



Universidad del Desarrollo

Facultad de Psicología

**ESTUDIO INSTRUMENTAL DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE
COMPORTAMIENTO NEGLIGENTE PARA PADRES, THE PARENT-
REPORT MULTIDIMENSIONAL NEGLECTFUL BEHAVIOR SCALE PR.**

POR: MALYA ANDREA ALTAMIRANO MEDINA.

**Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo para
optar al grado académico Magister en Salud Mental Infantil.**

PROFESOR GUÍA:

Sr. FELIPE LECANNELIER ACEVEDO.

Junio 2017

SANTIAGO

DEDICATORIA

A todos los niños y niñas que merecen vivir con amor.

A mi querida familia, mis padres Héctor y Malya y mis hermanos por estar siempre conmigo apoyándome y motivándome en mi trayectoria de formación educativa.

A mi amada familia, Marcos mi marido y los mejores regalos de Dios, mis hijos Malya, Marcos, Maria de los Ángeles y Rosario, por el amor, la paciencia y por estar siempre
junto a mí.

“El futuro de los niños es siempre hoy. Mañana será tarde”

Gabriela Mistral.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores, Felipe Lecannelier por haberme dado la oportunidad de aprender con la realización de este trabajo y a Yerko Molina por su apoyo y motivación.

A mis amigas por el apoyo incondicional, a las amigas de mis amigas, a mis conocidas y a cada una de las personas que participaron de una u otra manera, por haber colaborado en este proyecto, que sin ellos no habría sido posible, gracias.

4.- TABLA DE CONTENIDO

1. Portada	1
2. Dedicatoria	2
3. Agradecimientos	3
4. Tabla de Contenidos	4
5. Resumen	5
6. Introducción	6
7. Marco Teórico	8
8. Objetivos e Hipótesis	39
9. Metodología	40
10. Resultados	45
11. Conclusiones	62
12. Bibliografía	68
13. Anexos	83

5.- RESUMEN

El presente estudio pretende analizar las propiedades psicométricas de la escala Multidimensional de conductas negligentes The Parent Report Multidimensional Behavior Scale MNBS-P, de Kantor, Holt & Straus (2003), en padres de niños de 0 a 4 años 11 meses de edad pertenecientes a la Región Metropolitana. La escala fue creada para medir negligencia de los padres definida como “el comportamiento de un cuidador que constituye un fracaso al actuar de manera tal, que se presume por la cultura de una sociedad, necesarias para satisfacer las necesidades de desarrollo de un niño y las cuales son responsabilidad del cuidador en proporcionar” (Straus & Kaufman Kantor, 2005.p 20).

Para llevar a cabo la investigación se utiliza una metodología de estudio instrumental, en el que se aplica la escala MNBS-P a una muestra de 308 cuidadores, la gran mayoría madres con una edad media de 34 años, más de la mitad de la muestra casada y con un nivel educacional superior universitaria completa.

Se emplean los siguientes procedimientos estadísticos para dar cuenta de las propiedades psicométricas del instrumento: para la validez de constructo se efectúa un análisis de su estructura factorial a través del análisis factorial exploratorio; para la confiabilidad se recurre al estadístico Kuder Richardson; mientras que para analizar la capacidad de discriminación de los ítems se utiliza la correlación biserial puntual. Los resultados del estudio muestran por un lado, que no es posible realizar el análisis de la estructura factorial del instrumento debido a la baja variabilidad en las respuesta de los encuestados; por otro lado, se obtienen rangos bajo lo esperado de consistencia interna para cada sub-escala del instrumento; finalmente, se obtiene una baja capacidad de discriminación de los ítems de la prueba.

Por tanto, la escala no muestra una adecuada estructura factorial y consistencia interna, al igual que en otros estudios internacionales. El instrumento no responde bien a las maneras tradicionales de validación debido a que la estrategia empleada para evaluar la validez de constructo no fue la más adecuada dada la baja varianza en las respuestas reportadas por la muestra, lo que dificulta cualquier prueba de validez o confiabilidad basada en asociaciones estadísticas.

6.- INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil ha llegado a ser un problema alarmante en nuestra sociedad actual. La OMS estima que en el mundo existen 40 millones de niños entre los 0 y 14 años de edad, que sufren de maltrato (WHO, 1999), siendo la negligencia la forma más común de maltrato infantil (Dubowitz, 2012) y la de mayor crecimiento en el mundo occidental (Hildyard & Wolfe, 2002).

La negligencia como tipo de maltrato es un fenómeno multifactorial cuyo devastador impacto sobre el desarrollo humano ha sido denunciado por instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003; Santana, Sánchez & Herrera, 1998 en Gómez 2010).

En Chile, el último estudio sobre maltrato realizado por Unicef, estableció que de un total de 1.525 niños y niñas de 8° básico, un 75.3% declara recibir algún tipo de violencia por parte de sus figuras parentales constituyéndose en un fenómeno relevante de abordar en el país (Larraín & Bascuñán, 2008). Estas cifras resultan impactantes y hacen necesario profundizar en el fenómeno de la negligencia.

Actualmente en nuestro país existe una gran oportunidad para disminuir estas cifras tan negativas, ya que en el mes de mayo de 2017 se promulgó la ley que sanciona penalmente el maltrato infantil, situando a Chile como uno de los países con más altos estándares en la protección de la niñez víctima de violencia. La nueva legislación está integrada al sistema universal de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes. La ley sanciona con penalidad el maltrato corporal relevante y el trato degradante que menoscaba gravemente la dignidad de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos mayores y personas en situación de discapacidad.

Dado este nuevo contexto de marco legal, surge la necesidad de desarrollar planes de trabajo que logren profundizar en las mediciones y nuevas propuestas para mejorar los índices de maltrato infantil que existen en Chile. Para lograr lo anteriormente indicado, surge la necesidad de disponer de metodologías e instrumentos que permitan obtener mediciones válidas y confiables de la negligencia parental, ya que en la actualidad existe

una carencia de instrumentos de evaluación con propiedades psicométricas adecuadas, pertinentes y de utilidad práctica en el ejercicio cotidiano y que, al mismo tiempo, favorezcan y faciliten la labor de los investigadores (Valencia y Gomez, 2010; Straus, Kinard & Williams, 1995).

El presente estudio tiene por objetivo validar *The Multidimensional Neglectful Behavior Scales (MNBS) forma P*, para padres de niños entre 0 y 4 años de edad, en población chilena, a través de la estimación de las propiedades psicométricas del instrumento, tanto la confiabilidad como la validez de constructo. La Escala fue elaborada por Glenda Kaufman Kantor, Melissa Holt y Murray A. Straus (2003), de la Universidad de New Hampshire. Actualmente, el instrumento es utilizado tanto en E.E.U.U como en otros países para la investigación de la prevalencia de la negligencia, prevención del maltrato infantil tanto en sus intervenciones como en los programas de protección de la Infancia (Straus, 2004).

7.- MARCO TEÓRICO

7.1.- introducción a la negligencia infantil

El maltrato infantil es un problema relevante de salud pública a nivel mundial, que resulta de una compleja interacción de factores, tanto del niño, como características de los padres, la familia, la sociedad; los cuales se constituyen en una realidad silenciosa y alarmante que viven millones de niños en el mundo, al interior de sus familias (OMS,2009).

La negligencia es considerada como la más frecuente y posiblemente la más perjudicial de todas las formas de maltrato infantil (Gaudin & Dubowitz, 1997). Sin embargo, la mayor parte de la atención en el estudio del maltrato a los niños se ha orientado hacia las formas más visiblemente perjudiciales, como el abuso físico y sexual de los niños, mientras que el maltrato emocional y la negligencia, aunque realmente más prevalentes, tienden a ser escasamente representados (Either, Lacharite & Couture, 1995; Sanchez & Cuenya, 2011; Wolock & Horowitz,1984). Una de las razones de esta desatención relativa, dice relación con el impedimento para encontrar una única definición del concepto, debido a la dificultad de definir los límites de la negligencia y de medir un constructo que implica esencialmente la ausencia de comportamientos apropiados (Cerón & Gallardo, 2002; Straus, Kinard & Williams, 1995). Esta falta de conducta observada ha hecho que la detección de la negligencia sea aún más difícil en comparación con otros tipos de maltrato (Marc & Hanafy, 2016). Lo anterior, ha hecho que las cifras de prevalencia de los estudios internacionales varíen de acuerdo a la definición de negligencia y a las metodologías utilizadas, obstruyendo la aproximación al fenómeno y al conocimiento de éste. Por tanto, urge la necesidad de contar con definiciones válidas para cuantificar el fenómeno de la negligencia en comparación con otros tipos de maltrato (Martinez, 2011).

Adicionalmente, se plantea que es poco frecuente hallar casos de un tipo puro de maltrato, ya que generalmente, se observa una superposición de distintos tipos de éste

(Bailey, De Oliveira, Wolfe, Evans & Hartwick, 2012). No obstante, la negligencia, puede ocurrir de manera aislada, o en combinación con otras formas de maltrato (Kabour, 2007).

En Chile, el fenómeno del maltrato infantil ha tomado gran relevancia por el nuevo proyecto de ley que tipifica el maltrato hacia menores de edad, lo cual constituye una iniciativa muy importante, ya que hasta hoy el maltrato ha sido extremadamente complejo de penalizar y visibilizar. Esto demuestra un fuerte compromiso del Estado de Chile en mejorar el buen trato en la niñez y una cultura de respeto hacia los derechos humanos de la infancia. Dado lo anterior, el presente estudio se configura como una oportunidad para contribuir a la visibilidad del fenómeno de la negligencia en nuestro país, ya que existe el interés, la energía y los recursos para abordar ésta temática.

7.1.1. Definición de Negligencia

La literatura da cuenta de una dificultad para tener consenso sobre una única definición de este tipo de maltrato. Los estudios utilizan diversas metodologías lo cual hace difícil la aproximación al fenómeno, no existiendo claridad conceptual con respecto a la definición y operacionalización de la negligencia. Estas inconsistencias han dificultado la investigación de esta problemática social (Dubowitz, 2007). Lo anterior se ha manifestado desde el inicio de los estudios sobre el tema, por ejemplo, la “negligencia de la negligencia”, es una expresión que se ha incorporado en la literatura desde que fue planteado por Wolock & Horowitz (1984) hace casi treinta años y da cuenta del descuido para abordar la temática de la negligencia en cuanto a la naturaleza del problema, la forma en que se conceptualiza y define en la investigación, la legislación y la política de protección de la infancia y en la práctica multidisciplinaria (Barnett, Manly & Cicchetti 1994; Dubowitz, Black, Starr & Zuravin, 1993; Wolock & Horowitz 1984; Zuravin, 2001). Y si bien, aún cuando ha sido reconocido por los investigadores y estudiosos del tema, continúa siendo desatendido en comparación con otros tipos de maltrato infantil (Hildyard & Wolfe, 2002).

A pesar de lo anterior, desde el origen del estudio sobre la negligencia, se le identificó como un fenómeno invisible, silencioso e insidioso, provocado por una indiferencia familiar hacia el niño (Polansky, De Saix & Sharlin, 1972 en Cerón & Gallardo, 2002). En una primera definición conceptual la negligencia se representó como "actos de omisión" de sus cuidadores o inadecuada atención en la satisfacción de las necesidades básicas del niño involucrados en su desarrollo (Giovannoni, 1989; Zuravin, 1991, 1999). Esto para hacer referencia a la ausencia de un conjunto de comportamientos y condiciones deseables que aseguran el cuidado y la protección de los niños, por parte del padre o cuidador; oponiéndose a la presencia de la comisión de un acto, característicamente dramática, de manera tangible y medible (por ejemplo, maltrato físico) (English, Thompson, Graham, & Briggs, 2005; Garbarino & Collins, 1999; McSherry, 2007; Barlett & Easterbrooks, 2015).

Desde un punto de vista conceptual, en algunos casos la negligencia se definió como abandono físico como si fueran conceptos similares. Por ejemplo, Arruabarrena & De Paúl, 1994, entendieron el abandono físico o negligencia infantil como aquella situación de desprotección de las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección, vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y /o cuidados médicos) que no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor. Lo mismo ocurre en otra definición de negligencia, también considerada como abandono, referida a la falta de atención de las necesidades de un niño, tales como la ausencia de suministro, de alimento, agua, vivienda, atención médicas u otras necesidades (Butchart et al., 2009). En este sentido, los investigadores han hecho esfuerzos por delimitar los conceptos para una mayor claridad y comprensión del fenómeno, considerado el abandono como el extremo del continuo de la negligencia. Del mismo modo, las conceptualizaciones de la negligencia emocional han sido en gran medida consistentes en ver el abuso psicológico o la agresión (injurias dañinas) como separadas de la negligencia emocional, en este caso el fracaso para proporcionar nutrición o para expresar afecto al niño (Kaufman, Holt, Hebert & Straus, 2004). Actualmente, las investigaciones han logrado cierto acuerdo al definir la

negligencia como la incapacidad de los padres para satisfacer las necesidades básicas de un niño, incluyendo las necesidades físicas (como alimento, hogar), médicas, educacionales o emocionales (ausencia de cuidado psicológico) (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2005 en Kabour, 2007). En esta definición, se considera negligencia cuando hay omisiones de los padres en el cuidado dando como resultado un daño real o potencial (Dubowitz et al, 2005 en Dubowitz & Poole, 2012). Además, se considera la negligencia como un continuo, que va desde la condición óptima, donde las necesidades de un niño se cumplen plenamente, a una condición extremadamente perjudicial, donde las necesidades de un niño no se cumplen en absoluto (Dubowitz & Poole, 2012). Esta definición de negligencia, se enfocaría por un lado, sobre las necesidades del niño que no son satisfechas (Dubowitz et al., 1993), y por otro lado, la atención sobre las acciones de los padres, independiente de las consecuencias de su comportamiento ni de su intención o culpabilidad (Zuravin, 1991). Es por esto que se plantea que cuando los niños son descuidados no suele ser el caso de que sus padres tengan la intención de hacerlo, más bien existiría una variedad de factores que obstaculizan la capacidad para cuidar adecuadamente de su hijo (Dubowitz & Poole, 2012).

7.1.2. Concepto de Negligencia

La negligencia es un fenómeno multidimensional, razón por la cual es necesario considerar varios aspectos fundamentales. En primer lugar, tal como lo plantean Straus & Kantor (2005) la negligencia es un fenómeno culturalmente construido y que varía de una sociedad a otra, dado que las diferencias culturales en las prácticas de crianza de los niños, de los valores y creencias a la base de los procesos de socialización van a tener un impacto en las definiciones que se hagan sobre la negligencia (Martinez, 2011; Straus, 2004). Por tanto, lo que es considerado como una conducta parental negligente para una cultura, no necesariamente será considerado de la misma manera en otra cultura. Adicionalmente, lo que se considera como cuidado adecuado o, a la inversa, una atención inadecuada para los niños, también deben tener en cuenta las variaciones culturales en los estándares para una

atención adecuada de los niños (Korbin, 1987). Esta definición depende en gran medida del conocimiento acerca de lo que es esencial para el crecimiento y desarrollo saludable de un niño, el que continúa cambiando a medida que aprendemos más sobre el desarrollo del niño y las cosas que impiden o mejoran el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños (Gaudin, 1993). Por ejemplo, si se considera la reciente exigencia en nuestro país de que los niños estén sujetos a los asientos de los automóviles, claramente define un nuevo estándar para el "cuidado mínimamente adecuado" de los niños mientras viajan en este medio de transporte. Los nuevos tipos de abandono evolucionan con nuevos conocimientos sobre el bienestar infantil. También, por ejemplo, en algunas jurisdicciones de E.E.U.U, exponer a los niños en un automóvil al humo pasivo se considera una forma de negligencia, así mismo, los padres están siendo penalmente responsables de permitir que los niños accedan a las armas de fuego (Dubowitz, 2013).

En segundo lugar, la negligencia como maltrato a la infancia puede darse en varios contextos, si bien es en la familia, donde ocurre con mayor frecuencia puede suceder en otros niveles, tales como en el ámbito escolar, en contexto institucional, incluso en una sociedad negligente, por ejemplo, al tolerar niveles de violencia o negligencia respecto de las prácticas de crianza (Barudy, 1989).

En tercer lugar, tal como lo plantean los investigadores al considerar la negligencia como un fenómeno heterogéneo (Dubowitz, Black, Starr & Zuravin, 1993), para hacer referencia a los diferentes tipos de negligencia que han sido desarrollados, tales como la negligencia nutricional, negligencia médica, negligencia escolar, negligencia física, negligencia emocional, entre otras (Zuravin, 1991).

