



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

**“Fundamentación de un instrumento para la detección de
la negligencia emocional en niños de 0 a 5 años en el
primer nivel de atención en Uruguay”**

Proyecto de Investigación

Estudiante: Yanina Mederos CI: 5.630.365-6

Tutora: Mag. Zulema Suárez

Revisora: Mag. Maite Liz

Montevideo, Abril 2025

Índice

Resumen	3
Fundamentación y antecedentes	4
Marco teórico	14
Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	14
Concepción de infancia	15
Negligencia parental	16
Negligencia emocional.....	16
Propiedades Psicométricas de los Instrumentos de medición.....	18
Formulación del problema y preguntas de investigación	19
Objetivos	19
Diseño metodológico	20
Cronograma	21
Consideraciones éticas	21
Resultados esperados	22
Difusión	22
Referencias bibliográficas	23
Anexos	29
Hoja informativa y consentimiento	30
Pauta de entrevista a los médicos de referencia	30

Resumen

Este proyecto, desarrollado como trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, aborda la negligencia emocional en la primera infancia y su detección en el primer nivel de atención (PNA) del sistema de salud uruguayo. Desde un enfoque de derechos del niño, se concibe esta forma de violencia como una vulneración que afecta directamente en el desarrollo infantil. En este marco, el estudio busca identificar y analizar instrumentos validados internacionalmente para la detección de negligencia emocional en niños de 0 a 5 años, evaluando su pertinencia y viabilidad de implementación en las consultas periódicas que propone el Sistema Nacional Integrado de Salud. La investigación se desarrollará en dos fases; en la primera, se realizará una revisión sistemática de literatura en bases de datos académicas internacionales, con el fin de identificar instrumentos existentes y examinar sus propiedades psicométricas. Estos serán comparados en función de su validez, confiabilidad, aplicabilidad y contexto de uso. La segunda fase consistirá en entrevistar a médicos del PNA mediante un cuestionario semiestructurado, con el propósito de conocer percepciones, y posibles barreras y facilitadores para su implementación en la práctica clínica. El análisis incluirá un enfoque descriptivo para las variables cuantitativas y un análisis temático para las respuestas cualitativas. A partir de los hallazgos se espera elaborar recomendaciones que orienten la selección, adaptación o adopción de instrumentos adecuados al sistema de salud uruguayo, contribuyendo así a la detección temprana de la negligencia emocional y al fortalecimiento de la atención a la primera infancia.

Palabras clave: Negligencia emocional, primera infancia, herramientas de detección, revisión sistemática, primer nivel de atención.

Fundamentación y Antecedentes

Este proyecto de investigación se propone indagar sobre la negligencia emocional y su modo de detección en niños de 0 a 5 años en el Primer Nivel de Atención (PNA) en Uruguay. A partir de allí, se visualizará la pertinencia de crear o adoptar y emplear instrumentos que permitan identificar y abordar mejor este tipo de violencia. Trabajar sobre este problema requiere detenerse en los sentidos que subyacen a las distintas herramientas existentes, en la concepción de infancia que predomina en la sociedad y en el sistema de salud, en cómo se comprende el rol de las familias y referentes de crianza, entre otros.

Es por ello que es preciso iniciar esta producción ubicando el lugar del niño en relación con sus derechos. En ese sentido, Cillero (1997) describe que durante el pasado siglo se han dado profundos cambios vinculados a la protección de los derechos del niño, desembocando en la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) por parte de la Organización de las Naciones Unidas en 1989. La CDN transformó radicalmente la percepción de la infancia, al reconocer a los niños como sujetos activos de derechos sociales, económicos, políticos, civiles y culturales, con necesidades específicas que demandan cuidados y protección adecuados. El desarrollo de este tratado internacional así como su aceptación y ratificación por parte de la mayoría de los países, da cuenta del interés por inclinarse hacia un nuevo paradigma de los derechos de infancia, entendiendo la necesidad e importancia de promover y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes - siendo la familia y el Estado agentes centrales en ello- (UNICEF, 2006).

Uruguay ha sido uno de los países en ratificar dicha convención, derivando en una serie de cambios que debieron darse en la normativa vigente hasta ese momento. Algunos de los derechos fundamentales establecidos por la CDN para garantizar el bienestar infantil incluyen la creación de un marco legal y de protección para prevenir e intervenir en casos de violencia contra los infantes, asegurar su bienestar físico y psicológico, y garantizar su derecho a la educación y a la atención médica (Cillero, 1997). En base a ello, se modificó el Código de la Niñez y la Adolescencia en 2004 (Uruguay, 2004), con el fin de ajustarse a los nuevos principios. El marco legal y ético que rige en la actualidad según la Ley N° 17.823 (Uruguay, 2004), enfatiza en la idea de corresponsabilidad en los cuidados, entre la familia y el Estado, lo que implica que ambos actores deben colaborar activamente para asegurar el bienestar integral y el cumplimiento de los derechos de los NNA. Establece que los cuidadores deben proteger y cuidar del niño, cubrir sus necesidades de alimentación, vestimenta, salud y educación, promover su socialización y ser orientadores y garantes del cumplimiento de sus derechos (Ley N° 17.823, 2004). En consonancia con esto y siguiendo el planteo de Winnicott (1975), la familia puede comprenderse como el primer entorno de

cuidado y protección, especialmente en la primera infancia, donde el infante aún no posee las herramientas necesarias para regular el caos percibido por su entorno, y le es indispensable un otro que esté disponible para atender sus necesidades (Winnicott, 1975).

