad del 98,6%. Lo cual indica que las preguntas son en su gran mayoría entendibles para la población objetivo del estudio, y con una población de cuidadores, principalmente mujeres con educación secundaria e incluso solo primaria completa; esto hace a la encuesta suficientemente aplicable a distintos estratos socioeconómicos y educativos de la población.

En lo que refiere a la fiabilidad del constructo, se halló un alfa de Cronbach general de 0,60, podría interpretarse como una confiabilidad cuestionable, que puede deberse a la cantidad de encuestas realizadas

. Además existen algunas preguntas con respuestas muy variables y en algunos casos cercanas a los valores medios, especialmente en las preguntas acerca de lidiar con el llanto del bebé, donde se puede apreciar que tiene un menor alfa de Cronbach frente a las preguntas acerca de razones para el llanto infantil o sobre las consecuencias de sacudir a un bebé. Sin embargo para algunos autores el valor del alfa de Cronbach >0,6 puede ser aceptable en este tipo de estudios exploratorios (16). El valor hallado de KMO general fue de 0,613; el cual es un valor que indica una adecuada, pero no excelente, proporción de varianza entre los factores, principalmente en el apartado de “Consecuencias de sacudir a un bebé”, donde el KMO fue de 0,686; mientras que en “Razones para el llanto infantil” y “Estrategias para lidiar con el llanto infantil” este valor fue menor de 0,6, por lo que se necesita aumentar el tamaño de la muestra para que pueda presentar una validez adecuada (17) en el análisis de dimensionalidad.

Se concluye que la versión en español del instrumento Questionario sobre el Choro del Bebé resultó con alta comprensibilidad y aceptable confiabilidad en una población del primer nivel de atención.

## FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan tener conflictos de interés en la presente publicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LCA. Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(5):426–33.
2. Barr RG. Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatr Radiol*. 2014;44(4):559–64.
3. Zolotor AJ, Runyan DK, Shanahan M, Durrance CP, Nocera M, Sullivan K, et al. Effectiveness of a Statewide Abusive Head Trauma Prevention Program in North Carolina. *JAMA Pediatr*. 2015;169(12):1126–31.
4. Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua LJ, et al. Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 2009;123(3):972–80.
5. Foley S, Kovács Z, Rose J, Lamb R, Tolliday F, Simons-Coghill M, et al. International collaboration on prevention of shaken baby syndrome – an ongoing project/intervention. *Paediatr Int Child Health*. 2013;33(4):233–8.

6. Dias MS, Rottmund CM, Cappos KM, Reed ME, Wang M, Stetter C, et al. Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates. *JAMA Pediatr.* 2017;171(3):223–9.

7. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2009;180(7):727–33.

8. Paul AR, Adamo MA. Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Transl Pediatr.* 2014;3(3):195–207.

9. Russell BS. Revisiting the measurement of Shaken Baby Syndrome Awareness. *Child Abuse Negl.* 2010;34(9):671–6.

10. Tolliday Fran, Simons Martine, Foley Sue, Benson Suzanne, Stephens Amanda, Rose Donna. From Inspiration to Action: The Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/275338139\\_From\\_Inspiration\\_to\\_Action\\_The\\_Shaken\\_Baby\\_Prevention\\_Project\\_in\\_Western\\_Sydney](https://www.researchgate.net/publication/275338139_From_Inspiration_to_Action_The_Shaken_Baby_Prevention_Project_in_Western_Sydney)

11. Lopes NRL, Williams LC de A, Lopes NRL, Williams LC de A. Brazilian Parents' Knowledge on Abusive Head Trauma. *Psicol Teor.* 2016;32(2).

12. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública México.* 2013;55(1):57–66.