En cuarto lugar, lo que se considera como negligencia varía en función de la edad y el nivel de desarrollo del niño, por lo que es difícil describir un conjunto de comportamientos que siempre se consideran negligencia. Por ejemplo, dejar a un niño desatendido durante una hora se considera negligencia cuando el niño es un bebé, pero no cuando el niño es un adolescente. Esto ocurre porque las necesidades del niño cambian durante el desarrollo; por lo tanto, lo que puede ser negligente en una época no lo es en

otra. La misma experiencia que es esencial para la vida en una etapa de la vida puede ser de poca importancia o incluso inapropiada en otra edad (Perry, 2002).

En quinto lugar, otro aspecto se refiere a la gravedad y cronicidad de las experiencias adversas (Hildyard & Wolfe, 2002) específicamente al establecer la ocurrencia de un "incidente" negligente frente a un patrón de conductas negligentes que indicaría más bien, negligencia de tipo crónica. La cronicidad puede definirse como "patrones de los mismos actos u omisiones que se extienden con el tiempo o se repiten con el tiempo" (Zuravin, 2001). Lo anterior, no se limita a un evento eminentemente grave en la mayoría de los casos, si no que opera de forma acumulativa, tendiendo a convertirse en crónica, es decir, la repetición sucesiva de omisión de los padres en los niños (DePanfilis, 2006; Hildyard & Wolfe, 2002; McSherry, 2007). De otra manera, la negligencia crónica es considerada "un modelo continuo y serio de privación" de las necesidades básicas del niño que resulta en "acumulación de daño" (Kaplan, Schene, DePanfilis & Gilmore, 2009).

Por último, otro aspecto que ha existido en el debate continuo del fenómeno de la negligencia, se refiere a si la negligencia debe incluir daño potencial o sólo daño real (Dubowitz & Pitts et al., 2005). La naturaleza de la negligencia significa que a menudo no es posible clasificarla en términos de "riesgo" o "daño", lo que plantea un problema cuando se trata de cuestiones de clasificación y justificación de casos de negligencia. Además, se plantea que el tipo de daño que se produce como resultado de la negligencia, o el cuidado parental inadecuado, por lo general no es inminente ni observable (Thompson et al., 2005). Algunas investigaciones sugieren que el daño derivado de la negligencia es acumulativo, y que el daño se acumula en función de la extensión y el tipo de omisión del cuidador, así como de la edad del niño y del tiempo que el niño experimenta la omisión (Gaudin, 1993, Kaufman-Kantor & Little, 2003). Respecto de lo anterior, para Zuravin (1991) el peligro es el criterio más apropiado, puesto que pone énfasis en el acto en sí, más que en la consecuencia incierta del acto. Finalmente, Straus & Kaufman (2005) consideran que el único riesgo cierto es que cuanto más a menudo el niño experimente

negligencia, más probable será que se vea perjudicado por él, por lo que la prevención y la identificación temprana de la negligencia son críticas.

7.1.3. Etiología de la Negligencia

La variación en las definiciones operacionales y conceptos teóricos del maltrato infantil dificultan la revisión de la etiología de la negligencia, no obstante, se revisa la investigación dentro de un marco que se enfoca en el rango de factores que están más estrechamente relacionados con la negligencia. El modelo ecológico-evolutivo de Belsky proporciona un marco organizativo para examinar las causas contribuyentes del maltrato infantil sugeridas por la investigación existente (Belsky, 1980). Esta perspectiva ecológica del desarrollo plantea que ningún factor contribuye por sí solo al maltrato, si no que habría múltiples e interactuantes factores tanto a nivel del niño, los padres, la familia, la comunidad y la sociedad (Dubowitz & Poole 2012). Adicionalmente, Cicchetti & Lynch (1993) proponen un modelo ecológico- transaccional del maltrato infantil, el cual argumenta que los factores de riesgo y los factores protectores ocurren en todos los niveles; bajo estas condiciones el maltrato ocurre cuando los factores de riesgo sobrepasan a los factores protectores.

Historia del desarrollo de los padres y factores de personalidad

En la literatura, la negligencia se ha asociado fuertemente con problemas de salud mental de los padres (Wilson & Horner, 2003), especialmente con la depresión materna (Bishop & Leadbeater, 1999, Brown et al., 1998, Éthier et al., 1995 en O'Hara, Legano, Homel, Walker-Descartes, Rojas & Laraque, 2015). Los estudios han encontrado consistentemente que las madres deprimidas son más propensas a ser hostiles, rechazadoras e indiferentes hacia sus hijos, además de ser especialmente negligentes (De Bellis & Broussard, et al., 2001), especialmente con la alimentación y la supervisión (Zuravin, 1988). Incluso, se ha encontrado que las tasas de depresión son dos veces más

altas en las familias que reportan comportamientos negligentes en comparación con las familias que no reportaron incidentes de tales comportamientos (Lee, Taylor & Bellamy, 2012).

Los estudios de niños de padres que tienen antecedentes de trastornos por consumo de sustancias (definidos como abuso o dependencia) muestran que es más probable que estos niños sean descuidados en comparación con otros tipos de maltrato (Kelleher et al., 1994; Freisthler, Price & Johnson-Motoyama, 2015). En un estudio realizado en los Estados Unidos, el 2,3% de los padres de la población general declaró estar demasiado borracho o drogado para cuidar a sus hijos (Straus et al., 1998). En otro estudio, Dubowitz y sus colegas (2011) encontraron que el uso de drogas maternas fue uno de los cinco factores de riesgo que predijo significativamente un informe posterior a los servicios de protección infantil por abuso y negligencia.

Por otro parte, los estudios sugieren que las madres jóvenes son más propensas a descuidar a sus hijos que las madres adultas (Sidebotham & Golding, 2001; Slack, Holl, McDaniel, Yoo & Bolger, 2004). En un estudio de Zuravin & DiBlasio (1992) se encontró un mayor riesgo de negligencia aun cuando se limitaba la edad materna a la adolescencia (18 años o menos en el primer parto). Las madres adolescentes descuidadas tenían más probabilidades que sus compañeros sin tratamiento de haber tenido su primer hijo a una edad más temprana. En otro estudio, Brown y sus colegas (1998) encontraron que la juventud relativa de una madre en el parto era un factor de riesgo significativo para abuso físico, abuso sexual y la negligencia (Putnam-Hornstein & Needell, 2011).

Otra variable que se ha asociado a la negligencia es la falta de empatía de los padres (De Paúl & Guibert, 2008; Shahar, 2001 en Bartlett & Easterbrooks, 2015). Las madres negligentes serían menos capaces de "leer" y responder a las señales emocionales de sus bebés o participar en la toma de perspectiva emocional (Dubowitz et al., 2005), son menos expresivas, ofrecen poco intercambio de información emocional y reconocen a sus hijos menos que las madres no maltratantes (Gaudin, Polansky, Kilpatrick, & Shilton, 1996).

Por último, la mayoría de los investigadores de maltrato enfatizan la continuidad (De Bellis, 2005) versus la discontinuidad en la transmisión intergeneracional de maltrato, a pesar de que la mayoría de los padres rompen estos ciclos (Kaufman & Zigler, 1987; Ertem, Leventhal, & Dobbs, 2000). Sin embargo, actualmente el campo carece de un acuerdo universal sobre el alcance de la transmisión intergeneracional (Kaufman & Zigler, 1987; Pears & Capaldi, 2001; Thornberry et al., 2012 en Bartlett & Easterbrooks, 2015).

Características de los niños y factores del sistema familiar

Los estudios empíricos muestran una asociación entre el abuso y la negligencia, y las discapacidades de los niños (Algood et al., 2011; Sullivan & Knutson, 2000), específicamente si tienen una discapacidad física y mental (por ejemplo, retraso mental, impedimentos físicos como sordera o ceguera y trastorno emocional grave) (Dubowitz et al., 2011).

Por otra parte, Berger y colaboradores (2009) han mencionado como característica de la estructura de las familias negligentes ser mayoritariamente monoparentales. Según estadísticas americanas más recientes del NIS-4 (Sedlak et al., 2010) muestran que los niños que vivían con un padre soltero que tenía un compañero de cohabitación en el hogar tenían las tasas más altas de abuso y negligencia en todas las categorías. Además, algunos estudios, han descubierto que las familias negligentes, en promedio, tienen más hijos que las familias no seleccionadas (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Respecto de los patrones de interacción, una serie de estudios han caracterizado a los padres que abusan o descuidan a sus hijos con menos interacciones afectivas hacia estos (Azar, 2002; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011) y más interacciones negativas y más propensos a enfatizar lo negativo en sus relaciones con sus hijos que en familias abusivas o no tratadas (Burgess & Conger, 1978). Crittenden señala de manera similar que "las madres negligentes ofrecen poca estimulación y responden a muy pocas señales infantiles (Crittenden, 1984 en Gaudin, 1993) incluso, cuando el padre y el niño están juntos, rara vez se tocan o se miran (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Adicionalmente, el aislamiento social se ha asociado con el riesgo de abusar o descuidar a los niños (Kotch et al., 1997). Los estudios han informado que estas familias carecen de conexiones sociales significativas con sus familias extensas, vecindarios y comunidades (Coohey, 1996; Coulton et al., 2007). En particular, los padres negligentes han sido caracterizados por tener matrimonios de mala calidad y relaciones más cortas con sus parejas (Coohey, 1996; DePanfilis, 1996, Dubowitz, 1999).

Por último, la pobreza (Slack et al, 2004; DePanfilis, 2006; Sedal et al., 2010) el desempleo y el bajo nivel socioeconómico han sido reportados como factores de riesgo para diferentes tipos de maltrato (Drake & Pandey, 1996) especialmente con la negligencia (Kotch et al.& Slack et al., 2003, 2004). Así mismo, los padres negligentes se caracterizan por tener inadecuadas condiciones de la vivienda donde habita la familia y deficientes características del barrio donde reside la unidad familiar (Drake & Pandey, 1996). En un estudio reciente se encontró ciertos indicadores de pobreza asociados con el riesgo de negligencia física infantil (Slack, Holl, McDaniel, Yoo, & Bolger, 2004).

Factores del Macrosistema

Uno de los supuestos de la perspectiva ecológica sobre el abuso y la negligencia es que la disposición de una sociedad a aceptar niveles elevados de violencia establece precedencia para la violencia familiar (Belsky, 1980; Gelles, 1999). En este sentido las normas dentro del grupo de pares y la comunidad de un individuo pueden contribuir a la probabilidad de que la violencia sea vista como una solución aceptable a las dificultades dentro de la familia (Straus et al., 1980). Más de 30 años de investigación señala que la violencia domestica precede a la negligencia infantil en la mayoría de los casos (Straus, Douglas & Medeiros, 2014).

Factores Protectores

En los últimos años, la investigación basada en la resiliencia ha dilucidado factores protectores que reducen el maltrato infantil, incluyendo el cuidado de los apegos, el conocimiento sobre la crianza de los hijos y el desarrollo infantil, los apoyos concretos, la resiliencia de los padres y las conexiones sociales (Children's Bureau, Child Welfare Information Gateway, FRIENDS National Centro de Recursos para la Prevención del Abuso Infantil Basado en la Comunidad, y el Centro para el Estudio de la Política Social, 2011). Dentro de estos estudios, han sido considerados algunos factores protectores individuales como los vínculos positivos, la autoestima, la inteligencia, la regulación de las emociones, el humor, la independencia (Shaffer, 2012 en Children's Bureau, 2013) y el apoyo social (Kotch et al., 1997) considerados factores claves para prevenir el riesgo de negligencia infantil (Gaudin, 2001; Li, Godinet, & Arnsberger, 2010; Whitman et al., 2001; Zolotor & Runyan, 2006 en Bartlett & Easterbrooks, 2012).

7.1.4. Prevalencia de la Negligencia Infantil

A nivel mundial, se estima que 40 millones de niños entre los 0 y 14 años de edad, sufren de algún tipo de maltrato y negligencia (WHO, 1999). Las estimaciones actuales de la negligencia son muy variables, las que dependerán del país y del método de investigación utilizado. Por ejemplo, en E.E.U.U la negligencia es considerada como la forma de maltrato infantil más prevalente, pero la menos estudiada empíricamente. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2002 en De Bellis, 2005). En este país más del 75% de niños sufre negligencia, siendo este tipo de maltrato el más común. Más aún, casi el 70 % de las muertes atribuidas al maltrato infantil en Estados Unidos involucró negligencia, siendo el 80% niños menores de cuatro años (Children's Bureau, 2009). En este mismo año, se estimó que 1640 niños murieron por abuso y negligencia, a una tasa de 2,20 niños por cada 100 000 niños en la población de los Estados Unidos. Las víctimas en su primer año de vida tuvieron la tasa más alta de victimización, 21,9 por 1000 niños de la misma edad en la población, casi tres cuartas

partes (70,3%) de todas las muertes infantiles eran menores de 3 años (Children's Bureau, 2012).

Estos datos son similares a los resultados de un estudio de la Organización Mundial de la Salud realizado en Kenia, donde el abandono y la negligencia son los aspectos más citados del abuso infantil y el 21,9% de los niños informó que habían sido descuidados por sus padres (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En otro estudio nacional canadiense de los servicios de bienestar infantil mostró que, entre los casos justificados de negligencia, el 19% involucra negligencia física, 12% de abandono, 11% de negligencia educativa y 48% de daño físico como consecuencia del incumplimiento de supervisión adecuada (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En otro estudio reciente realizado en el Reino Unido, por la organización benéfica Action for Children a niños de 8 a 16 años (Action for Children, 2013), reveló que uno de cada 10 niños fue víctima de negligencia, no pudiendo ser alimentados, vestidos apropiadamente o estar ausentes de la escuela (Acción for Children, 2013).

En América Latina, según datos registrados por UNICEF, más de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se presenta al interior de la familia (Unicef, 2008).

En nuestro país, de acuerdo al último estudio sobre maltrato infantil realizado por Unicef, de un total de 1.525 niños y niñas de 8° básico, un 75.3% declara recibir algún tipo de violencia por parte de sus figuras parentales (Larraín & Bascuñán, 2009). Específicamente, un 25.9% señaló recibir maltrato físico grave; un 27.9% maltrato físico leve; un 21.4% maltrato psicológico. Si bien en este estudio se define la negligencia, se crean indicadores de abandono para referirse al concepto y poder determinar la correlación de estos con otros tipos de maltrato, lo cual se confirma, es decir, a mayor índice de violencia mayor índice de abandono.

En otro estudio realizado sobre 143 casos denunciados en agencias de la Comuna de Puente Alto, se encontró una frecuencia de 67,6% de negligencia en la muestra estudiada (Novoa, de la Barra, & Alvarez, 1992 en Martinez, 2011), lo que da cuenta de un elevado índice de este tipo de maltrato.

De acuerdo a cifras del Servicio Nacional de Menores en el año 2014 ingresaron 111.440 niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 31 % fue por maltrato. En el año 2015 ingresaron 116.652 niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 34% de los ingresos fue por maltrato equivalentes 40 mil niños. De estos, el 48% fue por negligencia, es decir 19 mil niños, niñas y adolescentes que han sufrido algún tipo de negligencia por parte de sus cuidadores (Anuario estadístico SENAME, 2015).

Como se observa, a nivel nacional existen escasos estudios que den cuenta de la incidencia de este tipo de maltrato. Sin embargo, las cifras anteriores, son alarmantes y muestran una alta prevalencia de maltrato infantil en nuestro país, y si bien no existe una cifra exacta del porcentaje de ocurrencia de la negligencia en población infantil, es posible plantear que la cifra no es menor y que más bien la ausencia de mediciones obedece en primer término a la falta de interés y al descuido por parte de las autoridades, investigadores y profesionales al no abordar la temática de la negligencia a nivel país, tal como indica Barudy (1998) al referirse a la comunidad desprotectora de los niños. Y en segundo término, dada la escasez de instrumentos válidos y confiables para evaluar la negligencia, y poder así obtener estimaciones empíricas de su prevalencia en nuestra población. Por último, cabe señalar que las cifras de prevalencia de los estudios varían de acuerdo a la definición del concepto y a las metodologías utilizadas, lo cual refuerza la necesidad de contar con definiciones válidas para cuantificar la negligencia desde el punto de vista epidemiológico (Martinez, 2011).

7.1.5. Impacto de la negligencia en la infancia temprana y sus consecuencias

Es fundamental considerar la etapa de vida en que las personas sufren negligencia, ya que existen momentos en que el ser humano es más vulnerable. En este sentido, “Los lactantes y niños en edad preescolar son los más expuestos a fallecer a causa del maltrato, y ello debido a su dependencia, a su vulnerabilidad y a la atención social que suscitan, que es relativamente escasa” (OMS, 2009, p 11). Los bebés y niños menores de cuatro años de edad tienen más probabilidades de sufrir negligencia, por tanto, son los más vulnerables

y sufren las consecuencias más devastadoras (Erickson & Egeland 2002, Gaudin 1999, Jordan & Sketches 2009). Las investigaciones señalan que la negligencia puede tener diversos efectos sobre el desarrollo del niño, dependiendo de la edad, el género y la duración de la experiencia, particularmente en los primeros años de vida ya que son impactados negativamente dos procesos fundamentales del desarrollo humano, el neurodesarrollo en cuanto al crecimiento físico y biológico del cerebro y el sistema endocrino; y el desarrollo psicosocial en cuanto a la formación de la personalidad, incluyendo la moral, los valores, la conducta social y la capacidad para relacionarse con otras personas (Putnam, 2003).