En este sentido, Barudy (1998) resalta la trascendencia de las primeras etapas del desarrollo infantil, en especial la primera infancia, donde los niños dependen completamente de sus cuidadores. Al mismo tiempo, es importante considerar que los primeros cinco años de vida, según Bedregal y Pardo (2024), constituyen el periodo de mayor desarrollo. Es en la infancia temprana, comprendida desde 0 a 3 años, donde se producen procesos neurofisiológicos que configuran las conexiones y funciones del cerebro, definiendo en gran medida las capacidades futuras del adulto. Cabe resaltar que a los dos años, el número de sinapsis en el cerebro del niño alcanza el nivel típico de un adulto, y a los tres años, se duplica. La forma en que se piensa y aprende a lo largo de la vida está relacionada con el tipo y la cantidad de conexiones neuronales que se dan durante este periodo.

En los primeros dos años de vida, se desarrollan significativamente las áreas intelectual, emocional, física, inmunológica y social. Posteriormente, entre los dos y los cinco años, se consolidan las bases para el aprendizaje, la educación formal y las habilidades sociales (Ardila et al, 2010).

Desde el nacimiento hasta los 3 años, el objetivo principal del desarrollo humano es el establecimiento y fortalecimiento del vínculo emocional entre los cuidadores y el niño; las interacciones emocionales tempranas tales como el apoyo, el afecto y la calidez son esenciales para el desarrollo óptimo del sistema nervioso central (Bedregal y Pardo, 2004).

A pesar de ser un período de gran plasticidad neuronal, la capacidad del cerebro para modificar su organización y sus funciones se encuentra limitada por las influencias del entorno. Cuando los niños no tienen acceso a un cuidado sensible durante la primera infancia, las conexiones sinápticas pueden debilitarse. Por lo tanto, el rol del cuidador es vital para prevenir este debilitamiento (Ardila et al, 2010). Es así que estos desempeñan un papel fundamental en la crianza, como orientadores y promotores del desarrollo de los NNA, constituyéndose a su vez en garantes de sus derechos. Tienen el deber de establecer vínculos emocionales seguros, donde los NNA se sientan protegidos, puedan desplegar su autonomía progresiva y alcanzar su bienestar integral.

No obstante, debido a múltiples causas, no siempre se logra cumplir adecuadamente con esta responsabilidad. En ocasiones, los cuidadores no logran proporcionar el cuidado necesario, lo que decanta en la vulneración de los derechos de los NNA y la ocurrencia de

negligencia parental; esta implica, según Barudy (1998) la falta de acceso del niño a un cuidado sensible por parte de sus referentes adultos. .

De acuerdo con Arruabarrena y Hurtado (2019, citado en Teran, 2024), se pueden identificar diferentes tipos de negligencias. En primer lugar, la negligencia en cuanto a las necesidades físicas, incluye aspectos como la alimentación, la atención médica, la vestimenta e higiene, y las condiciones de vivienda. En segundo lugar, la negligencia relacionada con la seguridad, abarca la protección del hogar, la supervisión adecuada y la prevención de riesgos. Por otro lado, la negligencia educativa, se refiere a la falta de apoyo en la educación y el desarrollo académico. Finalmente, la negligencia emocional, se centra en la falta de interacción afectiva, la estimulación adecuada, el acompañamiento emocional y la transmisión de normas y valores.

Según investigaciones, la negligencia emocional puede tener efectos igualmente devastadores, e incluso más graves en algunos casos, que otros tipos de maltrato como es el físico (Azaola, 2006; De Bellis, 2005, citado en Teran, 2004). Un ejemplo de esto es que, la negligencia caracterizada por la falta de respuesta emocional de los cuidadores muestra resultados lingüísticos más pobres en comparación con las negligencias acompañadas de abuso físico. Esta investigación sugiere que, paradójicamente, incluso el contacto físico en forma de abuso puede ser menos perjudicial que la falta total de contacto (Egeland y Sroufe, 1981).

Barudy (1998) señala que la carencia afectiva hacia el niño/a puede derivar en trastornos en su crecimiento físico. También puede resultar una experiencia traumática para este/a - dando lugar a una baja autoestima y un sentimiento de inferioridad-, generar trastornos en el comportamiento, dificultades en su adaptación al entorno y el despliegue de sus relaciones sociales, entre otras cosas.

A pesar de que las situaciones de negligencia emocional puedan producir efectos más perjudiciales para el desarrollo que las situaciones de negligencia física (Egeland y Sroufe, 1981), suelen pasar más desapercibidas. A diferencia de la negligencia física, que se manifiesta a través de signos visibles como desnutrición, falta de higiene o ausencia de vacunas, entre otros, la negligencia emocional no deja efectos fácilmente detectables a simple vista (Martínez 1997).

La negligencia parental se ha identificado como una problemática de alta relevancia social, debido a que constituye una de las formas de maltrato más prevalente en Uruguay (SIPIAV, 2024). El Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia Contra la

Violencia (SIPIAV), con su objetivo de prevenir, atender y reparar situaciones de violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes (NNA), de acuerdo a la Ley N° 19.747 (Uruguay, 2019), se encarga de abordar esta problemática. Dentro de sus funciones, se encuentra la elaboración de reportes anuales que documentan las situaciones identificadas por el sistema a lo largo del año. En el informe de gestión correspondiente al año 2023, donde se presentan los datos sobre situaciones de violencia hacia NNA, detectadas, intervenidas y registradas, se identifica la negligencia parental con un 23%, antecedido por maltrato emocional y abuso sexual, este último, con un porcentaje de 22% (SIPIAV, 2024). De igual manera, en el informe de gestión del año 2022, la negligencia fue una de las principales vulneraciones, antecedida únicamente por el maltrato emocional (SIPIAV, 2023).