13. Cooper MT, Szyld E, Darden PM. Abusive head trauma in Spanish language medical literature [Internet]. ResearchGate. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/305470256\\_Abusive\\_head\\_trauma\\_in\\_Spanish\\_language\\_medical\\_literature](https://www.researchgate.net/publication/305470256_Abusive_head_trauma_in_Spanish_language_medical_literature)

14. 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. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(1):28–34.

15. Antonio CAJ. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas [Internet]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=106324&id\\_seccion=3773&id\\_ejemplar=10333&id\\_revista=120](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=106324&id_seccion=3773&id_ejemplar=10333&id_revista=120)

16. Jisu H, Delorme DE, Reid LN. Perceived Third-Person Effects and Consumer Attitudes on Prevetting and Banning DTC Advertising. *J Consum Aff.* 2006; 40(1):90–116.

17. Cerny BA, Kaiser HF. A Study Of A Measure Of Sampling Adequacy For Factor-Analytic Correlation Matrices. *Multivar Behav Res.* 1977;12(1):43–7.

## . INSTRUMENTO

Encuesta sobre el Llanto del Bebé

Parte 01

Instrucciones

Por favor, complete cada pregunta escribiendo su respuesta en el espacio reservado o marcando una X en la mejor opción. Ejemplo: [ X ]

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] F [ ] M

Estado civil:

Soltero (a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Conviviente (a)

¿Cuál es su relación con el bebé?

[ ] Madre / Padre

[ ] Hermana / Hermano

[ ] Abuelo / abuela

[ ] Tía / Tío

[ ] Cuidador

[ ] Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

Por favor, escriba la edad y el sexo de el/los niños menores de 5 años que está cuidando actualmente:

a) Edad del bebé: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

b) Edad del bebé: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

c) Edad del bebé: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

¿Cuánto tiempo lleva cuidando al bebé?

¿Con qué frecuencia se queda con el bebé?

[ ] Todos los días

[ ] Cinco a seis días por semana

[ ] De uno a cuatro días por semana

[ ] Una vez por mes

[ ] Menos de una vez por mes

¿Usted ya tuvo a su cargo el cuidado de otro bebé antes (incluyendo otros hijos)? ¿Cuántos bebés?

[ ] Sí [ ] No Número de bebés: \_\_\_\_\_

Si es sí, ¿Por cuánto tiempo?:

Aparte de cuidar al bebé, ¿tiene otro trabajo? [ ] Sí [ ] No

Si la respuesta es sí, ¿cuántas horas al día le ocupa ese trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su profesión o su último empleo?

¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)  
Primaria Completa/ incompleta  
Secundaria incompleta  
Secundaria completa  
Superior No Universitario (instituto superior, otros)  
Estudios Universitarios Incompletos  
Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)  
Postgrado

¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

- Posta médica / farmacia / naturista
- Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
- Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
- Médico particular en consultorio
- Médico particular en clínica privada

¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- Menos de 750 soles / mes aproximadamente
- Entre 750 – 1000 soles / mes aproximadamente
- 1001 – 1500 soles / mes aproximadamente
- > 1500 soles / mes aproximadamente

¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

- Tierra / Arena
- Cemento sin pulir (falso piso)
- Cemento pulido / Tapizón
- Mayólica / loseta / cerámicos
- Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo

## Parte 02

### Instrucciones

Por favor, complete cada pregunta marcando con una X en la mejor opción. Ejemplo: [ X ]

#### 1. ¿Qué cree usted que pueda hacer llorar a un bebé?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Inteligible	Pertinente
1.- El bebé está enfermo							
2.- El bebé está cansado							
3.- El bebé tiene hambre							
4.- El bebé es mimado							
5.- El bebé está con el pañal sucio							
6.- El bebé tiene dolor							
7.- La leche del biberón del bebé no está en su punto							
8.- El bebé se comporta mal							
9.- El bebé es malcriado							
10.- El bebé es muy exigente							
11.- El bebé está aburrido							
12.- El bebé está triste							
13.- El bebé está <u>reclamando algo</u>							
14.- El bebé es terco							
15.- Es natural que el bebé lllore							
16.- El bebé es impaciente							
17.- Los bebés lloran sin motivo	Totalmente de acuerdo ( )	De acuerdo ( )	No sé ( )	En desacuerdo ( )	Totalmente en desacuerdo ( )	Inteligible ( )	Pertinente ( )
18.- Quien cuida al bebé está estresado							
19.- El ambiente está muy ruidoso							
20.- El bebé quiere que lo mesan en los brazos							