Desarrollo cerebral anormal

Los efectos de la negligencia sobre el neurodesarrollo se fundamentan inicialmente con los estudios en la época de la Guerra Mundial, cuando Spitz se refirió al resultado de la privación emocional observada entre los niños separados de su cuidador y los efectos sobre el desarrollo afectivo y la maduración del cerebro en lactantes, encontrando que la extrema falta de estimulación puede tener consecuencias devastadoras (Spitz, 1945). Así mismo, se ha documentado a partir de los casos de niños en orfanatos de Rumania, donde la privación materna tuvo efectos sobre el tamaño del cerebro de estos niños que sufrieron negligencia extrema, encontrando en muchos casos cerebros más pequeños en relación a niños normales (Zeanah et al., 2005). Lo anterior se fundamenta, al establecer que los primeros años de vida, constituyen un período crítico en términos del desarrollo neuronal del cerebro y de los procesos más destacados en el estadio que intervienen en el desarrollo psicológico inmediato y continuo de los niños (Belsky, 1993, Erickson & Egeland 2002; Perry, 2002). La evidencia científica de estos procesos fundamentales como la poda de las conexiones entre las neuronas ocurren principalmente durante los primeros 4 años de vida (De Bellis, 2005). Por tanto, cuando las experiencias necesarias no se proporcionan durante este período, estos sistemas neuronales pueden verse perjudicados por un desarrollo anormal o disfuncional (Perry, 2002).

Dificultades socio-emocionales

Específicamente en el primer año de vida se establecen los cimientos para la conformación del apego de los niños hacia sus cuidadores (Bowlby, 1982). La calidad del apego está en gran medida determinada por las capacidades de los padres para calmar y contener todo tipo de estrés del bebé, por tanto, cuando las experiencias son adversas, la falta de respuesta de los padres a las necesidades del niño afectaran a corto plazo, con efectos en los niños como el miedo, el aislamiento y la incapacidad para confiar. Lo anterior puede conducir a problemas emocionales y psicológicos de por vida, como la baja autoestima (Erickson & Egeland, 2002) y a largo plazo, su capacidad para formar relaciones sanas a través de sus vidas (Egeland & Sroufe, 1981). Si el proceso de apego se interrumpe o nunca se le permite desarrollar de una manera saludable, como puede ocurrir con los cuidadores abusivos y negligentes, el cerebro del niño estará más centrado en satisfacer las necesidades cotidianas del niño, en lugar de construir los cimientos para el crecimiento futuro (Nelson et al., 2014). En este sentido, las investigaciones plantean que mientras más temprano se inician patrones negligentes entre el cuidador y el niño, más crónicos se vuelvan estos patrones y mayores serán los efectos de largo plazo (Applevard, Egeland, Dulmon y Sroufe, 2005; Hildyard & Wolfe 2002). Al igual que los estudios sobre niños maltratados, los niños descuidados tienen más probabilidades de tener apego ansioso (es decir, inseguro) con sus cuidadores (Crittenden & Ainsworth, 1989; Egeland & Sroufe, 1981), asociándose significativamente con el tipo de apego desorganizado (Main & Solomon, 1990).

Condición de vulnerabilidad al estrés

La traumatología del desarrollo plantea que los niños que han estado expuestos a negligencia en la infancia, pueden perturbar la capacidad del cuerpo para regular su respuesta al estrés (De Bellis & Zisk, 2014). Cuando el niño es desatendido o descuidado, la naturaleza del estresor será la relación interpersonal disfuncional; el descuido de sus necesidades podrá ser experimentado por el niño de forma traumática, causando montos de ansiedad (De Bellis, 2012), que activaran los sistemas biológicos de respuesta al estrés, perjudicando el desarrollo del cerebro. En respuesta a la adversidad temprana se produce la desregulación del sistema inmune, junto con los otros sistemas biológicos de respuesta al estrés (De Bellis, 2005; Pervanidou & Chrousos, 2012), elevando los niveles de cortisol, hormona del estrés, contribuyendo a elevar la frecuencia cardiaca, la tasa metabólica, la presión arterial y el estado de alerta del niño. El estrés crónico o traumas repetidos en el niño pueden dar lugar a una serie de reacciones biológicas, incluyendo un estado persistente del miedo. La activación crónica de ciertas partes del cerebro involucradas en la respuesta al temor (como el eje hipotalámico-hipófisis-adrenal (HPA)) puede reaccionar ante el temor crónico produciendo un exceso de cortisol, hormona que puede dañar o destruir neuronas en áreas críticas del cerebro que puede conducir a alteraciones duraderas en la estructura cerebral y la función cerebral (Teicher et al., 2003, 2006 en Teicher, 2016; De Bellis, 2003).

Cuando los niños están expuestos al estrés traumático crónico, sus cerebros sensibilizan los caminos para la respuesta al miedo y crean recuerdos que activan automáticamente esa respuesta sin pensamiento consciente. Esto se denomina hiperarousal. Estos niños tienen una línea de base alterada para la excitación y tienden a reaccionar exageradamente a los desencadenantes que otros niños encuentran no amenazantes (Child Welfare Information Gateway, 2009). El niño que permanentemente es traumatizado, su cerebro funciona como en continua activación frente al peligro (Child Welfare Information Gateway, 2009). Además, puede desarrollar disociación (Putnam, 2006), incluso, en su forma más extrema, el niño puede desarrollar múltiples personalidades, conocidas como trastorno disociativo de la identidad (Child Welfare Information Gateway, 2009).

Consecuencias físicas

Los estudios muestran que los niños descuidados pueden estar en riesgo de muchos problemas físicos, por ejemplo, de desnutrición, especialmente en las primeras etapas de la vida de un niño, conduce a un desarrollo atrofiado del cerebro (Pollito & Gorman, 1994) así como también, un crecimiento bajo el promedio (Weinstein & Weinstein, 2000).

Otros problemas de salud, surgen del fracaso de los padres para obtener la atención médica necesaria para sus hijos, por ejemplo, respecto las vacunas, medicamentos recetados, chequeos médicos, chequeos dentales u otros (Marc & Hanaby, 2016). Incluso, los problemas físicos por exposición prenatal al alcohol o las drogas, incluyendo el tabaco, está asociada con bajo peso al nacer, prematuridad, síndrome neonatal de abstinencia (NAS), problemas atencionales y puede tener efectos adversos independientes sobre los sistemas biológicos de estrés y maduración cerebral del feto en desarrollo (Chasnoff, Anson e Iaukea , 1998, Chasnoff, Griffith, Freier & Murray, 1992, Eyler, Behnke, Conlon, Woods & Wobie, 1998, Ornoy, Michailevskaya, Lukashov, Bar-Hamburger y Harel, 1994 en De Bellis, 2005).

Consecuencias cognitivas

Por último, las investigaciones muestran que los niños descuidados son más propensos a tener deficiencias cognitivas y retrasos académicos en comparación con los niños no descuidados (Weinstein & Weinstein, 2000; Hildyard & Wolfe, 2002). Los niños descuidados obtuvieron una disminución dramática en las puntuaciones en las Escalas de Desarrollo Infantil de Bayley de 9 meses a 24 meses de edad (Egeland & Sroufe, 1981). También, en pruebas estandarizadas de funcionamiento intelectual y logro académico mostrando el rendimiento más bajo de todos los grupos de maltrato (DePanfilis, 2006), específicamente retrasos en el lenguaje expresivo y receptivo en comparación con los

niños maltratados y abusados (Gaudin, 1999), puede llevar a los niños a estar en una desventaja intelectual para toda su vida (Egeland & Sroufe, 1981).

Consecuencias conductuales

Los niños descuidados corren mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta y de participar en conductas delictivas a futuro, esto se asocia con el aumento de la delincuencia juvenil y la actividad criminal de adultos (Williams, Ayers & Arthur 1997; DePanfilis, 2006; Strauss, 2006).

Por último, El estudio Adverse Childhood Experiences ACE es un estudio de análisis más grande en curso de la correlación entre el maltrato incluida la negligencia durante la niñez y la salud adulta y resultados de bienestar, demuestra que haber sufrido diversos traumas durante los primeros años de vida explica más o menos 10 causas de muerte en la adultez (ataques cardíacos, enfermedades del hígado, al pulmón, cáncer, entre otros) (Children's Bureau, 2013). Postura similar a la que plantea la Teoría del Riesgo Acumulativo, los hallazgos apoyan la hipótesis de que el número de riesgos en la primera infancia predice problemas de comportamiento en la adolescencia (Appleyard, Egeland, Van Dolmen & Sroufe, 2005). No obstante, estudios recientes al respecto muestran lo contrario y más bien dan cuenta que la negligencia es un fenómeno más perjudicial en la vida de un niño (O'Hara, Legano, Homel, Walker-Descartes, Rojas & Laraque, 2015).

7.2. Instrumentos Psicológicos en la evaluación de la negligencia infantil

La evaluación y detección de la negligencia se dificulta cuando no existen evidencias físicas o médicas de la existencia del mismo (Antequera, 2006). Respecto de la investigación sobre la negligencia infantil y el desarrollo de definiciones operacionales y medidas de negligencia fiables y válidas, existen pocos instrumentos estandarizados que midan la ausencia de comportamientos parentales culturalmente esperados (De Bellis, 2005). Esto implica un desconocimiento elevado de esta importante situación de

desprotección infantil, considerada hoy por hoy la de mayor incidencia y con el pronóstico más desfavorable (Daro, 1988 en Moreno, 2002).

La mayoría de los instrumentos disponibles consisten en escalas completadas por el evaluador a partir de la información obtenida durante la entrevista u observación de la familia. Así como también, las escalas de autoreporte donde la persona retrospectivamente describe experiencias de negligencia de sus propios cuidadores. Algunos de los instrumentos evalúan negligencia incluyendo otros tipos de maltrato infantil, mientras que algunos evalúan diferentes tipos de negligencia (Antequera, 2006).

Respecto de los instrumentos más utilizados en la medición de la negligencia son medidas de observación pueden ser completados por los trabajadores de bienestar infantil o de otros profesionales que conocen bien a la familia (DeVoe & Kaufman Kantor, 2002). Estos son el Childhood Level of Living Scale (CCL) de Polansky, Chalmers, Bittenweiser y Williams (1978), y "Home Observation for Measurement of the Environment " (HOME) de Caldwell y Bradley (1984). Ambas son destinadas a ayudar en la evaluación de los diferentes componentes del entorno familiar, particularmente en términos de cuidado físico, seguridad y supervisión del niño en relación a dicha primera escala, y la calidad y cantidad de estímulos y apoyo existentes en el entorno del niño para su desarrollo, a partir de la segunda escala. Su realización requiere un conocimiento previo de la familia y su seguimiento, estando destinada a ser completada por el técnico que lleva a cabo este trabajo (Matrángolo, 2016)

Bajo las escalas de observación, una de las escalas más utilizadas "Childhood Trauma Questionnaire" (CTQ) para la recolección de datos acerca del maltrato infantil, formulada por Bernstein et al. (1994), la cual evalúa 5 tipos de maltrato incluyendo la negligencia emocional (Bernstein, Ahluvalia, Pogge & Handelsman, 1997).

En el contexto de las matrices de evaluación de riesgos destinadas a los servicios de protección infantil, existen las escalas centradas en la evaluación del comportamiento de los padres y el objetivo de evaluar las áreas de operación de su preocupación por el nivel de los padres, el niño, la familia, la contexto o entorno familiar. En este contexto, están los "bienestar del niño" (Escalas las CIT), escrito por Magura y Moses (1986), La

escala tiene por objeto evaluar las diferentes áreas del bienestar de la familia y, específicamente, un niño, sin embargo, estos no se manejan directamente como negligencia de los padres. Y The Trocmé's Child Neglect Index (CNI) de Trocmé (1996), que se centra en los criterios de riesgo (daño potencial); construida para reflejar la definición legal de negligencia en Ontario, Canadá, diseñado como herramienta para ayudar a la fundamentación de los casos a nivel de los servicios de protección infantil. Esta escala mide diferentes tipos negligencia de los padres y su gravedad, con la observación de criterio de asignación de daños para el niño o riesgo, dependiendo de las áreas que deben evaluarse (Trocmé, 1996).

En términos de escalas de auto-reporte, los más utilizados no están destinados a medir exclusivamente el constructo de la negligencia de los padres, pero diferentes tipos de maltrato infantil incluyendo negligencia de los padres es una dimensión incluida. Los padres informan su percepción sobre sus propias actitudes de crianza, sobre diferentes aspectos sobre la interacción con sus hijos, por ejemplo the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI), escrito por Bavolek en 1984 (Kantor, Holt, Hebert & Straus, 2004). Otros instrumentos donde los adultos informan retrospectivamente su experiencia anterior sobre diferentes situaciones negligentes o abusivas, destacando The Multidimensional Neglectful Behavior Scale, Form A: Adolescent and Adult Recall Version (Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting & Dulbowitz, 2002; Straus, Kinard, & Williams, 1995). Respecto de instrumentos de autoreporte de negligencia para niños, existen menos instrumentos disponibles que se basan en medidas de reporte del niño que ha vivido negligencia por parte de sus padres, aunque algunos existen, por ejemplo, el "Parental Acceptance - Rejection questionnaire" (PARQ) (Rohner, 1986 en Strauss & Kaufman, 2005), centrado principalmente en la percepción de la víctima en relación con la experiencia de los diferentes indicadores de abuso y negligencia emocional. Algunas medidas evalúan sólo un componente de la negligencia, como la negligencia física o emocional por ejemplo, Childhood Trauma Inventory (Fink, Bernstein, Handelsman, Foote & Lovejoy, 1995 en Antequera, 2006). Mientras que otros, evalúan una amplia gama de comportamientos negligentes (Magura & Moses, 1986 en Straus & Kaufman,

2005) como en la “Child well- Being Scales “(CWBS), la Escala de Bienestar para niños, desarrollada por Magura & Moses, (1986) en la que el evaluador contesta 14 escalas después de la visita al hogar para evaluar la negligencia física y negligencia psicológica.

7.2.1. The Multidimensional Neglectful Behavior Scale (MNBS).

(Escala Multidimensional de comportamiento negligente)

7.2.1.1. Análisis conceptual del Instrumento

En el tercer estudio nacional de incidencia de niños que han vivido abusos y negligencia en E.E.U.U: (NSI-3) se encontró un aumento de prevalencia de la negligencia en comparación con otros tipos de maltrato infantil (Department of Health and Human Services ,1993) razón por la cual el gobierno solicitó a los investigadores en el área hacerse cargo del fenómeno y entonces en respuesta a esta necesidad, se crea la escala multidimensional de comportamiento negligente.

Straus y Kaufman Kantor sugieren una definición de negligencia que será revisada para los efectos del presente estudio y plantean que la definición de negligencia pueda ser operacionalizada y definen el concepto de Negligencia como “el comportamiento de un cuidador que constituye un fracaso al actuar de manera tal, que se presume por la cultura de una sociedad, necesarias para satisfacer las necesidades de desarrollo de un niño y las cuales son responsabilidad del cuidador en proporcionar” (Straus & Kaufman Kantor, 2005.p 20). Esta definición se refiere exclusivamente a la conducta o comportamiento del cuidador, entonces, la base conceptual para comprender el concepto de comportamiento negligente, se basa en la utilización de la conducta del cuidador como unidad de análisis. Los tres principios conceptuales subyacentes a su definición operacional y el análisis son los siguientes: (a) los elementos a ser medidos deben reflejar comportamientos, en este caso de los cuidadores; (b) los comportamientos deben ser actos de omisión; y (c) las conductas no deben ser confundidos con causas o motivos o efectos de la negligencia. También hay que señalar que, aunque no tiene por qué haber daño real asociado con negligencia, las preocupaciones con respecto a la serie de circunstancias de prestación de

cuidados se basan generalmente en al menos el potencial de daño. Así mismo, se hace fundamental comprender que es una medida de la conducta de los padres, y no una medida de la motivación de los padres o el efecto de la conducta negligente en el niño (Strauss, 2006). Es decir, la conducta negligente no se refiere a factores de riesgo, motivaciones, causas del comportamiento negligente (como pobreza, salud mental, etc) o daño (físico o psicológico), o otras consecuencias para el niño. Los autores consideran que todos estos aspectos son importantes pero deben medirse por separado, con otros instrumentos con el fin de evitar confusión entre causas y efectos de este tipo de maltrato.