En cuanto a la distribución porcentual según grupos etarios, en Uruguay se observa que la primera infancia, comprendida entre los 0 y 5 años, representa el 17% de las situaciones generales de violencia. Es importante destacar que, específicamente en casos de negligencia, este grupo alcanza el 19% (SIPIAV, 2024).

En el informe de gestión del año 2013, se registró un 6% de casos documentados (SIPIAV, 2013), cifra que aumentó al 21% en el informe de 2023 (SIPIAV, 2024). Este aumento podría interpretarse como una mejora en la capacidad de detección y registro de situaciones que anteriormente podrían haber pasado desapercibidas (Ministerio de Educación y Cultura, 2016). Si bien existen distintos tipos de negligencia, SIPIAV no discrimina entre los mismos. Por este motivo, no es posible determinar cuál de los tipos resulta más difícil de identificar en estos informes.

Por otro lado, es significativo exponer que el 86% de los casos de negligencia que se registran en el año 2023, se captan cuando esta ya es recurrente; y el 71% se consiguen identificar e intervenir cuando este tipo de violencia ya está en una fase crónica - es decir, cuando la situación se presenta durante un período mayor a seis meses-. Tanto la alta recurrencia como la cronicidad, muestran que “al momento de comenzar la intervención ya existe un daño provocado por estas situaciones de violencia” (SIPIAV, 2024, p. 60).

Considerando los distintos datos y porcentajes presentados anteriormente, es importante visualizar, por un lado, la alta prevalencia de la negligencia parental como una de las formas de violencia más comunes en la primera infancia. Por otro lado, señalar que, cuando esta problemática logra detectarse, se trata de una situación donde el maltrato se ha estructurado de forma recurrente, acompañado del daño que conlleva en la vida del niño/a y la sistemática vulneración de sus derechos humanos. Esto deja en evidencia la urgencia y la necesidad de contar con instrumentos que permitan detectar de forma precoz

y temprana estas situaciones, y así poder prevenir, revertir o mitigar las consecuencias que atentan contra el bienestar, el desarrollo y el cumplimiento de los derechos de los NNA.

Para poder discutir lo antes mencionado y enfocarse en el problema de estudio que el proyecto pretende trabajar, es relevante situar como funciona el sistema de salud a nivel nacional.

En Uruguay tuvo lugar una reforma estructural del sistema de salud, creando en el año 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), aprobado por la Ley N° 18.211. El mismo se sustenta en principios como la cobertura universal, la accesibilidad, la sustentabilidad, la participación activa de los usuarios y la equidad. Asimismo, su modelo de atención integral comprende tres niveles de atención diferenciados por su complejidad, diseñados estratégicamente para cubrir diferentes necesidades de la sociedad (Benia et al., 2008).

En lo que respecta al Primer Nivel de Atención, se incluye la atención de los médicos de referencia a los niños en los controles pediátricos, establecidos en el Plan Nacional de Salud de la Niñez (MSP, 2017). Al ser realizados regularmente desde la niñez y hasta la adolescencia, se considera un espacio importante, capaz de ofrecer múltiples oportunidades para evaluar la salud integral de los niños y las dinámicas familiares a lo largo del tiempo (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2016). Del mismo modo, tienen el potencial de ser espacios oportunos para detectar las problemáticas de negligencia al ser de fácil acceso e implementación y costo-eficientes. Reconociendo la importancia del PNA y específicamente de estos dispositivos de atención, el proyecto se centra en la necesidad de implementar allí un instrumento para la detección de la negligencia emocional con propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en la práctica clínica.

En esta línea, se llevó a cabo una búsqueda con el objetivo de identificar los instrumentos existentes en Uruguay para la detección de situaciones de negligencia emocional. Se indagó en el Ministerio de Salud Pública (MSP) y en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Entre los hallazgos se encuentra la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y la Niña menores de 5 años (MSP, 2010), diseñada para evaluar las conductas esperables en el desarrollo en niños de 0 a 5 años. Esta guía incluye una planilla con los hitos del desarrollo esperados según la edad, organizados en las áreas motora, coordinación, lenguaje y social. También contiene tres fichas correspondientes a períodos específicos establecidos por el MSP para la evaluación obligatoria del desarrollo: 4 meses,

18 meses y 4 años. Finalmente, se presenta el perfil del niño, que proporciona una selección de conductas esperables para informar y preparar a los cuidadores en la crianza, así como signos de alerta a monitorear que podrían indicar posibles patologías en el desarrollo (MSP, 2010).

Además, existe un “Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud” que utilizan los médicos de referencia en el PNA, el cual aborda los diferentes tipos de maltrato en NNA, incluyendo el maltrato físico, el maltrato químico, el maltrato psicológico, la negligencia y el Síndrome de Münchausen (Lozano et al., 2019). Este último fue diseñado con el propósito de proporcionar una orientación a los profesionales sobre cómo proceder ante la detección de situaciones de maltrato, basándose en una serie de indicadores. No se trata de un instrumento exclusivo para la detección de maltrato infantil, sino que actúa como un mapa de ruta a seguir para la identificación e intervención en estas situaciones. Aunque su uso es obligatorio, su aplicación depende, en gran medida, de la familiarización y el conocimiento que cada profesional tenga del mismo. Además, no se especifican directrices sobre los momentos exactos en los que debe aplicarse, sino que se presenta como una herramienta orientativa, proporcionando los indicadores correspondientes a cada tipo de maltrato para los profesionales de la salud. Sin embargo, carece de pautas normativas para la detección sistemática de dichas situaciones, limitando su implementación efectiva en la práctica clínica (Perdomo, 2021).