2. **Imagine que usted está solo, cuidando a un bebé y éste no deja de llorar.** Complete cada pregunta marcando con una (X) de acuerdo con lo que Usted haría en esta situación.

	Nunca lo haría	Probablemente no lo haría	No sé	Probablemente lo haría	Definitivamente lo haría	Inteligible	Pertinente
1.-Alimentaria al bebé de nuevo.							
2.-Le cambiaría el pañal.							
3.-Le cambiaría de ropa.							
4.-Abrazaría al bebé.							
5.-Colocaría el bebé en la cuna.							
6.-Le gritaría al bebé.							
7.-Colocaría una música para el bebé.							
8.-Colocaría al bebé en un lugar más oscuro							
9.-Le haría un masaje al bebé							
10.-Le daría un chupón al bebé							
11.-Le daría unas palmadas en su trasero del bebé							
12.- Daría protección al bebé con el cuerpo							
13.-Colocaría al bebé en un lugar más tranquilo, con menos ruido							
14.-Dejaría al bebé solito en su cuna y saldría del cuarto por un tiempo para respirar hondo y tranquilizarme.							
15.-Distraería al bebé con juguetes							
16.-Consultaría a un pediatra o a otro profesional de salud.							
17.-Sacudiría al bebé para intentar calmarlo.							
18.-Pediría a alguien con más experiencia que cuide al bebé							
19.- Llevaría al bebé para un paseo al aire libre.							
20.- Cantaría una canción para el bebé							
21.-Pediría a alguien más tranquilo que cuide al bebé.	Nunca lo haría ( )	Probablemente no lo haría ( )	No sé ( )	Probablemente lo haría ( )	Definitivamente lo haría ( )	Inteligible ( )	Pertinente ( )
22.-Arrullaría al bebé							
23.-Dejaría al bebé solito en la cuna y saldría del cuarto por un							

**3.- ¿Cuántas horas al día un bebé normal y saludable puede llorar?**

( ) ( ) ( ) ( )  
0 a 1 2 a 3 4 a 5 6 o más

Inteligible					Pertinente				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**4.- Cuidar de un bebé puede ser cansado y estresante.**

( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
Totalmente de acuerdo De acuerdo No sé En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Inteligible					Pertinente				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**5.- ¿Qué cree usted que puede suceder con el bebé si es sacudido?**

	SÍ	NO	<u>NO SÉ</u>	Inteligible	Pertinente
a) Nada					
b) El bebé puede vomitar					
c) El bebé no podrá conseguir alimentarse					
d) El bebé puede ponerse más nervioso					
e) En el futuro el bebé puede tener problemas para aprender.					
f) El bebé puede calmarse					
g) En el <u>futuro</u> el bebé puede tener problemas con el habla.					
h) El bebé puede desarrollar deficiencia física					
i) El bebé puede desarrollar deficiencia mental					
j) El bebé puede desarrollar problemas con la visión/ceguera					
k) El bebé puede tener trastornos físicos y mentales					
l) El bebé puede tener paro cardíaco					
m) El bebé puede tener convulsiones					
n) Puede llevar a la muerte del bebé					
o) El bebé puede llorar más					

Gracias por participar en nuestro estudio!

[www.redib.org](http://www.redib.org)



**Correspondencia:**  
Cristian Díaz Vélez  
[cristiandiazv@hotmail.com](mailto:cristiandiazv@hotmail.com)