Algunos elementos importantes para considerar en la definición de negligencia: Respecto del "Comportamiento por un cuidador " se hace hincapié en la definición de evitar confundir la definición y medición del comportamiento negligente con (1) las causas de la conducta negligente (tales como la pobreza, enfermedad mental del cuidador) o (2) los efectos de la conducta negligente en el niño como las consecuencias físicas o psicológicas, o el daño causado (Straus & Kantor, 2005). Por otro lado, al señalar, "Presunto por la cultura" es especificado porque, excepto la posibilidad en el extremo cuando un niño es seriamente herido o muere, el comportamiento negligente es un fenómeno culturalmente construido (Finkelhor & Corbin, 1988; Korbin, 1981, 2002 en Straus & Kaufman, 2004). Las normas culturales relativas a la conducta negligente varían de sociedad en sociedad, entonces se puede encontrar que lo que es definido como una conducta negligente en una cultura, no lo será para otras (Straus & Kantor, 2005). Por último, se especifica la "Responsabilidad de un cuidador "para permitir una división de las labores de cada uno de los cuidadores. Con esta disposición, si hay dos cuidadores y sólo uno está encargado de proporcionar alimentos, y cuidarlo, entonces sólo el primero es negligente y no el otro cuidador. Sin embargo, si se espera que ambos proporcionen alimentos y uno de ellos no lo hace, esto sería un comportamiento negligente por parte de ambos cuidadores (Straus & Kantor, 2005).

A partir de la operacionalización del concepto de negligencia anteriormente expuesto, se desarrolla el instrumento para evaluar el fenómeno creando diferentes

versiones. La escala multidimensional de conducta negligente (MNBS), permite indagar 4 dimensiones de conducta negligente, en diferentes edades.

7.2.1.2. Descripción del instrumento MNBS

La escala de comportamiento negligente Multidimensional (MNBS) fue creada para ayudar a lidiar con la discrepancia entre el hecho de que la negligencia es la forma más frecuente de maltrato infantil, pero es la menos investigada en la población angloamericana (Strauss, 2006). Además, porque los autores de la escala plantean el interés en comprobar el supuesto de que el comportamiento negligente es parte de la etiología de la violencia en la pareja (Straus, Kinard & Williams, 1995; Straus & Savage, 2005). Para la creación de este instrumento los autores han recurrido a la Zuravin Study (1991), en el que el autor define 14 tipos diferentes de negligencia de los padres para la operación de la construcción en conjunto con los estudios de Magura y Moses (1986), áreas que definen para ser evaluados en virtud de la operación de la construcción de negligencia de los padres (Straus et al., 2008). El desarrollo de los MNBS empezó por revisar estas medidas e identificar necesidades de desarrollo generales pero básicas de las necesidades de los niños.

La escala MNBS tiene como propósito evaluar el descuido de los padres o cuidadores sobre necesidades básicas fundamentales. El instrumento consta de seis versiones, que fueron diseñados para adultos, adolescentes y niños quienes deben recordar acerca del comportamiento que tuvieron sus padres con ellos durante su niñez; para padres quienes entregan un reporte acerca de sus propias conductas negligentes; para niños quienes deben hacer un reporte sobre las conductas de sus propios padres. Cada uno de los instrumentos puede ser administrado como entrevista personal o telefónica, o como cuestionario de autoreporte. Así mismo, cada escala se presenta en dos versiones, la escala original con mayor número de ítems, y la escala en versión corta, con menor número de ítems, la utilidad de cada una dependerá del propósito y del tiempo que se tiene para aplicar la escala.

En este estudio, se utiliza la versión P (escala completa) de la escala de autoreporte para padres de niños de 0 a 4 años 11 meses de edad, quienes hacen un reporte de sus propias conductas parentales. El instrumento para esta versión, consta de 37 enunciados los cuales deben clasificarse según cuatro alternativas (escala tipo lickert), según la frecuencia en que se da el enunciado, por un tiempo determinado, es decir, la frecuencia con que ocurre durante los últimos 6 meses. Para este estudio se utilizaron las siguientes categorías de respuesta: No, en lo absoluto se parece, Se parece un poco, Algo más parecido, Realmente se parece mucho y Ninguna de las anteriores. Cada una de las preguntas evalúa una de las escalas del instrumento. El tiempo definido para responder la escala es de 7 minutos y medio, aproximadamente. La modalidad elegida para su aplicación es autoadministrado.

La escala evalúa 4 dimensiones de la negligencia parental que provienen de los modelos teóricos con los cuales se sustenta el instrumento, para lo cual se desarrollan 4 Subescalas para las dimensiones de la conducta negligente. Dichas dimensiones, miden el grado en que las siguientes necesidades de los niños son o han sido descuidadas, tales como las necesidades físicas como ropa, comida, abrigo, cuidados médicos a través de 10 ítems; necesidades emocionales como afecto, apoyo, compañerismo a través de 8 ítems; necesidades de supervisión como poner límites, asistir en la mala conducta o corregir, conocer el paradero de amigos a través de 6 ítems; y necesidades cognitivas como jugar con el niño, leerle, ayudarlo en las tareas, a través de 6 ítems. Además, se incluyen 7 ítems adicionales que pueden utilizarse como complementarios al análisis del resto de las subescalas. Estos indagan sobre los temas de abandono, la exposición a los conflictos y la violencia de los padres, el no proteger al niño de la violencia de otros miembros del hogar y el abuso de sustancias.

7.2.1.3. Consideraciones de la escala MNBS

Una fuente de error para un instrumento como el MNBS puede ocurrir cuando los sujetos responden consciente o inconscientemente de manera socialmente deseable, en

lugar de hacerlo con precisión, o completan la prueba descuidadamente. Para ayudar a prevenir estos problemas, el 20% de los ítems están redactados positivamente. Para los ítems expresados positivamente, el acuerdo con el ítem indica la atención de los padres en lugar de la negligencia. (El puntaje de esos ítems se invierte cuando se suman los ítems para obtener los puntajes de la escala). Los elementos formulados positivamente hacen más difícil responder a todos los ítems en la dirección socialmente deseable. También obliga al sujeto a pensar en cada elemento más de lo que sería el caso si todos fueron anotados en la misma dirección (Straus, Kinard, & Williams, 1995).

También podemos indicar que es inherente a un fenómeno como el comportamiento negligente, que las puntuaciones bajas predominen. Por lo tanto, las distribuciones de frecuencia son extremadamente sesgadas, luego, puede ser aconsejable utilizar una transformación de normalización antes de realizar análisis estadísticos que asumen variables distribuidas normalmente. Alternativamente, las puntuaciones se pueden dicotomizar usando un punto de corte que es apropiado para el propósito del análisis (Straus, Kinard & Williams, 2008).

Por otro lado, la escala de respuesta tipo lickert del MNBS tiene como propósito proporcionar un rango continuo de frecuencia de cada uno de los actos de negligencia en un período determinado (últimos 6 meses, en este caso), que permite estimar la cronicidad de la conducta negligente (Straus, Kinard & Williams, 1995).

7.2.1.4. Puntuaciones

Para obtener el puntaje se debe primero, invertir la puntuación de los ítems expresados como no negligentes; crear puntuaciones z para cada ítem por grupo de edad en caso que sea necesario. Segundo, la puntuación de Comportamientos Negligentes se obtiene al: (1) dicotomizar los ítems de la siguiente manera: Para los ítems escritos en la dirección no negligente (por ejemplo, "¿Le ha hecho cariño o besado a su hijo?"), las respuestas "No, en lo absoluto se parece" fueron codificadas como comportamientos negligentes. Para los ítems escritos en la dirección negligente (por ejemplo, "No tenía

suficiente comida en casa para el niño"), "Realmente se parece mucho" y "Algo más parecido" fueron codificados como comportamientos negligentes. Las excepciones a estas reglas se hicieron sobre la base de: (1) si el comportamiento podría resultar en un daño inminente, y (2) adecuación de desarrollo del artículo. Estas excepciones se aplicaban a 6 elementos del MNBS-PS. Para los niños de 0 a 4 años y de 5 a 9 años de edad, cualquier ocurrencia de dejar a un niño en el automóvil se consideró como comportamiento negligente. Para los niños de 0-4 años de edad, cualquier incidencia de no tener suficiente comida en la casa para el niño se consideró como comportamiento negligente, como fue cualquier caso de no ser capaz de escuchar a un niño cuando gritó y el padre estaba fuera de la habitación. Para todos los grupos de edad, no mantener la casa lo suficientemente caliente en cualquier ocasión cuando hacía frío fuera se determinó a ser un comportamiento negligente (Straus, Kantor & Holt, 2004).

Para la versión que se utilizó en este estudio, primero, se calcula una cuenta de conteo de comportamientos negligentes. Este puntaje refleja el número de comportamientos negligentes que reportaron los padres y se obtiene sumando los ítems dicotomizados. Para niños de 0 a 4 años hay 30 ítems. Así, el conteo de conductas negligentes puede variar de 0 a 30. En segundo lugar, se calcula una puntuación dicotómica, donde los padres reciben una puntuación de '1' si informaron de uno o más comportamientos negligentes y los padres que no reportaron conducta negligente obtuvieron un puntaje dicotómico de '0'. En tercer lugar, se calcula una puntuación de la suma de conductas negligentes. Este puntaje se crea al transformar los puntajes de los ítems en puntajes z por separado por grupo de edad y luego se suman para obtener una puntuación total de la negligencia. La suma registra los ítems combinados usando ambas categorías de respuesta y por lo tanto resultó en una puntuación total para la escala completa. La ventaja de este método es que produce una puntuación con un significado claro e interpretable. Una puntuación de 0 significa que el sujeto no experimentó ninguno de los comportamientos en la escala, una puntuación de tres indica que experimentó tres de ellos, etc. (Kantor, Holt & Straus, 2004).

El umbral para establecer el daño debe ser determinado empíricamente

Una dificultad importante con la conceptualización y la medición de la conducta negligente es la falta de evidencia empírica sobre la nocividad de cada conducta presumiblemente negligente que podría ser perjudicial. El daño no puede utilizarse como criterio por las razones expuestas anteriormente. Algunos comportamientos negligentes, como el abandono de un niño, parecen ser más graves o peligrosos para un niño que otros, tales como no mantener un ojo en un niño. Pero esto se basa en presunciones culturales, no en pruebas científicas (Straus & Kantor, 2005). La única certeza es que cuanto más frecuentemente ocurran los comportamientos negligentes, mayor es el riesgo para el niño. Esta es una de las razones por las que se ha sugerido anteriormente que la cronicidad de la conducta negligente es crucial, y es una razón por la cual las normas de protección del niño a menudo citan la necesidad de establecer un patrón de conductas como base para presumir maltrato infantil (Straus & Kantor, 2005).

Las medidas deben diseñarse de manera que los umbrales o puntos de corte puedan establecerse empíricamente para satisfacer diferentes objetivos y para adaptarse a circunstancias diferentes, como la edad del niño (Straus & Kantor, 2005). Esto supone que cuanto mayor sea el puntaje en el MNBS, mayor será la probabilidad de comportamiento clínico negligente y, por lo tanto, la necesidad de llevar a cabo una investigación clínica más profunda. Sin embargo, esta suposición debe ser confirmada por la evidencia empírica de que las puntuaciones MNBS se correlacionan con el nivel clínico de comportamiento negligente (Straus & Kantor, 2005).

7.2.1.5. Propiedades psicométricas de la escala MNBS

Las propiedades psicométricas del instrumento han sido documentadas en diversos estudios internacionales que hacen del instrumento una herramienta confiable y con cierta validez de constructo, para estimar la negligencia parental en diversas poblaciones. Sin embargo, los autores señalan la necesidad de continuar confirmando estos hallazgos profundizando en estudios posteriores.

Respecto las mediciones de confiabilidad de la consistencia interna, como el alfa de Cronbach (1970), son casi seguras de ser bajas para las medidas de comportamiento negligente en la población general porque los ítems son eventos relativamente raros. Lo anterior, porque los comportamientos juzgados como negligentes son diversos y no necesariamente están correlacionados entre sí. Sin embargo, la ocurrencia de una conducta negligente específica es una indicación de conducta negligente sin importar si está correlacionada con otros comportamientos negligentes. La conceptualización de la negligencia como un comportamiento definido por las normas culturales hace que sea apropiado combinar elementos de comportamiento negligente no correlacionados en una escala. Esto se debe a que cualquier ocurrencia de estos comportamientos indica violar la norma, independientemente de si la ocurrencia de un comportamiento negligente se asocia con una tendencia promedio para que los otros se produzcan (es decir, independientemente de si los elementos están correlacionados). Por ejemplo, en el Estudio Gallup de 1995 (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore & Runyan, 1998), el hecho de no llevar a un niño a un médico o al hospital cuando el niño lo necesitaba fue informado por sólo el 4% (Straus & Kaufman Kantor, 2004).

La posibilidad de que una escala válida que mida la negligencia pueda tener un coeficiente de confiabilidad bajo puede parecer contradicha por el principio de que un instrumento, que carece de confiabilidad, también debe carecer de validez. Este principio, sin embargo, se aplica a la consistencia temporal (fiabilidad test-retest), no a la confiabilidad de consistencia interna. Un instrumento puede tener un coeficiente alfa cero de consistencia interna y también ser válido (Acock, 1997; Turner y Wheaton, 1995). Un ejemplo es Escala de Tácticas de Conflicto entre Padres e Hijos (Straus et al., 1998). El coeficiente alfa para este instrumento es cercano a cero, porque los padres son propensos a cometer sólo uno o dos de estos actos más atroces. El instrumento es válido porque la ocurrencia de incluso uno de estos actos indica que se ha producido una agresión severa.

7.2.1.6. Limitaciones de la escala MNBS

Uno de los aspectos más ambiguos de la definición y la medición de la negligencia se refiere a la pregunta sobre cuando la conducta parental debe ser clasificado como negligente (Straus & Kaufman, 2005). El MNBS permite operacionalizar la idea de que el comportamiento negligente debe medirse de una manera que tenga en cuenta si existe un patrón de comportamiento negligente que va más allá de un solo incidente. Esto se hizo mediante la presentación de datos sobre el porcentaje de estudiantes que experimentaron tres o más de los comportamientos negligentes (Straus, 2006).

Otra dificultad se da con las tasas de prevalencia basadas en el MNBS es que probablemente deberían ser considerados como estimaciones de "límite inferior" porque no todos los encuestados revelarán, y mucho menos revelarán completamente sus conductas negligentes. Las tasas verdaderas podrían ser mucho más altas. Otro problema, sin embargo, es casi lo contrario. Es que una puntuación alta en el MNBS no significa necesariamente que el comportamiento del cuidador corresponde a comportamientos que llevaría a los Servicios de Protección Infantil para confirmar la presencia de negligencia. En principio, esto se debe regir por los estatutos de abuso y negligencia infantil de cada país (Straus & Kantor, 2004).

7.2.1.7. Usos de la escala: Multidimensional Neglectful Behavior Scale (MNBS)

La escala se puede utilizar para estimar las tasas de prevalencia de conductas negligentes en diferentes tipos de poblaciones, normales y clínicas. Así mismo, la escala se puede utilizar para la investigación epidemiológica sobre prevalencia, factores de riesgo y efectos. El MNBS permite realizar investigaciones que normalmente no se pueden realizar con una muestra puramente clínica, ya que raramente se dispone de una muestra de no-maltrato para comparación (ver Kinard, 1994, 1995 en Straus, 2004).

El MNBS puede ser igualmente útil en la investigación sobre los efectos de este tipo de maltrato en la población general. Se plantea que el uso del MNBS permite la detección de muchos más casos de conducta negligente de lo que de otra manera se detectaría, y que esta información será útil en la formulación de medidas para ayudar a los

niños y los padres cuando se descubre la presencia de comportamientos negligentes. Por otro lado, la escala podrá ser una herramienta importante para evaluar programas de prevención y tratamiento de negligencia. Por último, los ítems de la escala MNBS también se pueden usar para medir la naturaleza y el alcance del comportamiento negligente, esto se puede realizar de manera global o mediante la codificación de eventos discretos (Straus, 2004).