El protocolo establece cuatro etapas para identificar este tipo de situaciones durante los controles periódicos del NNA (Lozano et al., 2019). La primera etapa consiste en implementar acciones de prevención tanto antes de que ocurran situaciones de maltrato como después de haberlas identificado. Estas acciones se dividen en cuatro niveles: primarias, secundarias, terciarias y cuaternarias. Las acciones primarias, se enfocan en evitar que surjan nuevos casos de maltrato infantil mediante la exploración de factores de riesgo que pueden predisponer a los niños a ser maltratados, así como el fortalecimiento de factores protectores que pueden disminuir esta posibilidad. Estas acciones se realizan principalmente en los controles periódicos de los niños. Las acciones de prevención secundarias se centran en la detección precoz a través de la identificación de indicadores de maltrato, tanto en los controles de niños sanos como en la consulta que se realiza por otro motivo. Las acciones de prevención terciarias se implementan cuando ya se ha identificado una situación de maltrato infantil. Este nivel está orientado a mitigar las consecuencias del maltrato infantil, ayudando a reparar el daño causado y promoviendo la rehabilitación del niño. Las acciones de prevención cuaternarias tienen como objetivo evitar

la sobrecarga de intervenciones que puedan ser innecesarias o invasivas, protegiendo los derechos del infante durante todo el proceso (Lozano et al., 2019).

Ante la sospecha de una posible situación de maltrato infantil, se aplica la segunda etapa del protocolo, que consiste en una evaluación realizada por un equipo interdisciplinario. Durante este proceso, se evalúan indicadores de daño psíquico en diferentes etapas del desarrollo infantil, primera infancia, edad escolar y adolescencia. Además de ello, se consideran indicadores cognitivo-conductuales y emocionales el relato espontáneo del NNA, indicadores del entorno familiar, signos físicos y señales de negligencia (Lozano et al., 2019). Los indicadores de negligencia específicamente, abarcan la falta de controles de salud, vacunas incompletas, desnutrición, vestimenta inadecuada sin motivos económicos, falta de descanso, entre otros (Lozano et al., 2019). Se observa que los indicadores están orientados principalmente hacia aspectos de negligencia física, sin abordar de manera específica la negligencia emocional (Lozano et al., 2019).

La tercera etapa consiste en evaluar el nivel de riesgo asociado con la situación de maltrato para determinar las siguientes acciones, así como las medidas de protección que deben implementarse. Finalmente, en la cuarta etapa, se interviene en crisis para reducir los daños físicos y psíquicos causados a corto, mediano y largo plazo, además de realizar un seguimiento continuo de la situación (Lozano et al., 2019).

A pesar de que el protocolo proporciona herramientas para identificar e intervenir en casos de maltrato, no puede considerarse un instrumento de detección, dado que se limita a ofrecer indicadores orientativos para la identificación de estas situaciones.

A su vez, tanto en la guía para evaluar el desarrollo del niño en el PNA, como en el protocolo, se observa un enfoque predominante en la identificación de la negligencia física, careciendo de soporte específico para la detección de la negligencia emocional. Si bien ambos tienen carácter obligatorio, su implementación depende del conocimiento de cada profesional sobre los mismos (Perdomo, 2021).

Además de considerar los instrumentos utilizados en nuestro país, tal como indica el título de este apartado, es pertinente atender aquí a los antecedentes encontrados de proyectos de investigación que se aboquen a la temática.

A nivel nacional se observa el estudio de Perdomo (2021), centrado en identificar cambios en la práctica de los profesionales para facilitar una detección temprana de maltrato infantil y minimizar los daños hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA). Para ello, la autora realizó entrevistas a médicos de referencia del primer y segundo nivel de

atención en salud, en el Hospital de Las Piedras, en la ciudad de Canelones. El objetivo fue indagar sobre las dificultades para visibilizar precozmente el maltrato infantil en las actividades asistenciales de los médicos de referencia. La investigación señala que la demora en la detección del maltrato infantil se debe, en parte, a deficiencias en la formación de los médicos de referencia.

A su vez, Perdomo (2021), expone que, aunque conocer los protocolos para abordar las situaciones de violencia es fundamental, en Uruguay, estos protocolos son relativamente nuevos y no todos están familiarizados con ellos. Por lo tanto, es indispensable una actualización continua en la formación de los profesionales. Esta necesidad de capacitación está estrechamente vinculada con la motivación de los médicos de referencia para enfrentar el maltrato infantil, la cual parece depender no solo de sus características individuales, sino también de la relevancia del tema en el ámbito académico y las exigencias institucionales respaldadas por las políticas públicas (Perdomo, 2021).

En el mismo sentido, según la información proporcionada desde el Centro Hospitalario Pereira Rossell¹ (CHPR), en la actualidad, los médicos de referencia no cuentan con un protocolo o instrumento sistematizado específicamente diseñado para la detección de negligencia emocional. Aunque el tema de la negligencia infantil está presente, la ausencia de una metodología estandarizada hace que cada médico de referencia aborde el problema de manera diferente.

En general, los médicos de referencia, según lo señalado por el CHPR, tienden a evaluar los indicadores de negligencia parental física expuestos en el protocolo que algunos utilizan para detectar situaciones de maltrato infantil (Lozano et al., 2019). En relación a los cuidados afectivos, exploran sobre las pautas de crianza y brindan orientación sobre el vínculo entre cuidadores e hijos. Sin embargo, esta evaluación no siempre se lleva a cabo de manera sistemática.

Asimismo, se indicó desde el CHPR, que en los centros de salud públicos, donde se atiende a un mayor número de pacientes en situación de vulnerabilidad, se presta más atención a estos aspectos en comparación con los centros privados, donde la detección de negligencia infantil puede ser aún menos evidente. Además se resaltó que los médicos de referencia, deben llevar a cabo una evaluación integral en un tiempo limitado durante los controles, lo que dificulta una detección exhaustiva de la negligencia infantil.