7.2.1.8. Estudios con el MNBS

Diversos han sido los estudios en los cuales se han utilizado la escala, tanto para investigar las propiedades psicométricas de esta como para determinar la prevalencia de la negligencia, y para determinar la relación entre negligencia con otras variables, como el alcohol. En un primer estudio en el que se examinan las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de mujeres de bajos ingresos los resultados dieron cuenta que el modelo no encajaba bien con los datos (Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting & Dubowitz, 2002). En otro estudio, se reportó la prevalencia de comportamientos negligentes por los padres de estudiantes universitarios en 17 países (6 europeos, 2 de Norte América, 2 en Latinoamérica, 5 en Asia, Australia y Nueva Zelanda), los resultados mostraron altos índices de comportamientos negligentes tanto en países desarrollados como subdesarrollados y en sectores privilegiados de esos países (Savage & Strauss, 2005). Adicionalmente, el estudio en el cual fue utilizada la Escala versión breve para adultos, completada por 7179 estudiantes de 33 Universidades en 17 países; se obtuvo un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.72, junto con evidencia de validez. Además, el estudio reveló altas tasas de conducta negligente y se concluyó que el uso del instrumento es suficientemente alentador para ser utilizada en una variedad de ambientes culturales (Straus, 2006). En otra investigación se compara a niños con edades entre 6 a 15 años pertenecientes a una muestra clínica de 144 niños en total, los resultados muestran que la MNBS-CR versión para niños, presenta altos niveles de confiabilidad y cierta validez de constructo. Los niños pequeños y mayores desatendidos puntuaron

significativamente más alto en el MNBS-CR, que los niños de la población general (Kaufman, Holt, Hebert & Straus, 2004). En otro estudio, sobre la versión de MNBS versión para padres, con una muestra de 1383 padres, se comparan ambas versiones de la escala; los resultados señalan que la versión abreviada de la escala tuvo satisfactorios niveles de confiabilidad y cierta evidencia de validez de constructo, pero en menor medida que la escala original (Kaufman Kantor et al, 2004). Otro estudio de adaptación y validación de The Parent-Report Multidimensional Neglectful Behaviour Scale en contexto Portugués, con una muestra de 750 padres de niños en etapa escolar de las ciudades de Lisboa y Oporto; el análisis factorial confirmatorio mostró resultados contradictorios al modelo original de la escala (Neves, 2010). Por otro lado, en un estudio se utilizó la versión corta The Parent-Report Multidimensional Neglectful Behaviour Scale para estimar la prevalencia anual de comportamientos negligentes en la población general de la ciudad de Quebec, Canadá; en una muestra de 3298 madres y 1104 padres de niños entre 6 meses y 15 años; se obtuvo que las tasas anuales de prevalencia variaron entre 20.6% (IC 95% 18.2e23.1) y 29.4% (IC 95% 26.6e32.4) dependiendo de la edad de los niños. Los resultados de los reportes de negligencia pertenecieron principalmente a los niños menores de dos años (Clément, Bérubé & Chamberland, 2016). Por último, un estudio publicado el año 2016, se busca determinar la relación entre el consumo de alcohol por parte de los padres en múltiples contextos y la ocurrencia de negligencia supervisora y física, dando como resultado que el consumo de alcohol se relaciona con diferentes subtipos de negligencia (Freisthler, Wolf & Johnson-Motoyama 2015).

8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

8.1. Objetivo General

Analizar las propiedades psicométricas de la escala Multidimensional de conductas negligentes MNBS en padres de niños de 0 a 4 años 11 meses de edad pertenecientes a la Región Metropolitana.

8.2. Objetivos específicos

1. Analizar la validez de constructo del instrumento en padres de niños de 0 a 4 años 11 meses de edad pertenecientes de la Región Metropolitana.
2. Analizar la confiabilidad del instrumento MNBS en padres de niños de 0 a 4 años 11 meses de edad pertenecientes a la Región Metropolitana.
3. Analizar la capacidad discriminativa de los ítems del instrumento MNBS en padres de niños de de 0 a 4 años 11 meses de edad pertenecientes a la Región Metropolitana.

8.3. Hipótesis

Se espera que la escala tenga adecuadas características psicométricas, tanto para la validez de constructo, consistencia interna como de la capacidad discriminativa de los ítems.

9. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la investigación se utilizó una metodología de estudio instrumental de la escala MNBS que mide el constructo psicológico de la negligencia. (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

a) Participantes:

Muestra

Para responder a los objetivos de la presente investigación, participaron 308 padres de niños entre 0 y 4 años 11 meses de edad, pertenecientes mayormente a comunas del sector Oriente de la Región Metropolitana y a la comuna de El Bosque perteneciente a la Región Metropolitana. El N fue establecido en base a la recomendación habitual de utilizar una muestra 10 veces mayor que el número de variables o ítems ($N = 10k$ donde k es el número de ítems o variables; Nunnally, 1978), para estudios factoriales.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los siguientes: ser madre o padre de niño(a) s entre 0 y 4 años 11 meses de edad, ausencia de trastornos mentales de los cuidadores y ausencia de enfermedades crónicas del niño, además, que los padres tuvieran un nivel cultural adecuado a modo de asegurar la comprensión lectora de los participantes al responder el instrumento.

Otras variables que fueron consideradas en la muestra corresponden a la edad de los cuidadores participantes, edad de los niños/as, género de cada uno, estado civil, nivel educacional, profesión y ocupación.

Muestreo

La selección de los individuos se realizó a través de un muestreo no probabilístico y por bola de nieve (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En general, los muestreos no probabilísticos se caracterizan porque la elección de los elementos que componen la

muestra depende de razones relacionadas con las características de la investigación. Esto implica que la selección de los individuos que constituyen la muestra no dependió de la probabilidad o del azar, sino de la accesibilidad de los participantes y de su voluntad de participar en el estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

El muestreo no probabilístico por bola de nieve, también conocido como muestreo “por redes” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), consiste en una estrategia donde se le consulta a los individuos de la muestra inicial si tienen acceso a otros sujetos que comparten los criterios de inclusión, los que son contactados y posteriormente incorporados a la muestra definitiva.

b) Instrumentos de Medición:

Se utilizó *The Multidimensional Neglectful Behavior Scales versión P*, MNBS-P, es decir, la escala Multidimensional de Comportamiento Negligente versión completa para padres de niños de 0 a 4 años 11 meses de edad, desarrollada por Murray Strauss, Glenda Kantor y Melisa Holt de la Universidad de New Hampshire (Straus, Kantor & Holt, 2004).

La escala está diseñada para medir el descuido de cuatro necesidades básicas de desarrollo: (1) descuido de necesidades físicas tales como alimentos, ropa, vivienda, atención médica; (2) necesidades emocionales como afecto, compañerismo, apoyo; (3) necesidades de supervisión tales como establecer límites, asistir a mal comportamiento, conocer el paradero del niño y amigos; Y (4) necesidades cognitivas tales como leer al niño, y explicar cosas. La modalidad de aplicación es autoreporte o autoinforme. La escala está compuesta por 37 ítems comprendida por cuatro subescalas: necesidades Emocionales (8 ítems), necesidades Cognitivas (6 ítems), necesidades de supervisión (6 ítems) y Necesidades físicas (10 ítems). Para esta investigación se consideraron las 30 preguntas que buscan determinar el descuido de las necesidades antes mencionadas, no se incorporan los 7 ítems complementarios (instrumento en Anexo).

La escala corresponde a un cuestionario estructurado con diversos ítems, en cada uno de ellos se presenta una situación que describe cómo interactúan los padres y los hijos, debiendo el cuidador recordar si en los últimos 6 meses, la situación descrita en el ítem es similar a lo ocurrido con su hijo.

La forma de responder el instrumento es través de la escala de respuesta tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que van de a=*En lo absoluto se parece* b= *Se parece un poco* c= *Algo más parecido* a d=*Realmente se parece mucho*. En este estudio se realizó una modificación a la versión original donde se incorporó la opción e= ninguna de las anteriores.

Además, se crea una escala de antecedentes sociodemográficos.

c) Procedimiento:

En primer lugar, la escala MNBS fue traducida y adaptada al español previa autorización de los autores, para su utilización en el presente estudio. Estos procedimientos se realizaron de acuerdo a las siguientes etapas:

Se le solicitó a una traductora bilingüe que tradujera la escala de su versión original en inglés al español. Posteriormente, se solicitó a un panel de 3 expertos en desarrollo infantil revisar la escala, respecto la claridad en la formulación de los ítems y entregó sugerencias para la redacción, elección de términos, según fuera lo más adecuado en términos del lenguaje y la forma de preguntar del instrumento a las formas lingüísticas chilenas. La traducción fue aprobada por el panel de expertos, considerando las modificaciones, finalmente, se editó la versión de la escala que se utilizaría en la aplicación de la muestra.

La administración de la escala fue individual y en forma de autoreporte, aspectos que fueron informados previamente a cada una de las personas que conformaron la muestra. Adicionalmente, un aspecto importante fue el cuidado y resguardo de los aspectos éticos, dada la temática del estudio, razón por la cual se preparó un formulario de consentimiento informado a ser firmado por el/los cuidador/es, que consignó la

confidencialidad en términos de anonimato y autorizó el uso de los registros con fines de evaluación e investigación.

La obtención de la muestra comenzó en el mes de marzo del 2016 y el tiempo estimado fue de tres meses para conseguir la muestra y completar el cuestionario. Sin embargo, este proceso resultó muy dificultoso de llevar a cabo, ya que tomó mucho más tiempo del establecido, dado que la muestra se obtuvo a través de la red de contactos personales del autor del estudio. Este proceso, se desarrolló por un lado, contactando a familiares, amigos, conocidos, otros contactos, quienes cumplieran con los criterios de inclusión del estudio; vía telefónica y electrónica principalmente. A continuación, cuando accedían a participar y en coordinación conjunta, se les hacía entrega del instrumento, esto significó acudir a domicilios u otros lugares definidos por los participantes. Posteriormente la recolección de los cuestionarios se hizo previo acuerdo con cada uno de los padres, considerando un tiempo adecuado para contestar la escala, tiempo de 2 a 3 semanas aproximadamente. No obstante, el tiempo fue relativo, como se señaló anteriormente.

Además, para poder completar el N de la muestra requerido para llevar a cabo el estudio, se acudió a un par de jardines infantiles de la comuna de El Bosque, previo contacto con sus Directoras, quienes aceptaron participar del proyecto. En conjunto con ellas se evaluó la mejor modalidad para aplicar el instrumento, optando por la entrega en un sobre cerrado con ambos documentos, el consentimiento informado y el cuestionario. En estos establecimientos, los cuestionarios fueron distribuidos por las educadoras a cargo de los cursos, considerando los padres que cumplieron con los requisitos de la muestra y que deseaban participar de forma voluntaria. El tiempo para llevar a cabo la entrega y luego la aplicación de la escala en los jardines fue de 1 mes. Posteriormente, para la recolección de los cuestionarios también se estableció un tiempo determinado, sin embargo, hubo que extender el plazo debido a imponderables de coyuntura nacional, como el paro del Sector Público que ocurrió a final del año 2016, del que dependían ambos establecimientos y por tanto, dejaron de funcionar. Ante lo cual, fue necesario solicitar más tiempo para lograr obtener la muestra.

d) Análisis de los datos

Para describir la muestra se utilizó estadísticos descriptivos como moda, mediana, promedio, entre otros, para lo cual se empleó el software estadístico EXCEL.

Para evaluar la validez de constructo, se utilizó la técnica de análisis factorial exploratorio empleando como método de extracción el de mínimos cuadrados ordinarios sobre matriz policórica con prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de Kayser Meyer Olkin (KMO), para lo cual se utilizó el software estadístico FACTOR (LLoret et al., 2014).

Para determinar la confiabilidad se evaluó la dimensión de consistencia interna con el estadístico Kuder Richardson.

Por último, para analizar la capacidad discriminativa de los ítems se utilizó el estadístico de la correlación biserial puntual.

10. RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos de los diferentes análisis realizados a los datos recopilados. Para el análisis de las propiedades psicométricas de la escala MNBS P, se comienza con la descripción de la muestra; el análisis descriptivo de los ítems para cada escala según la frecuencia de las respuestas y las correlaciones ítems-sub escala para dar cuenta de la homogeneidad (correlación inter-ítem) de cada escala y del test general. A continuación, el análisis de la validez de constructo, luego, la estimación de la confiabilidad de la escala y por último, el análisis de la capacidad de discriminación de los ítems del instrumento..

10.1. Descripción de la muestra

Características del niño

Si bien se observa una similar cantidad de niños de ambos géneros, existe un número mayor de hombres con un total de 171, que corresponde al 55,5% del total de la muestra. La edad de los niños involucrados en el estudio fluctúa desde los 0 hasta los 59 meses, con una media de 35,41 meses y una desviación estándar 14,48 meses.

Tabla 1: Edad según género de los niños

VARIABLE	CATEGORÍA	n	%	promedio en meses	DS	Min	Max
Género	Hombre	171	55,5	35,2	14,48	0,6	59
	Mujer	137	44,4	35,5	14,48	0,4	59
	Total válido	308	100				

Características del cuidador

Respecto de los cuidadores las edades fluctuaron entre los 19 y 45 años, con una media de 34,1 años y una desviación estándar de 5,89 años. La mayoría de los cuidadores fueron madres (83%), con un nivel educacional superior universitaria completa (58%), incluso con estudios de post grado (12%). Respecto del estado civil, la mayoría de los padres declararon estar casados (69%) y un 29% reportó estar solteros. En relación a su situación laboral casi la totalidad de la muestra reportó tener un trabajo remunerado (93%), ya sea como independiente o dependiente, en tanto el porcentaje restante no trabaja remuneradamente.

Tabla 2: Edad según género del cuidador

VARIABLE	CATEGORÍA	n	%	promedio	DS	Min	Max
Género	Hombre	50	16	36	5,9	25	45
	Mujer	258	83	33,7	5,9	19	45
Total válido		308	100				

Tabla 3: Características del cuidador (Tabla continua página siguiente)

VARIABLE	CATEGORÍA	n	%
Parentesco	Madre	258	83
	Padre	50	16
	Total válido	308	100

VARIABLE	CATEGORÍA	n	%
Escolaridad	Básica	4	1
	Media	42	14
	Media incompleta	14	5
	Técnica	31	10
	Universitaria	178	58
	Univ. incompleta	2	1
	Postgrado	37	12
	Total válido	308	100
Estado civil	Soltero	90	29
	Casado	211	69
	Divorciado	6	2
	Conviviendo	1	0
	Total válido	308	100
Situación laboral	Cesantes	21	7
	Ocupados	287	93
	Total válido	308	100

Previo a evaluar la consistencia interna y dimensionalidad del instrumento, se realizaron análisis descriptivos para tener evidencia de la forma de la distribución de las variables estudiadas.

10. 2. Análisis descriptivo para cada sub-escala

Para la mayoría de las respuestas de la muestra se obtuvo un resultado homogéneo, es decir, casi todos los que contestaron el cuestionario respondieron de la misma manera.

Se efectuó el análisis descriptivo de los ítems, el que se realizó para cada uno de los ítems que componen el instrumento. A continuación se presenta cada sub escala con los porcentajes para cada categoría de respuesta.

Tabla 4: Escala Necesidades Emocionales, ítems 1 al 8:

ITEM	No en lo Se absoluto se parece	Se Parece un poco	Algo más parecido	Realmente Se parece mucho	Ninguna de las anteriores
1	3 (1%)	6(1,9%)	16 (5,2%)	279 (90,6%)	4 (1,3%)
2	4 (1,3%)	7 (2,3%)	23 (7,5%)	273 (88,6%)	1 (0,3%)
3	0 (0,0%)	5 (1,6%)	17 (5,5%)	284 (92,2%)	2 (0,6%)
4	0 (0,0%)	8 (2,6%)	32 (10,4%)	266 (86,4%)	2 (0,6%)
5	2 (0,6%)	11 (3,6%)	30 (9,7%)	261 (84,7%)	4 (1,3%)
6	1 (0,3%)	1 (0,3%)	4 (1,3%)	302 (98,1%)	0 (0%)
7	1 (0,3%)	0 (0%)	12 (3,9%)	293 (95,1%)	2 (0,6%)
8	0 (0,0%)	4 (1,3%)	17 (5,5%)	285 (92,5%)	2 (0,6%)

En esta sub escala se observa como la mayoría de la muestra reportó no ser negligente con las necesidades afectivas de sus hijos.

Tabla 5: Escala Necesidades Cognitivas, ítems 9 al 14:

ITEM	No en lo absoluto parece	lo Se parece un poco	Algo parecido	más Realmente se parece mucho	Ninguna de las anteriores
9	2 (0,6%)	7 (2,3%)	52 (16,9%)	246 (79,9%)	1 (0,3%)
10	1 (0,3%)	5 (1,6%)	22 (7,1%)	280 (90,9%)	0 (0%)
11	4 (1,3%)	19 (6,2%)	64 (20,8%)	20 (71,4%)	1 (0,3%)
12	22 (7,1%)	52 (16,9%)	71 (23,1%)	159 (51,6%)	4 (1,3%)
13	6 (1,9%)	12 (3,9%)	27 (8,8%)	259 (84,1%)	4 (1,3%)
14	5 (1,6%)	17 (5,5%)	67 (21,8%)	216 (70,1%)	3 (1,0%)

En esta sub escala se observa como la mayoría de la muestra reportó bajo número de conductas negligentes.

Tabla 6: Escala Necesidades de Supervisión, ítems 15 al 20:

ITEM	No en lo absoluto parece	lo Se parece un poco	Algo parecido	más Realmente se parece mucho	Ninguna de las anteriores
15	264 (85,7%)	19 (6,2%)	10 (3,2%)	4 (1,3%)	11 (3,6%)
16	278 (90,3%)	16 (5,2%)	3 (1,0%)	1 (0,3%)	10 (3,2%)
17	5 (1,6%)	4 (1,3%)	16 (5,2%)	280 (90,9%)	3 (1,0)
18	7 (2,3%)	10 (3,2%)	55 (17,9%)	225 (73,1%)	11 (3,6%)
19	4 (1,3%)	6 (1,9%)	26 (8,4%)	254 (82,5%)	18 (5,8%)
20	293 (95,1%)	1 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,6%)	12 (3,9%)

En esta sub-escala los cuidadores reportaron el mayor número de conductas negligentes en relación a otro tipo de necesidades. Esto debido a que para alguno de estos ítems, cualquier ocurrencia se considera como conducta negligente.

Tabla 7: Escala Necesidades Físicas ítems 21 al 30:

ITEM	No en lo absoluto parece	lo Se parece un poco	Algo parecido	más Realmente se parece mucho	Ninguna de las anteriores
21	1 (0,3%)	14 (4,5%)	49 (15,9%)	240 (77,9%)	4 (1,3%)
22	1 (0,3%)	0 (0%)	13 (4,2%)	294 (95,5%)	0 (0%)
23	1 (0,3%)	1 (0,3%)	24 (7,8%)	281(91,2%)	1 (0,3%)
24	0 (0%)	1 (0,3%)	5 (1,6%)	302 (98,1%)	0 (0%)
25	4 (1,3%)	2 (0,6%)	12 (3,9%)	288 (93,5%)	2 (0,6%)
26	5 (1,6%)	7 (2,3%)	31(10,1%)	264 (85,7%)	1 (0,3%)
27	272 (88,3%)	9 (2,9%)	12 (3,9%)	9 (2,9%)	6 (1,9%)
28	252 (81,8%)	19 (6,2%)	12 (3,9%)	19 (6,2%)	6 (1,9%)
29	3 (1,0%)	7 (2,3%)	16 (5,2%)	281(91,2%)	1 (0,3%)
30	24 (7,8%)	3 (1,0%)	9 (2,9%)	269 (87,3%)	3 (1,0%)

Esta sub escala da cuenta que los cuidadores reportaron cierto nivel de conductas negligentes pero en menor grado en relación a la escala anterior.

Entonces, en relación a los ítems contestados por la totalidad de la muestra, se observa un alto grado de homogeneidad en la proporción de respuestas, razón por la cual se observa poca varianza, es decir, existe baja variabilidad de las respuestas en la mayoría de los ítems. La mayoría de los cuidadores concentró sus respuestas en una conducta “no negligente” (86,1%). Respecto de las tablas de cada sub escala, se puede observar que la

subescala de necesidades de supervisión presenta una mayor cantidad de conductas negligentes y en segundo lugar se observa la sub escala de necesidades físicas. Siendo la sub escala de necesidades emocionales, la que presenta el menor porcentaje de conductas negligentes al igual que la sub escala de necesidades cognitivas. Específicamente, el ítem con mayor variabilidad corresponde a la pregunta N° 18 “*Distrae a su hijo cuando trata de hacer algo que pudiera ser peligroso (tirar el enchufe, tocar la cocina)*” el 23.4% de la muestra reportó alguna frecuencia considerada como conducta negligente. Otro ítem que presenta variabilidad, el N° 15 “*¿ha dejado a su hijo/a solo en el auto por un periodo corto de tiempo?*” el 10.4% reportó alguna frecuencia considerada como conducta negligente. Por último, el ítem N° 21 correspondiente a la sub- escala de necesidades físicas, también mostró mayor variabilidad en sus respuestas. La pregunta fue *¿Le da a su hijo alimentación variada y completa nutricionalmente (acordes las sugerencias del médico, enfermera, etc., en los últimos 6 meses?*

10.3. Estimación de las conductas negligentes

Para realizar los análisis correspondientes, tal como plantean los autores del instrumento, se dicotomizaron las respuestas, asignando “0” a la alternativa que no presenta conducta negligente y “1” a la alternativa que representa algún tipo de conducta negligente. La puntuación de Comportamientos Negligentes se obtiene al: (1) dicotomizar los ítems de la siguiente manera: Para los ítems escritos en la dirección no negligente (por ejemplo, “¿Le ha hecho cariño o besado a su hijo? ”), las respuestas “No, en lo absoluto se parece” fueron codificadas como comportamientos negligentes “1”. Para los ítems escritos en la dirección negligente (por ejemplo, “No tenía suficiente comida en casa para el niño”), “Realmente se parece mucho” y “Algo más parecido” fueron codificados como comportamientos negligentes “1”. Las excepciones a estas reglas se hicieron sobre la base de: (1) si el comportamiento podría resultar en un daño inminente, y (2) adecuación de desarrollo del artículo. Estas excepciones se aplicaban a 6 elementos de la escala. Para los niños de 0 a 4 años, cualquier ocurrencia de dejar a un niño en el automóvil se consideró

como comportamiento negligente. Para los niños de 0-4 años de edad, cualquier incidencia de no tener suficiente comida en la casa para el niño se consideró como comportamiento negligente, como fue cualquier caso de no ser capaz de escuchar a un niño cuando lloró y el padre estaba fuera de la habitación. Para todos los grupos de edad, no mantener la casa lo suficientemente caliente en cualquier ocasión cuando hacía frío fuera se determinó a ser un comportamiento negligente. En la dicotomización, se dejaron fuera del análisis las alternativas que corresponden a las respuestas “ninguna de las anteriores”.

Tabla 8: Distribución Dicotomizada de Conductas Negligentes

	Total		Emocional		Cognitivo		Supervisión		Física	
	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución
No Negligente	124	40.3%	300	97.4%	279	90.6%	184	59.7%	224	72.7%
Negligentes	184	59.7%	8	2.6%	29	9.4%	124	40.3%	84	27.3%

Respecto de la tabla anterior, se puede observar que la sub-escala de necesidades de supervisión es la que presenta un mayor porcentaje de reportes conductas negligentes (40,3%) del total de la muestra, en relación al resto de las otras tres sub-escalas. En cuanto a la sub-escala de necesidades emocionales, los valores indican que presenta el menor porcentaje de reportes de conducta negligente, con un 2,6% del total de la muestra.

En la tabla siguiente se puede encontrar el detalle del número de conductas negligentes para el total de la muestra y para cada sub escala.

Tabla 9: Distribución Dicotomizada de Conductas Negligentes

	Total		Emocional		Cognitivo		Supervisión		Física	
	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución
0	124	40.3%	300	97.4%	279	90.6%	184	59.7%	224	72.7%
1	95	30.8%	5	1.6%	24	7.8%	97	31.5%	44	14.3%
2	47	15.3%	3	1.0%	2	0.6%	23	7.5%	26	8.4%
3	26	8.4%			1	0.3%	3	1.0%	10	3.2%
4	5	1.6%			1	0.3%	0	0.0%	4	1.3%
5	9	2.9%			1	0.3%	1	0.3%		
6	0	0.0%								
7	1	0.3%								
8	0	0.0%								
9	0	0.0%								
10	0	0.0%								
11	1	0.3%								

En la tabla se muestra la distribución de las conductas negligentes reportadas, las cuales fueron desde 0 conductas negligentes hasta un máximo de 11 conductas

negligentes. Se puede destacar que del total de la muestra que reportó conductas negligentes (184 padres), el 91,3% se distribuye entre 1 y 3 conductas negligentes.

Tabla 10: Distribución Dicotomizada de Conductas Negligentes para grupo con bajo nivel educacional (60 padres)

	Total		Emocional		Cognitivo		Supervisión		Física	
	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución	Distribución de los casos	% de Distribución
No Negligente	10	16.7%	56	93.3%	50	83.3%	37	61.7%	18	30.0%
Negligentes	50	83.3%	4	6.7%	10	16.7%	23	38.3%	42	70.0%
0	10	16.7%	56	93.3%	50	83.3%	37	61.7%	18	30.0%
1	16	26.7%	2	3.3%	8	13.3%	21	35.0%	18	30.0%
2	14	23.3%	2	3.3%	0	0.0%	2	3.3%	12	20.0%
3	10	16.7%			1	1.7%			8	13.3%
4	2	3.3%			1	1.7%			4	6.7%
5	7	11.7%								
6	0	0.0%								
7	0	0.0%								
8	0	0.0%								
9	0	0.0%								
10	0	0.0%								
11	1	1.7%								

En la tabla se puede observar cómo la variable nivel educacional correlaciona con un mayor reporte de conductas parentelas negligentes 83, 3%, donde se observa un mayor descuido de las necesidades físicas en comparación a las otras necesidades.

Tabla 11: Concentración de frecuencia de respuesta de la muestra.

Rangos de concentración de frecuencia de respuesta					
SubEscala	< 70 %	70%-80%	80%-90%	90%-100%	Items
Emocional	-	-	3	5	8
Cognitiva	1	3	1	1	6
Supervisión	-	1	2	3	6
Física	-	1	4	5	10
Total	1	5	10	14	30

En esta tabla se puede observar como la muestra responde de manera homogénea en la mayoría de los ítems, lo que da cuenta de la baja variabilidad en las respuestas de la escala.

10.4. Análisis validez de constructo de la escala

Para explorar la validez de constructo se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE) en este análisis se excluyeron los ítems de la escala que no tuvieron puntaje de correlación. Para llevar a cabo este análisis se utilizó el programa estadístico *FACTOR* (LLoret-Segura et al., 2014) del cual no se obtuvo un resultado satisfactorio, dado que se presenta una baja variabilidad en las respuestas de la muestra, no fue posible obtener un resultado satisfactorio porque la matriz policórica no presenta características adecuadas para hacer el análisis factorial exploratorio considerando que el valor mínimo aceptable es de 0.5. y en este caso se obtuvo 0.254, valor bajo lo esperado, lo que se observa a continuación:

Tabla 12: Resultado Medida Kaiser- Meyer–Olkin de adecuación de muestreo

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,254
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chicuadrado	619,400
	Gl	120
	Sig.	0,000

10. 5. Análisis de consistencia interna de la escala

Para el análisis de la consistencia interna de la MNBS-P se utilizó la técnica de Kuder-Richardson, dado que los ítems fueron calificados de forma dicotómica (Cervantes, 2005). Se consideraron los ítems específicos para cada una de las cuatro sub escala. A continuación los resultados para cada sub escala:

Tabla 13: Resultado Consistencia interna de la escala

	Emocional	Cognitiva	Supervisión	Física
Kuder-Richardson	0,449	0,535	0,266	0,528
Nº de ítems	8	6	6	10

La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. El rango de valores para estimar la medida Kuder Richardson plantea como óptimo para un valor sobre 0,8; un valor sobre 0,6 se considera aceptable; un valor debajo de 0,6 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable (Cervantes, 2005).

Los resultados del análisis de la consistencia interna revelaron valores de .449 para la escala de necesidades emocionales, .535 para la cognitiva, .266 para la de supervisión y .528 para la física. En consecuencia se puede concluir que las escalas presentan valores bajo 0,6, por lo tanto, muestran un bajo nivel de confiabilidad.

10.6 Discriminación de los ítems

Para evaluar la capacidad de discriminación de los ítems de la escala, se llevó a cabo la correlación ítem-sub-escala y correlación ítem-test, obtenida a través del coeficiente de correlación Biserial Puntual. Se consideran adecuados valores mayores o iguales a 0, 25-0,30 (Nunnally & Bernstein, 1995 en Carretero y Perez, 2005). A continuación se presenta el análisis de correlación biserial puntual de los ítems que componen la escala MNBS-P.

Tabla 14: Correlación Biserial Puntual para cada uno de los ítems y cada una de las 4 Sub-Escala

Correlación Biserial Puntual

Items	Emocional	Cognitivo	Supervision	Fisico	
Emocional	1	0.70	0.04	0.02	
	2	0.72	-0.03	0.00	
	3	0.00	0.00	0.00	
	4	0.00	0.00	0.00	
	5	0.34	0.55	0.00	-0.04
	6	0.48	0.44	0.12	0.17
	7	0.48	0.44	0.12	0.17
	8	0.00	0.00	0.00	0.00
Cognitivo	9	0.51	0.71	0.11	0.10
	10	0.48	0.44	0.12	0.17
	11	0.48	0.60	0.08	0.10
	12	0.07	0.69	-0.04	0.19
	13	0.38	0.77	0.03	0.03
	14	0.09	0.53	0.12	-0.04
Supervision	15	-0.05	-0.01	0.51	-0.04
	16	-0.04	-0.04	0.48	0.03
	17	0.26	0.09	0.45	0.03
	18	0.01	0.09	0.70	-0.11
	19	-0.02	-0.03	0.24	0.31
	20	-0.02	0.04	0.16	0.02
Fisico	21	-0.01	0.10	0.04	0.17
	22	-0.01	-0.01	0.04	0.10
	23	-0.01	-0.01	0.04	0.10
	24	0.00	0.00	0.00	0.00
	25	-0.02	-0.03	0.00	0.17
	26	-0.02	-0.03	0.02	0.17
	27	0.04	0.05	0.06	0.58
	28	0.05	0.12	-0.04	0.76
	29	0.15	0.13	0.00	0.65
	30	0.11	0.17	-0.05	0.69

Respecto de los ítems que pertenecen a la sub-escala emocional, 5 ítems presentan correlación con el factor al cual pertenece o con su misma sub-escala emocional, es decir, poseen cierto grado de discriminación que varía entre 0,34 y 0,72. Los ítems pertenecientes a la sub escala emocional, presentan menores grados de correlación con

los otros tres factores pertenecientes a las tres sub-escalas (cognitiva, supervisión y física) Cabe señalar, que los ítems N° 3, 4 y 8 carecen de utilidad para discriminar al obtener un valor de 0.00.

Respecto de los ítems de la sub-escala cognitiva presentan correlación con el factor al cual pertenece la sub-escala cognitiva, que da cuenta del grado de discriminación con valores que fluctúan entre 0.44 y 0.77. Los ítems de la sub-escala cognitiva presentan menores grados de correlación con los factores pertenecientes a las sub-escalas de supervisión y física, en comparación con el factor perteneciente a la sub-escala emocional.

Respecto de los ítems que pertenecen a la sub-escala de supervisión, cuatro de los ítems presentan correlación con el factor al cual pertenece la sub-escala de supervisión, es decir, poseen cierto grado de discriminación, que varía entre 0.45 y 0.70. Los ítems de la sub-escala de supervisión presentan menores grados de correlación en relación a los demás factores pertenecientes a las tres sub-escalas (emocional, cognitiva y física). Cabe señalar, que en esta sub-escala los ítems que menor correlacionan con la sub-escala a la cual pertenecen son los ítems n° 19 y 20 con valores bajo lo esperado.

Por último, respecto de los ítems de la sub-escala física en relación a su misma sub-escala, cuatro de los ítems presentan correlación lo cual nos indica su grado de discriminación los que fluctúan entre 0.58 y 0.76. Sin embargo, cinco ítems presentan una baja correlación, los ítems N° 21, 22, 23, 25 y 26, valores que fluctúan entre con un valor de 0.10 y 0.17., por tanto, no discriminan. Cabe señalar que el ítem N° 24 carece de utilidad para discriminar al obtener un valor de 0.00. Respecto de los ítems de la sub-escala de necesidades físicas, estos presentan una baja correlación en relación a las otras tres sub-escalas.

En resumen, los ítems de la sub-escala cognitiva en su totalidad presentan los valores más altos de discriminación, por tanto, la sub-escala cognitiva es la que mejor discrimina en comparación con el resto de las sub-escalas. Por otro lado, la sub-escala de necesidades físicas posee la mayor cantidad de ítems con valores bajos de discriminación. Por último, la sub-escala de necesidades emocionales es la que presenta mayor cantidad de ítems que carecen de utilidad para discriminar.

En conclusión, si bien los ítems presentan cierto grado de discriminación, existe un 30 % de los ítems que poseen baja capacidad de discriminación porque los valores son menores a 0.25 (Nunally & Bernstein, 1995).

11.- CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido analizar las propiedades psicométricas de la escala MNBS P versión para padres en población chilena. Los resultados del estudio indican que la escala no muestra una adecuada estructura factorial y consistencia interna, al igual que en otros estudios internacionales. La escala no responde bien a las maneras tradicionales de validación debido a que la estrategia empleada para evaluar la validez de constructo no fue la más adecuada. La baja varianza en las respuestas reportadas por la muestra dificulta cualquier prueba de validez o confiabilidad basada en asociaciones estadísticas como el análisis factorial. Por tanto, no es posible considerar la escala como un instrumento válido y fiable para evaluar la negligencia parental de las necesidades básicas establecidas por la teoría en la que se sustenta el instrumento, en el contexto chileno. Específicamente, tras en el análisis factorial confirmatorio los datos no proporcionan la información suficiente para dar cuenta de la validez de constructo. La fiabilidad de los cuatro factores estuvo por debajo del valor Kuder Richardson recomendado 0.6 (Nunnally, 1978) y, por tanto, la escala presenta una baja confiabilidad.