¹ Dada la falta de información publicada sobre el tema, se decidió entrevistar al Dr. Zunino, Pediatra y Magíster en Prevención y Tratamiento de la Violencia Familiar, referente del CHPR en neuropsiquiatría, para obtener información actualizada sobre la detección de negligencia emocional en el ámbito pediátrico.

Esta carencia de herramientas sistematizadas ha sido objeto de análisis de múltiples investigaciones a nivel internacional. En el artículo de Haworth et al. (2022), se destaca que, debido a la falta de protocolos establecidos, las evaluaciones sobre negligencia infantil dependen significativamente del criterio de cada profesional. En este sentido, los autores proponen evaluar la evidencia disponible sobre las herramientas existentes para la detección de la negligencia infantil en el ámbito del trabajo social. Los resultados de su investigación evidencian la escasez de herramientas adecuadas para tal fin, encontrando únicamente dos que cumplen con los criterios de inclusión: el Child Neglect Index (CNI) y Modifications of the Maltreatment Classification System (MCS). Sin embargo, el CNI no aborda la negligencia emocional, y el MCS presenta limitaciones en cuanto a su validez y confiabilidad, ya que se incluyeron casos con y sin registros de los servicios de protección infantil, generando sesgos de selección. A modo de conclusión, los autores subrayan la existencia de importantes brechas en la medición de la negligencia infantil, destacando la ausencia de un estándar universalmente aceptado para su evaluación.

De manera similar, la investigación de McTavish et al. (2020) - una revisión sistemática sobre los métodos empleados en el contexto hospitalario para identificar el maltrato infantil, incluida la negligencia- encontró que, de 25 herramientas que cumplían los criterios de inclusión del estudio, ninguna estaba suficientemente validada. Esto se atribuía a la presencia de sesgos, falsos positivos y falsos negativos (niños erróneamente identificados como maltratados, o por el contrario, no identificados como tales), así como inconsistencias en la metodología utilizada. Por lo tanto, los autores concluyen que no existe un instrumento estandarizado para la detección de la negligencia parental.

Asimismo, una investigación más reciente de Liu et al., (2024), llevó a cabo una revisión sistemática de los instrumentos utilizados para identificar situaciones de negligencia parental entre 2003 y 2023. En su análisis, identificaron 39 herramientas de medición diferentes. Aunque algunas de ellas mostraron propiedades psicométricas sólidas, ninguna alcanzó un nivel de evidencia suficiente en todas las áreas evaluadas, como consistencia interna, validez del constructo, fiabilidad y validez de criterio, entre otras.

Varias investigaciones han intentado validar instrumentos para medir situaciones de negligencia parental. Una de ellas es el estudio de Altamirano (2017), en Chile, que evaluó las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Comportamiento Negligente, para padres de niños de 0 a 4 años y 11 meses, diseñada para medir diversos tipos de negligencia infantil, incluyendo la negligencia emocional (Straus, Kantor & Holt, 2004, citado en Altamirano, 2017). La investigación se llevó a cabo mediante encuestas presenciales a 308 cuidadores, obteniéndose como resultados que el instrumento no

presenta una estructura factorial y una consistencia interna adecuada. Estos resultados coinciden con otros estudios internacionales (Altamirano, 2017).

La investigación de Clemente et al. (2017), realizada en Francia, intentó validar la misma escala mediante una encuesta telefónica aplicada a 4786 cuidadores. Sin embargo, este intento también presentó dificultades en la validación debido a fallas en sus propiedades psicométricas.

Los hallazgos de estas investigaciones evidencian la dificultad de contar con instrumentos eficientes para la detección de negligencia emocional. Aunque se han intentado desarrollar herramientas efectivas para su detección, aún no existen instrumentos validados que permitan identificar de manera oportuna estas situaciones (McTavish et al, 2020., Haworth et al, 2022., y Liu, et al., 2024). Además, el concepto de negligencia emocional es relativamente nuevo en el campo de la investigación (Bedoya et al., 2024), lo que ha llevado a que muchos de los instrumentos diseñados para evaluar la negligencia parental no aborden de manera específica la negligencia emocional.

En suma, se puede afirmar que, en la actualidad, no se dispone de un instrumento validado para detectar situaciones de negligencia emocional. En este contexto, se torna relevante avanzar en el desarrollo de un instrumento específico, validado y contextualizado para su detección en la primera infancia. Como se ha visto, los primeros años de vida representan una etapa decisiva en el desarrollo, implicando que la exposición a situaciones de negligencia emocional durante este período suponga consecuencias significativas e irreversibles en el infante (Bedoya et al., 2024).

La salud, concebida como una política pública universal y un derecho humano fundamental, implica la responsabilidad del Estado y de sus sistemas de protección para garantizar el bienestar infantil desde los primeros años de vida. La ausencia de instrumentos específicos limita la capacidad del Sistema de Salud para identificar dichas situaciones, lo que constituye un obstáculo para la implementación de intervenciones efectivas. En este sentido, las consultas periódicas, obligatorias y frecuentes durante la primera infancia, representan una instancia estratégica para la aplicación de un instrumento de detección. La validación de una herramienta en este ámbito no solo responde a una necesidad técnica en términos de mejora de la práctica profesional, sino también a un compromiso ético y político del sistema de salud con el bienestar de los niños y niñas. Garantizar los derechos fundamentales de la niñez, incluido el derecho a la salud, implica no sólo una atención médica adecuada, sino también la promoción de entornos saludables que favorezcan el desarrollo integral de los infantes.