De forma similar que en otras investigaciones, estos hallazgos son consistentes con lo reportado en estudios previos sobre la MNBS respecto de la dimensionalidad del instrumento, por ejemplo, en un estudio para examinar la fiabilidad y validez de la Escala de Negligencia en una muestra de bajos ingresos en el centro de la ciudad de E.E.U.U. se realizó un análisis factorial confirmatorio, donde el modelo no encajaba bien con los datos (Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting & Dubowitz, 2002). Así mismo, en otro estudio se planteó que una de las limitaciones de la escala dice relación con que sólo hay pruebas limitadas de la validez (Straus & Savage, 2005). Sin embargo, en otras investigaciones realizadas por Strauss y sus colaboradores, indican que esta escala tiene un alto nivel de confiabilidad, de consistencia interna y una validez de construcción moderada, las cuales fueron estimadas a través de la validez de contenido y la validez de criterio, proporcionando evidencias a la validación global del instrumento (Straus, 2006). Aunque hay evidencia de la confiabilidad y cierta evidencia de validez de la MNBS en el contexto cultural

norteamericano, los autores plantean que un instrumento puede tener excelentes propiedades psicométricas en un contexto sociocultural, pero no necesariamente en otro (Straus, 2006).

Lo anterior probablemente obedece al factor de deseabilidad social que está presente en este tipo de escalas y que puede afectar los resultados. Una de las limitaciones de la escala de auto-respuesta, se refiere al efecto que la lectura y la interpretación de ciertos ítems puede ser respondida de acuerdo con lo que es socialmente deseable. Tomando en consideración lo anterior, una de las hipótesis para entender por qué se obtuvo una baja variabilidad en las repuestas, es el efecto que este fenómeno puede haber influido en los resultados. Aún, cuando la escala propone resolver este asunto en la forma en que escribe los ítems, para disminuir el efecto de la deseabilidad social, considerando un 20% de los ítems están redactados en sentido positivo (Straus, 2008), es de suponer que particularmente esta muestra tiende a evitar revelar conductas indeseables.

Del mismo modo, se considera otra hipótesis, uno de los temas centrales asociados a la conceptualización de la construcción de este fenómeno es la variabilidad entre las culturas. En los estudios transculturales del instrumento, las limitaciones encontradas para la validación no tienen que ver tanto con la exactitud de la traducción y la adaptación lingüística del instrumento, sino más bien con el hecho de que ciertas conductas de los padres son considerados negligentes en una cultura, pero no son vistas como negligentes en otras culturas (Straus, 1969). Considerando esta variable, es posible que ciertas preguntas no reflejen aspectos propios de nuestro medio nacional, esto se podría evaluar en futuros estudios sobre el desarrollo de preguntas que profundicen las sub escalas definidas de acuerdo a la cultura local de nuestro país.

Por otro lado, si bien el estudio muestra resultados psicométricos preliminares de la escala no alentadores para su utilización en la población chilena. La posibilidad de evaluar un fenómeno, proceso o variable psicológica se encuentra profundamente determinada por los conocimientos que existan sobre su génesis, desarrollo y consecuencias, así como por el grado en que se haya alcanzado una definición consensuada y operativa (Antequera, 2006). En este sentido, destacar el esfuerzo de los

autores por conceptualizar el fenómeno de la negligencia y proponer una forma de operacionalizar dicho concepto el cual permite (Straus et al., 1995) desarrollar estudios y dar cuenta de este fenómeno en nuestro país.

Así mismo, cabe destacar que se detectan niveles de negligencia que son relevantes de comentar. Particularmente, en este caso se encontró que los niños de esta muestra han experimentado al menos un incidente de negligencia parental durante los últimos 6 meses, específicamente respecto del descuido de sus necesidades de supervisión, por ejemplo, cuando se les pregunta: “¿distrae a su hijo/a cuando trata de hacer algo que pudiera ser peligroso?” y si “¿ha dejado a su hijo/a sólo en el auto por un período corto de tiempo?”. Este hallazgo es consistente con otros estudios que reportan que el descuido en la supervisión es la más frecuentemente reportada (Clément, Bérubé, y Chamberland, 2016).

Según los antecedentes sobre el tema, se sugiere que muchos más niños son víctimas de negligencia no reportada por parte de sus padres, lo cual no significa que no cometan descuido en las necesidades de sus hijos (Clément, Bérubé, y Chamberland, 2016), sobre todo las situaciones de negligencia de los padres con respecto a los niños pequeños quienes merecen una atención considerable aún mayor, debido a sus efectos perjudiciales en el desarrollo del niño en esta etapa temprana.

Adicionalmente, tal como ha sido planteado en diversos estudios sobre los factores asociados al fenómeno, la ocurrencia de la negligencia se ha asociado con un estrato socioeconómico más bajo (Drake y Pandey, 1996; Straus, 2006). Esto lo podemos confirmar en una muestra del estudio correspondiente a 60 padres con un nivel educacional menor (educación básica, media incompleta y media) en comparación con la mayoría de los padres que componen la muestra total. Tal como se muestra en la tabla N° 10, respecto de las conductas parentales reportadas por la muestra, se observa un mayor nivel de negligencia en los padres con nivel educacional menor (83,3%) en comparación con los padres de mejor nivel educacional (59, 7%). Este último dato es importante de destacar en cuanto a que la muestra reporta conductas parentales negligentes, específicamente en lo que respecta al descuido en las necesidades de supervisión, tal como

lo plantean algunos estudios (Clément, Bérubé, y Chamberland, 2016), a diferencia del primer grupo, el cual presenta mayor descuido en las necesidades físicas.

En relación a lo anterior, cabe señalar que en la muestra de padres de nivel educacional menor, hubo mayor variabilidad en las respuestas, lo cual permite pensar en la posibilidad a futuro de replicar el estudio en este tipo de muestras pensando en que los datos funcionarán de mejor manera para dar cuenta de la validez de constructo del instrumento.

Del mismo modo, destacar que de los 30 ítems que componen la escala MNBS P, un número de ellos son rescatables en cuanto a que logran discriminar y correlacionar adecuadamente con el factor que mide la subescala. Estos ítems son en el caso de la sub escala emocional los N° 1,2,5,6,7; para la sub escala cognitiva la totalidad de sus ítems; para la sub escala de supervisión los N° 15,16,17,18 y finalmente para la sub escala física los N° 27, 28, 29, 30. Sin embargo, el resto de los ítems poseen un bajo nivel de discriminación, junto con otros ítems los cuales carecen de utilidad para discriminar, por lo tanto, no pueden correlacionarse con el total de su sub escala, razón por la cual no tienen puntaje en el coeficiente de correlación biserial puntual. Entonces, los 19 ítems que si se ajustan a los datos en Straus et al. (1995) podrían ser una prometedora versión corta de la escala a considerar hasta que se pueda identificar un subconjunto de ítems que sean apropiados para una variedad de poblaciones. (Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting & Dubowitz, 2002). Eventualmente en un estudio futuro se podrían utilizar los ítems que si poseen características adecuadas de discriminación y correlación; junto con revisar los que no funcionaron.

La escala MNBS P presenta muchos desafíos. Primero, teniendo en cuenta que se utilizó un muestreo no probabilístico y por tanto los resultados no son generalizables, son necesarios más estudios que analicen sus propiedades psicométricas con nuevas muestras, tratando de corroborar los resultados obtenidos en otras investigación las cuales si han reportado ciertos datos psicométricos adecuados. En este sentido, sería interesante continuar con estudios de validación de la escala en diferentes muestras, con el propósito de comprobar si la estructura factorial de la escala es válida en aquellas poblaciones.

Igualmente, en relación a la escala MNBS, señalar que algunas preguntas resultaron difíciles de entender, así como también, la forma de responder. Aun cuando la muestra tiene un alto nivel educacional, un porcentaje muestra cierta dificultad para entender la forma de responder los ítems de la escala. Del mismo modo, ocurre con la muestra que proviene de un nivel educacional menor, el cual presenta mayor dificultad para comprender los ítems. En consecuencia, dado que la investigación sobre la negligencia se realiza a menudo con muestras que pueden tener niveles educativos limitados, es fundamental que cualquier escala de autoinforme sea comprensible para los encuestados con niveles de lectura potencialmente limitados, tal como plantean los autores del instrumento (Straus et al, 2004).

Es importante tener en cuenta que la validación de instrumentos en psicología debe ser un proceso continuo, dada la complejidad del concepto de negligencia, por tanto, la evaluación debe procurar utilizar la mayor cantidad de métodos posibles (entrevistas, observación, cuestionarios), incluir a todos los implicados (niños, padres o cuidadores, agresor) y agentes sociales (informes policiales, asistencia sanitaria, servicios sociales comunitarios, colegios, vecinos) así como abarcar el mayor número de áreas posibles (Antequera, 2006). Desde este planteamiento debemos consignar que la escala MNBS es un instrumento que permite complementar la información necesaria para comprender el fenómeno de la negligencia. La importancia de utilizar instrumentos que abarquen las distintas dimensiones de la conducta negligente reside, entre otros motivos, en que cada una de ellas se relaciona de una manera particular con las posibles consecuencias. Así, por ejemplo, parecen ser diferentes las conductas negligentes que dan lugar a problemas escolares de las que se relacionan con problemas cognitivos (Straus y Kantor, 2005). Y, además, es una herramienta breve, de fácil administración, retrospectiva y permite diversas formas de aplicación.

En este sentido, se sugiere lo siguiente: Primero, evaluar la validez de contenido, para establecer en qué medida la escala incluye los elementos necesarios para la representación de este problema en Chile. Segundo, la posibilidad de poder realizar estudios futuros en otras muestras y particularmente en población con menor niveles

educacionales con el objeto de obtener mayor variabilidad en las respuestas y así poder, obtener datos útiles sobre la validez de constructo de la escala MNBS- P. Una alternativa sería obtener información al comparar las puntuaciones MNBS de muestras de casos clínicos de negligencia, confirmados con las puntuaciones de los casos no confirmados y de los casos que se presentan para otros tipos de maltrato, tal como sugieren los autores (Straus, 2004). Por otro parte, para el caso específico de aplicación de la escala, sería fundamental considerar en el aspecto metodológico, el control de la variable de deseabilidad social, por ejemplo, utilizar alguna escala, con el propósito de obtener información que permita validar las respuestas de los encuestados.

Finalmente, señalar la necesidad de fomentar y estimular el avance de estudios sobre este tipo de fenómeno, teniendo en cuenta el nuevo marco legal sobre el maltrato infantil en nuestro país, como oportunidad para el desarrollo investigativo de la negligencia parental, por tanto, otros estudios son necesarios para validar la versión de auto informe de los padres de la escala MNBS en la población chilena, considerando que es un instrumento en desarrollo y por ende perfectible. Por tanto, se sugiere continuar el desarrollo de este instrumento y obtener análisis de validez de la escala desde otros enfoques no correlacionales como validez de contenido y validez de criterio en vez del análisis factorial.

12.- BIBLIOGRAFÍA

1. Action for children, (2013). The state of child neglect in the UK. Available at:https://www.actionforchildren.org.uk/media/5120220/2013_neglect_fullreport_v12.pdf
2. Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M., & Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological systems analysis. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1142-1148.
3. Antequera Jurado, R. (2006). Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 129-148.
4. Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(3), 235-245.
5. Arruabarrena, I., & De PAÚL, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias maltratantes y negligentes y familias alto-riesgo. *Psychosocial Intervention*, 11(2).
6. Arruabarrena, M.I. & De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
7. Azar, S. T. (2002). Parenting and child maltreatment. *Handbook of parenting*, 4, 361-388.
8. Bailey, H. N., De Oliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. N., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child abuse & neglect*, 36(3), 236-246.

9. Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2015). The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child abuse & neglect*, 45, 21-34.
10. Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Paidós, Buenos Aires.
11. Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological bulletin*, 114(3), 413.
12. Berger, L. M., Paxson, C., & Waldfogel, J. (2009). Mothers, men, and child protective services involvement. *Child Maltreatment*, 14(3), 263-276.
13. Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogo, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
14. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
15. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 22(11), 1065-1078.
16. Burgess, R. L., & Conger, R. D. (1978). Family interaction in abusive, neglectful, and normal families. *Child development*, 1163-1173.

17. Butchart, A., Phinney Harvey, A., Mian, M., Fürniss, T., Kahane, T., & World Health Organization (2009). Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias.
18. Carretero-Dios, H., & Meléndez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
19. Cerón, I. & Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Revista Anales Psicología*; 18; 261-272.
20. Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach. *Avances en medición*, 3(1), 9- 28.
21. Children's Bureau USD of H and HS. Child Maltreatment 2009.2010. Available at: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf#pagevii>.
22. Children's Bureau USD of H and HS. Child Maltreatment 2013. Available at: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf#pagevii>.
23. Child Welfare Information Gateway, 2009. Understanding the effects of maltreatment on brain development. Available at: https://www.childwelfare.gov/pubs/issue_briefs/brain_development/brain_development.pdf
24. Child Welfare Information Gateway, 2013. What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms. Available at: <https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/whatiscan.cfm>
25. Children's Bureau. U.S Department of Health and Human Services, 2012. Child maltreatment 2012. Available at: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.

26. Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, *56*(1), 96-118.
27. Clement, M., E., Berube, A., & Chamberland, C., (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, Volume 138, 86- 92.
28. Cooney, C. (1996). Child maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, *20*(3), 241-254.
29. Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child abuse & neglect*, *31*(11), 1117-1142.
30. Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. (1989). *14 Child maltreatment and attachment theory* (pp. 432-463). D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.). London, England: Cambridge University Press.
31. De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child maltreatment*, *10*(2), 150-172.
32. De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G., & Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: A pilot research study with policy implications. *Child abuse & neglect*, *25*(7), 923-944.
33. De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *23*(2), 185-222.

34. DePanfilis, D., (2006). Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau. <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/neglect.pdf>
35. Drake, B., & Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 20(11), 1003-1018.
36. Dubowitz, H., & Poole, G. (2012). Child neglect: An overview. *Encyclopedia on early childhood development*, 1-6.
37. Dubowitz, H., Pitts, S. C., Litrownik, A. J., Cox, C. E., Runyan, D., & Black, M. M. (2005). Defining child neglect based on child protective services data. *Child abuse & neglect*, 29(5), 493-511.
38. Dubowitz, H. (2007). Understanding and addressing the "neglect of neglect:" digging into the molehill. *Child Abuse Negl.* 31:603–606.
39. Dubowitz, H., Black, M., Starr Jr, R. H., & Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20(1), 8-26.
40. Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child abuse & neglect*, 35(2), 96-104.
41. Dubowitz, H. (2013). Neglect in children. *Pediatric annals*, 42(4), e72-e76.
42. Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child development*, 44-52.

43. English, D. J., Thompson, R., Graham, J. C., & Briggs, E. C. (2005). Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreatment, 10*(2), 190-206.
44. Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. *The APSAC handbook on child maltreatment, 2*, 3-20.
45. Éthier, L. S., Lacharité, C., & Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse & Neglect, 19* (5):619–632.
46. Freisthler, B., Wolf, J. P., & Johnson-Motoyama, M. (2015). Understanding the role of context-specific drinking in neglectful parenting behaviors. *Alcohol and alcoholism, 50*(5), 542-550.
47. Gaudin Jr, J. M. (1993). Child neglect: A guide for intervention (HHS-105-89-1730). US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families. Washington, DC: Westover Consultants.
48. Gaudin, J. M. (1999). Child neglect: Short-term and long-term outcomes. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children: Research, practice, and policy* (pp. 89–108).
49. Gaudin, J. M., & Dubowitz, H. (1997). Family functioning in neglectful families: Recent research. In J. Berrick. & N. Barth. (Eds.), *Child Welfare Research Review*, (Vol. 2, pp. 28–62). New York: Columbia University Press.
50. Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse & Neglect, 20*(4), 363-377.
51. Garbarino, J. (1999). Child neglect. *Neglected children: Research, practice, and policy*, 1-30.

52. Gelles, R. J. (1999). Policy issues in child neglect. *Neglected Children: Research, Policy and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 278-298.
53. Giovanonni, J., M., (1989). Definitional issues in child maltreatment. In D. Cicchetti and V. Carlson, ads, *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
54. Gómez, E., Cifuentes, B. & Ross, M.I. (2010). Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 823-839.
55. Harrington, D., Zuravin, S., DePanfilis, D., Ting, L & Dubowitz, H. (2007). The neglect scale: Confirmatory factor analyses in a low-income sample. *Child Maltreatment*, 7, 359-368.
56. Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003): *Metodología de la investigación*. México. Editorial Mc Graw Hill, 3° Edición.
57. Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child abuse & neglect*, 26(6), 679-695.
58. Jordan, B., & Sketchley, R. (2009). *A stitch in time saves nine: Preventing and responding to the abuse and neglect of infants*. Australian Institute of Family Studies.
59. Kabour, M., M., (2007). The impact of child abuse and neglect on aggression and the role of gender on the abuse -aggression relationship. Pacific Graduate School Of Psychology, 99 pages; 3320911.
60. Kantor, G. K., Holt, M., & Straus, M. A. (2003). Multidimensional Neglectful Behavior Scale—Forms PA, PAS, PB, PBS.