Marco Teórico

Sistema Nacional Integrado de Salud

En 2007 se aprobó la Ley N° 18.211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), estableciendo la salud como un derecho humano esencial para todos los residentes del país (Uruguay, 2007). En lo que respecta a la infancia, la CDN, establece que todos los niños deben tener acceso a servicios de salud adecuados, en donde puedan ejercer su derecho de participación, ser escuchados y expresar su opinión en todo lo que les afecte (UNICEF, 2006). Además, garantizar la salud como derecho en la infancia implica proteger a los niños en situaciones de vulnerabilidad, como la violencia y el maltrato, asegurando un entorno saludable que favorezca su desarrollo.

Para garantizar este derecho, es crucial asegurar también otros derechos, tales como los civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, ya que todos ellos influyen directamente en la salud (MSP, 2020).

En este marco, el SNIS introdujo cambios significativos en el modelo de financiación, de gestión del sistema, y en el modelo de atención. Este último se basa en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y en el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, el cual se presenta como resolutivo. Estos cambios han permitido una atención integral a los usuarios, promovido la participación de la comunidad y facilitado la transición de un enfoque biomédico a uno preventivo (MSP, 2014).

Respecto al Primer Nivel de Atención, es el que cuenta con la mayor concurrencia de usuarios en comparación con los otros niveles. Representa el punto de contacto inicial para la población con el sistema de salud, intentando resolver las necesidades básicas y más frecuentes de la sociedad. Por lo tanto, su fortalecimiento es indispensable para asegurar un flujo eficiente hacia los niveles superiores del SNIS. Además, se caracteriza por estar enfocado en la promoción y prevención de la salud (Vignolo et al., 2011).

Para el trabajo con la primera infancia en el PNA, se realizan controles periódicos realizados por los distintos prestadores de salud. Según la Sociedad Uruguaya de Pediatría [SUP] (2016), se dan desde el nacimiento hasta los 14 años, divididos por categorías de edad: para los niños de 0 a 24 meses, se recomiendan dos controles durante el primer mes de vida, seguidos de controles mensuales en el primer semestre y bimensuales en el segundo semestre; desde el primer año hasta los dos años, se sugieren controles trimestrales; a partir del segundo año, se proponen controles cuatrimestrales hasta los 3 años, y luego semestrales hasta los 4; de los 4 a 5 años, se establece un control anual.

Dentro de las metas asistenciales de los controles de niños entre 0 y 5 años, desde una perspectiva de derechos, género y de equidad social, se propone estudiar el medio ambiente familiar y social para detectar situaciones de maltrato infantil. Este objetivo incluye la evaluación de vínculos familiares, la detección y prevención de carencias socioafectivas mediante la observación de estos vínculos y las conductas de apego. Además, se considera informar sobre la estimulación temprana, la importancia del juego, el manejo de límites, la sexualidad infantil, y el derecho de los niños a la no agresión (SUP, 2016).

Es fundamental resaltar que los primeros cinco años de vida, tal como se establece en el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (Ministerio de Educación y Cultura [MEC], 2016), constituyen un periodo crucial para el desarrollo. La identificación temprana, las intervenciones oportunas y el seguimiento del proceso de desarrollo neurobiológico son elementos clave para reducir la prevalencia de trastornos o discapacidades que podrían surgir más adelante.

Concepción de Infancia

La noción de infancia es un constructo cultural e histórico que ha variado a lo largo del tiempo. En el siglo IV, los niños se consideraban invisibles o una molestia, así como una propiedad del adulto. En el siglo XVI, se les veía como adultos incompletos, esperando que asumieran responsabilidades propias de los adultos. Después de haber sido invisibilizados, silenciados y violentados, la percepción de la infancia cambió significativamente con la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989 (Jaramillo, 2007).

Con el objetivo de garantizar una protección efectiva de la infancia, se establecieron derechos y obligaciones recíprocas entre los niños, el Estado y la familia. La CDN se basa en principios fundamentales como la autonomía progresiva, el interés superior del niño, la participación y la no discriminación. Esto implica pasar de considerar a los niños como sujetos pasivos, incompetentes o adultos incompletos a reconocer su individualidad y su capacidad de pensamiento y expresión. Los infantes son vistos como participantes activos en las decisiones que afectan sus vidas, sus opiniones son escuchadas y consideradas en función de la autonomía progresiva. De esta manera, se los reconoce como protagonistas competentes en la construcción de su futuro (Cillero, 1997).

Este cambio de paradigma requirió que todas las políticas públicas relacionadas con la niñez y la adolescencia se desarrollaran con una perspectiva basada en los derechos de la infancia. En consecuencia, demandó que los profesionales encargados de su implementación se formaran adecuadamente en este enfoque. Sin embargo, a pesar de los

avances significativos y los esfuerzos realizados para promover y garantizar los derechos de la infancia, la CDN aún no se aplica en su totalidad. Aunque se han logrado progresos, muchos niños siguen padeciendo violencia, carencias en la atención médica, desnutrición y educación deficiente. La brecha entre las leyes y su implementación efectiva sigue siendo un desafío persistente (Bonaudi, 2014).

Negligencia Parental

La negligencia parental, Barudy (1998), la define como la falta de acceso del niño a un cuidado adecuado. Si bien las familias deberían ser protectoras del desarrollo infantil, por diversos factores, entre ellos carencias en las competencias parentales, en estos casos los cuidadores vulneran los derechos del niño, afectando directamente su bienestar.

En concordancia con esta definición, Fonseca y Ferreira (2019, citado en Teran, 2024) agregan que la negligencia, no se limita a la falta de recursos materiales, sino que también se presenta aun cuando las familias cuentan con los recursos necesarios, pero no ejercen adecuadamente los cuidados hacia el niño.

La noción de negligencia parental abarca diferentes tipos, entre ellos: la negligencia física, donde los cuidadores no satisfacen las necesidades básicas del niño (como la alimentación, higiene, atención médica, entre otras), la negligencia de supervisión, que implica no garantizar un hogar seguro y prevenir riesgos, la negligencia formativa, que se refiere a la falta de atención en el desarrollo académico, y la negligencia emocional (Vega, 2018), en la que los cuidadores no logran responder de forma adecuada a las necesidades emocionales del niño. En esta última, los cuidadores suelen ser fríos, distantes y poco demostrativos. Rara vez miran a sus hijos y les hablan muy poco. Hay ausencia de interés, cariño, empatía y aceptación (Vega, 2018). Si bien el cerebro requiere nutrientes físicos para su supervivencia, también es fundamental que reciba los afectos necesarios para promover la interconexión de neuronas y asegurar una adecuada integración cerebral (Marrodan, 2022).

Negligencia emocional

La negligencia emocional, en ocasiones, se presenta junto con el maltrato psicológico o emocional, y frecuentemente se confunden debido a las diferencias sutiles entre ambos. A diferencia de la negligencia emocional, el maltrato psicológico involucra comportamientos como la hostilidad verbal, amenazas de abandono, insultos, entre otros. En este, el niño es observado y atendido por sus cuidadores de manera violenta, lo que implica una constante desvalorización y desprecio. En cambio, en la negligencia emocional,

el niño no recibe ningún tipo de atención por parte de sus cuidadores. Se le priva de contacto físico, como caricias o abrazos, y se le ignoran sus intentos de interacción emocional. Las respuestas a sus necesidades emocionales son inconsistentes o incluso inexistentes, lo que da lugar a una desatención constante. Estas situaciones se caracterizan por la falta de consuelo en momentos de angustia, la ausencia de atención visual, y una indiferencia hacia las necesidades emocionales del niño. En ambos casos, las necesidades emocionales no son satisfechas de manera adecuada (Vega, 2018).

Respecto a los factores de riesgo asociados a la negligencia parental, el principal es la presencia de hábitos de crianza inadecuados o la falta de destrezas parentales. Este factor incluye el rechazo por parte de los cuidadores hacia los niños, la falta de interés en su bienestar, dificultades en la comunicación, entre otros aspectos. Se asocia a condiciones de bajo nivel socioeconómico, carencias en el entorno, como la falta de espacio, seguridad e higiene, falta de acceso a servicios básicos e inestabilidad laboral en los cuidadores (Moreno, 2002; Ortiz et al., 2020; Bedoya et al., 2024; García et al., 2019). También suele estar arraigado a las historias de las familias, donde con frecuencia se encuentran situaciones de maltrato infantil previo, experiencias de pérdidas no resueltas, antecedentes psicopatológicos, entre otros factores (Barudy, 1998). Estas vivencias previas, obstaculizan el desarrollo de las capacidades parentales.

Es necesario señalar además, los efectos de la negligencia emocional en los niños. Desde una perspectiva neuropsicológica, según MesaGresa y Moya-Albiol (2011), las situaciones de negligencia parental, incluyendo la emocional, afectan directamente el crecimiento del cráneo y el desarrollo del lóbulo frontal, lo que trae consigo alteraciones en las funciones ejecutivas. Estas funciones son esenciales para la planificación, el control de impulsos, la toma de decisiones y la regulación del comportamiento. Asimismo, pueden generar efectos adversos en las funciones cognitivas motoras y sensoriales, debido a la inhibición de las conexiones neuronales causada por las situaciones de estrés recurrente. Este tipo de estrés también impacta en el sistema límbico, encargado en parte de regular las emociones y la forma en que nos relacionamos con el entorno en la vida adulta, incluyendo nuestro papel como futuros cuidadores (Moya-Albiol, 2004).

A su vez, está vinculada al deterioro del desarrollo cognitivo, lo que provoca una disminución del rendimiento académico y del desarrollo del lenguaje. Esto se debe, en parte, a la reducción en la velocidad de procesamiento de la información, así como en el razonamiento perceptual, no verbal y matemático. Se ha observado que la negligencia emocional está asociada a dificultades sociales y emocionales, como por ejemplo, en la capacidad para reconocer expresiones faciales (Bedoya et al., 2024).

Las carencias psicoafectivas suelen provocar en los niños baja autoestima, sentimientos de desamparo y autodesprecio, ya que tienden a verse a sí mismos como personas poco valiosas que no merecen relacionarse con los demás. Estos niños oscilan entre la dependencia afectiva, volviéndose extremadamente sensibles a cualquier muestra de afecto de parte de los adultos, y el rechazo, donde dejan de buscar afecto, congelan sus emociones y se aíslan, negándose a participar en relaciones afectivas, mostrando una actitud apática y distante (Vega, 2018).

En cuanto a los efectos a largo plazo, según la investigación de Li et al. (2016, citado en Bedoya et al., 2024), el 10 % (67 millones) de los casos de depresión a nivel internacional están relacionados con situaciones de negligencia física y emocional. De manera similar, el 12 % (75 millones) de los casos de ansiedad también están asociados con estas situaciones. Además de estar implicada en los dos trastornos con mayor deterioro en la salud a nivel mundial, la negligencia emocional se encuentra vinculada con el trastorno de estrés post traumático, el consumo de sustancias, las conductas autolesivas e intentos de suicidio, los trastornos alimenticios y el trastorno límite de la personalidad (Vega, 2018).

Los efectos de la negligencia emocional a menudo son subestimados, ya que no son tan evidentes como los causados por otro tipo de maltrato. Este tipo de negligencia se distingue por ser insidiosa e invisible. Durante la primera infancia, puede generar daños graves, crónicos e irreversibles. Cuanto más pequeño es el niño, mayores son las consecuencias, ya que su cerebro se encuentra en pleno proceso de desarrollo (Vega, 2018). Es por esto que se requiere de un abordaje más complejo para su detección, considerando su pronóstico desfavorable y el gran impacto que puede tener en el desarrollo de los niños (Martínez 1997).