61. Kantor, G. K., Holt, M. K., Mebert, C. J., Straus, M. A., Drach, K. M., Ricci, L. R., & Brown, W. (2004). Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. *Child Maltreatment, 9*(4), 409-428.
62. Kaplan, C., Schene, P., DePanfilis, D., & Gilmore, D. (2009). Introduction: Shining light on chronic neglect. *Protecting Children, 24*(1), 1-8.
63. Kaufman J, Zigler E. (1987). Do abused children become abusive parents. *American Journal of Orthopsychiatry, 57* (2):186–192.
64. Kaufman, G, K., & Little, L., (2003). Refining the boundaries of child neglect.
65. Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health, 84*(10), 1586-1590.
66. Korbin, J. E. (1991). Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect, 15*, 67-77.
67. Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Dufort, V., Ruina, E., Stewart, P. W., & Jung, J. W. (1997). Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child abuse & neglect, 21*(11), 1025-1037.
68. Larraín, S. & Bascuñán, C. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Revista Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del Milenio, 9*, 1-12.

69. Lee, S. J., Taylor, C.A & Bellamy, J.L. (2012) Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse & Neglect* .36 (2012) 461–469
70. Lloret- Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás- Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30 (3), 1151- 1169.
71. Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
72. Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and psychopathology*, 6(1), 121-143.
73. Marc, B. & Hanafy, I. (2016). Children: Neglect. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine* (Second Edition). Pages 482–490
74. Martínez, M. (2011). Concepciones Parentales en la Definición de Negligencia Infantil. *Psykhé*, 6(1).
75. Matrángolo, G. (2016) Maltrato Infantil: Herramientas para su evaluación retrospectiva. Una revisión bibliográfica. Pp.54-64
76. McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Why are we making a mole-hill out of a mountain?. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 607-614.
77. Moreno, J.M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales Psicología* 2002; 18:136-50.

78. Nelson, C. A., Tibu, F., Humphreys, K. L., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). Psychopathology in young children in two types of foster care following institutional rearing. *Infant mental health journal*, 35(2), 123-131.
79. Neves, A. (2010). Estudo de adaptação e validação da escala “the parent-report multidimensional neglectful behavior scale” a uma amostra da população portuguesa [Em linha]. Lisboa: ISCTE. [www:http://hdl.handle.net/10071/4476](http://hdl.handle.net/10071/4476).
80. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. (1978). Psychometric theory. New York: MacGraw-Hill. _ d. *Intentar embellecer nuestras ciudades y también las*.
81. O’Hara, M., Legano, L., Homel, P., Walker-Descartes, I., Rojas, M., & Laraque, D., (2015). Where cumulative risk theory fails. Children neglected. *Child Abuse & Neglect*, Volume 45, Issue null, Page 1.
82. Organización Mundial de la Salud (1999). Report of the consultation on child abuse prevention. Ginebra (document WHO/HSC/PVI/99.1).
83. Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana.
84. Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias.
85. Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1), 79-100.

86. Pervanidou, P. & Chrousos, G. P. (2012). Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence. *Metabolism*; 61(5):611–9.
87. Pollitt, E. (1994). Poverty and child development: relevance of research in developing countries to the United States. *Child Development*, 65(2), 283-295.
88. Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 1-11.
89. Putnam-Hornstein, E., & Needell, B. (2011). Predictors of child protective service contact between birth and age five: An examination of California's 2002 birth cohort. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1337-1344.
90. Sanchez, N. I., & Cuenya, L. (2011). Estudio sobre maltrato infantil en niños y adolescentes de la Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3(3), 8-15.
91. Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., & Greene, A. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). *Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Retrieved on July, 9, 2010.*
92. Sename. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2015. Available at: <http://www.sename.cl/anuario-estadistico2015/ANUARIO-2015.pdf>
93. Sidebotham, P., Golding, J., & ALSPAC Study Team. (2001). Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: A longitudinal study of parental risk factors. *Child abuse & neglect*, 25(9), 1177-1200.

94. Slack, K. S., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child maltreatment*, 9(4), 395-408.
95. Slack, K., Holl, J., Altenbernd, L., McDaniel, M., & Stevens, A. B. (2003). Improving the measurement of child neglect for survey research: Issues and recommendations. *Child Maltreatment*, 8, 98-111.
96. Spitz, R., 1945. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1, 53–74.
97. Straus, M. A. & Savage, S. A. (2005). Neglectful behavior by parents in the life history of University students in 17 Countries and its relation to violence against dating partners. *Child Maltreatment*, 10 (2), 124-135.
98. Straus, M. A., Kinard, E. M., & Williams, L. M. (1995). The multidimensional neglectful behavior scale, Form A: Adolescent and adult-recall version. *Durham, NH: University of New Hampshire: Family Research Laboratory. Available in: <http://pubpages.unh.edu/~mas2>.*
99. Straus, M.A. (2003). *Guide to the multidimensional neglectful behavior scales*. Durham, NH: Family Research Laboratory.
100. Straus, M., A., Douglas, E., M., & Medeiros, R., A. (2014). *The primordial violence: spanking children, psychological development, violence, and crime*. First Edition. Routledge.
101. Straus, M. A. (2006). Cross- cultural reliability and validity of the multidimensional neglectful behavior scale adult recall short form. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1257-1279.

102. Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some general principles and guidelines. *Child abuse & neglect*, 29(12), 19-29.
103. Straus, M. A., Kantor, G. K., & Holt, M. K. (2003). The Parent-Report Multidimensional Neglectful Behavior Scale. Preliminary draft. (NS7). versión electrónica <http://pubpages.unh.edu/~gkk/NS7.pdf>
104. Straus, M. A., Kantor, G. K., Holt, M. K., & Hebert, C. J. (2004). Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. *Child Maltreatment*, 9, (5), 409-428.
105. Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse & neglect*, 22(4), 249-270.
106. Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child abuse & neglect*, 24(10), 1257-1273.
107. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(3), 241-266.
108. Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child development*, 82(1), 177-192.
109. Trocme, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment*, 1(2), 145-155.

110. UNICEF. (2008). *Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006*. Santiago de Chile.
111. Weinstein, J., & Weinstein, R. (2000). Before it's too late: Neuropsychological consequences of child neglect and their implications for law and social policy. *University of Michigan Journal of Law Reform*, 33(4), 561–602.
112. Williams, J., H., Ayers, C., D., Van Dorn, R., A, & Arthur, M., W. (2003). Risk and protective factors in the development of delinquency and conduct disorder. In: Fraser MW, editor. *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*. 2. Washington, DC: NASW Press; pp. 209–250.
113. Wilson, D., & Horner, W. (2005). Chronic child neglect: Needed developments in theory and practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(4), 471-481.
114. Wolock, I. , & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 530-543. Google Scholar Medline
115. Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child development*, 76(5), 1015-1028.
116. Zuravin, S. J. (1988). Child maltreatment and teenage first births: A relationship mediated by chronic sociodemographic stress?. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 91.

117. Zuravin, S. J. (1991). Research definitions of child physical abuse and neglect: Current problems.

118. Zuravin, S. J. (1999). Child neglect. *Neglected children: Research, practice, and policy*, 24-46.

119. Zuravin, S. J., & DiBlasio, F. A. (1992). Child-neglecting adolescent mothers: How do they differ from their nonmaltreating counterparts?. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(4), 471-489.

13. ANEXOS

Anexo 1

Escala Multidimensional:

Family Research Lab Community Survey of Families

MNBS-PR AND THE MNBS-PRS

Multidimensional Neglect Scale-Parent Reports

(Full Version and Short Forms)

Glenda Kaufman Kantor, Murray Straus & Melissa Holt

The Multidimensional Neglect Scales-Parent Report (MNBS-PR) were developed to estimate the prevalence of neglect and specific sub-types of neglect in community samples. Households being surveyed are those with one or more children ages birth-15 yrs. The MNBS-PR encompasses three developmental periods: Infant-Toddler (birth- 4 yrs. & 11 months); 5 to 9 years; 10 to 15 years. Some items are marked “i” to denote infant-toddler versions. Other items are marked “O” to denote their applicability only to children in the 10-15 year old group. All other items are deemed applicable across age groups as used.

MNBS-PR Full Neglect Scale--Parent Report for Children ages: birth - 4 yrs., 11 mos.

Now I am going to ask questions about some of the ways that parents and children interact. Please tell me if (in the last 6 months) this was like your situation with NAME? Was that “not at all like you,” “a little like you,” “sort of like you,” “really a lot like you?”...Ever (prior to past 6 mos.), (or n/a)

- E1 1. Watched your child playing
- E2(i) 2. Made your child feel better when he/she was sad or upset
- E4(i) 3. Talked to your child when s(he) babbled, tried to talk, or talked to you
- E5 4. Did fun things with your child
- E6(i) 5. Provided your child’s favorite foods
- E7(i) 6. Caressed or kissed your child
- E8 7. Praised your child
- E9 8. Let your child know when s/he did something right
- C1(i) 9. Showed interest in your child’s activities or play
- C3(i) 10. Held, or sat down and talked with your child
- C4(i) 11. Brought your child to different or interesting places
- C5 12. Read books with your child
- C7(i) 13. Helped your child learn to talk, or learn new words, by pointing and naming objects or body parts (eyes, nose).
- C8(i) 14. Gave your child toys to help him (her) learn new skills
- S2(i) 15. Left your child in the car alone for just a short period of time
- S3 16. Left your child places where you weren’t sure he or she was really safe

- S4(i) 17. Can always hear your child when s/he cries and you are out of the room
- S6(i) 18. Distract your child when s/he tries to do something that could be unsafe (pull on electric plug; touch the stove)
- S7(i) 19. Felt comfortable with the person that you left your child with
- S9 20. Didn't leave your child at home alone
- P10(i) 21. Provided your child with a variety of foods (as approved by the doctor or nurse)
- P1(i) 22. Made sure that your child got a bath nearly every day
- P2 23. Kept your house clean
- P3(i) 24. Made sure your child wore clothes that kept him/her warm or dry
- P5 25. Wasn't able to take your child to the doctor when he/she was really sick
- P6 26. Took your child to the doctor for check-ups
- P9 27. Didn't have enough food in the house for the child
- P12 28. Didn't have a house, apartment, or trailer to live in
- P13 29. When it was cold outside, the house is warm enough
- P14 30. Your child didn't have his/her own bed to sleep in at night
- Ab1 31. Didn't have help to take care of your child when you needed to go out
- Ab2 32. Left your child some place and did not come back
- F1 33. Adults in the house hit each other or threw things & your child might have heard it
- F2 34. Adults in the house hit each other or threw things & your child might have seen it

F3 35. Didn't stop someone in the house from hurting your child

A11 36. Got drunk (high) and couldn't take care of your child

AI2(i) 37. Gave your child sips of alcohol or beer when s/he was fussy

Anexo 2



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de este estudio con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Malya Altamirano Medina**, alumna de Magister en Salud Mental Infantil de la Universidad del Desarrollo. La meta de este estudio es validar un instrumento sobre negligencia parental, es decir, si el instrumento funciona en nuestra realidad nacional. Para ello se le preguntará sobre algunas formas en que los padres interactúan con sus hijos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente **7 min 1/2** minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. **Desde ya le agradecemos su participación.**

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactarme al teléfono **91618175**.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 3



PAUTA DE IDENTIFICACIÓN

I.- DATOS DEL INFANTE

Nombre del niño	
Edad (en meses y en años)	
Género	
Fecha de nacimiento	

II.- ANTECEDENTES PADRES

Nombre del Padre/Madre	
Edad	
Estado civil	
Nivel educacional	
Profesión	
Ocupación	

III.- ANTECEDENTES MÉDICOS DEL INFANTE (indagar la existencia de algún cuadro médico, tanto agudo como crónico que pueda considerarse relevante para el bienestar general del infante)

Patología	Fecha de inicio	Tratamiento

IV. ANTECEDENTE DEL PADRE QUE RESPONDE

En el caso de existir antecedentes de alguna patología psiquiátrica especificar cuál e indicar la mayor cantidad posible de antecedentes en torno a ella (inicio, evolución , tratamiento recibido)_____

**ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE COMPORTAMIENTO NEGLIGENTE –
FORMA PR**

(Para padres de hijos entre 0 y 4 años 11 meses de edad.)

Ahora, voy a hacerle algunas preguntas acerca de las diferentes formas en que los padres se relacionan con los niños.

Le pediré que recuerde si en los últimos 6 meses esto se parece a la situación con su hijo/a.

Para responder, usted tendrá que elegir entre las siguientes alternativas según se parece a la situación con su hijo/a.

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

Ejemplo:

Ha observado a su hijo/a jugando?

Por favor, dígame, si en los **ULTIMOS 6 MESES** esto fue similar a su situación con (Valentina).

Usted diría:

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.

- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

Cuestionario

1. Ha observado a su hijo/a jugando

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

2. Ha hecho sentir mejor (y/o calmó) a su hijo/a cuando estaba triste o enojado.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

3. Habló con su hijo/a en el periodo en que balbuceaba, trataba de hablar, o le hablaba a usted.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

4. Ha hecho cosas entretenidas con su hijo/a.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

5. Le ha dado a su hijo/a sus alimentos o comidas favoritas.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

6. Le ha hecho cariño o besado a su hijo/a.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

7. Ha elogiado y/o le ha dicho palabras positivas a su hijo/a.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

8. Le ha hecho saber a su hijo/a lo bien que hizo algo.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

9. Le ha demostrado interés a su hijo/a en sus juegos o actividades?

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

10. Tomó en brazos, o se sentó y conversó con su hijo/a.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

11. Ha llevado a su hijo/a a diferentes lugares o a lugares interesantes.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

12. ¿Le ha leído libros a su hijo/a?

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

13. Le ha enseñado a su hijo/a a hablar, o a aprender palabras nuevas, apuntando y nombrando objetos o partes del cuerpo (ojos, nariz).

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

14. ¿Le ha dado a su hijo/a juguetes que lo ayudaran a aprender nuevas habilidades?.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.

e. Ninguna de las anteriores.

15. Ha dejado a su hijo/a solo en el auto por un período corto de tiempo.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

16. ¿Ha dejado a su hijo/a en lugares donde usted no tenía tan claro que podía estar realmente seguro?.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

17. ¿Cuándo usted no se encuentra en la habitación con su hijo/a, lo puede escuchar si llora?

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

**18. ¿Distrae a su hijo/a cuando trata de hacer algo que pudiera ser peligroso?
(tirar el enchufe; tocar la cocina).**

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

19. ¿Se siente cómodo/a con la persona que cuida a su hijo/a cuando usted no está?

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

20. ¿Ha dejado solo a su hijo/a en la casa?

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

21.¿Le da a su hijo alimentación variada y completa nutricionalmente (acordes a las sugerencias del médico, enfermera, etc.)?

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

22. Se ha asegurado que su hijo/a se mantenga limpio y con buena higiene.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

23. Mantiene su casa limpia.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

24. Su hijo usa ropa que lo mantiene abrigado y seco.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

25. ¿Ha Llevado a su hijo/a al doctor cuando estaba enfermo?

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.

e. Ninguna de las anteriores.

26. ¿ Ha llevado a su hijo/a al doctor para chequeos médicos?.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

27. ¿Ha tenido dificultades para alimentar a su hijo/a porque no tenía suficientes alimentos?.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

28. ¿Ha tenido dificultades para tener una casa, departamento o habitación para vivir?.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

29. Cuando hacía frío afuera, la casa estaba lo suficientemente calefaccionada.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

30. ¿Su hijo/a tiene cama propia donde dormir en la noche?.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

31. Ha tenido ayuda con el cuidado de su hijo/a cuando necesitabas salir.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

32. Ha dejado a su hijo/a en algún lugar y no regresó.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

33. Los adultos en la casa se golpeaban o se lanzaban cosas y su hijo/a podía haber escuchado esto.

Por favor, dígame, si (**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

34. Los adultos en la casa se golpeaban o se lanzaban cosas y su hijo/a podía haber visto esto.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

35. Ha evitado que alguien en la casa hiriera a su hijo/a.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.

36. Se ha emborrachado o drogado y no pudo cuidar a su hijo/a.

Por favor, dígame, si **(EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)** esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.

e. Ninguna de las anteriores.

37. Le dio a su hijo/a sorbos de alcohol o cerveza cuando estaba mañoso/irritable.

Por favor, dígame, si (EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES) esto fue similar a su situación con _____? (enunciar el nombre del niño/a)

- a. No, en lo absoluto se parece.
- b. Se parece un poco.
- c. Algo más parecido.
- d. Realmente se parece mucho.
- e. Ninguna de las anteriores.