Propiedades Psicométricas de los Instrumentos de Medición

Tomando los aportes de Sampieri et al., (2014), para que un instrumento pueda considerarse con propiedades psicométricas adecuadas debe cumplir con determinados requisitos. Uno de ellos es la confiabilidad, definida como la medida en que un instrumento proporciona los mismos resultados en repetidas ocasiones, manteniendo consistencia y precisión. Otro factor a tener en cuenta son las evidencias de validez, como la capacidad de un instrumento para medir exactamente lo que se pretende. Estas evidencias de validez se pueden clasificar en diferentes tipos: la validez de contenido, se refiere al nivel en que un instrumento cubre todos los aspectos del área que se pretende evaluar; validez de criterio, es el grado en el que los resultados obtenidos de un instrumento coinciden o se relacionan con el de otro externo que pretende medir lo mismo; y validez del constructo, es la

capacidad de un instrumento para demostrar que mide correctamente un concepto teórico mostrando relaciones coherentes con otras variables que, según la teoría, están relacionadas entre sí. El último factor a tener en cuenta es la objetividad, que se refiere al grado en que un instrumento se mantiene imparcial y no está afectado por las opiniones o preferencias de los investigadores.

Formulación del problema y preguntas de investigación

La detección temprana de la negligencia emocional durante la primera infancia es crucial para mitigar sus consecuencias en el desarrollo de los niños. No obstante, en Uruguay, aún no se cuenta con un instrumento sistematizado dentro de las consultas periódicas para identificar de manera oportuna estas situaciones. Esta falta constituye una barrera significativa para garantizar los derechos del niño, en línea con los principios que respaldan la salud como una política universal, y para asegurar la protección de estos desde sus primeros años de vida. En este sentido, las consultas periódicas frecuentes que propone el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ofrecen un espacio y momento clave para implementar estrategias de identificación de la negligencia emocional, siendo necesario trabajar en el desarrollo de un instrumento para ello.

A partir de la revisión de la literatura y los antecedentes sobre la implementación de instrumentos de cribado para la negligencia emocional, emergen varias preguntas que no han sido resueltas o cuyas respuestas no son del todo claras en las investigaciones y prácticas analizadas. En este sentido, propongo las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué instrumentos se han desarrollado para la detección de negligencia parental emocional en el sistema de salud?

¿Qué propiedades psicométricas presentan los instrumentos identificados?

¿Cuáles son los instrumentos más adecuados para la identificación de negligencia emocional en niños de 0 a 5 años en el contexto de las consultas pediátricas en Uruguay?

¿En qué medida los médicos de referencia de Uruguay consideran que contar con un instrumento para detectar la negligencia emocional es práctico y viable para su aplicación durante los controles pediátricos?

Objetivos del Proyecto

Objetivo General

Identificar y analizar instrumentos validados internacionalmente para la detección de negligencia emocional en la primera infancia, evaluando su pertinencia y viabilidad de implementación en el primer nivel de atención en Uruguay.

Objetivos Específicos

Realizar una revisión sistemática de la literatura científica para identificar instrumentos existentes de detección de la negligencia emocional en niños de 0 a 5 años.

Analizar las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de los instrumentos identificados

Explorar la percepción, barreras y facilitadores para la implementación de estos instrumentos en la práctica clínica del primer nivel de atención, a partir de la consulta a médicos de referencia.

Proponer recomendaciones para la adaptación o adopción de instrumentos en el contexto uruguayo, considerando los resultados obtenidos.

Diseño Metodológico

Fase 1: Revisión sistemática. Se realizará una búsqueda en bases de datos académicas internacionales (como PubMed, Scopus, PsycINFO, Google Scholar, y Tímbó) para identificar instrumentos destinados a la detección de negligencia emocional en la primera infancia. Los criterios de inclusión serán: estudios publicados en los últimos 10 años, instrumentos validados en población infantil de 0 a 5 años, y que cuenten con información sobre sus propiedades psicométricas. La estrategia de análisis consistirá en comparar los instrumentos según su validez, confiabilidad, aplicabilidad y el contexto en el que se utilizan (Sampieri, 2014).

Fase 2: Consulta a profesionales. Diseño y aplicación de un cuestionario semiestructurado dirigido a médicos de referencia del primer nivel de atención. Las variables a explorar incluirán: el conocimiento sobre negligencia emocional, la experiencia previa con instrumentos de detección, la percepción de su utilidad, y las barreras y facilitadores para su implementación. La estrategia de análisis se dividirá en dos enfoques, por un lado, un análisis descriptivo para las variables cuantitativas, lo que permitirá describir la distribución de frecuencias de las distintas variables, así como las medidas de tendencia central (moda, media y mediana) y de la variabilidad (rango, desviación estándar y varianza). Por otro lado, se llevará a cabo un análisis temático para las respuestas cualitativas, utilizando una codificación axial para generar clasificaciones, hipótesis,

teorizaciones y el desarrollo de una narrativa general (Sampieri, 2014). En base a los resultados obtenidos, se elaborarán recomendaciones para la adaptación o adopción de estos instrumentos en las consultas periódicas del primer nivel de atención.

Cronograma

Mes/ Actividad	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	X
Solicitud de avales institucionales y la aprobación del Comité de Ética									
Contacto con los médicos de referencia									
Prueba del formulario									
Aplicación y relevamiento de formulario									
Sistematización de los datos obtenidos									
Análisis de los datos									
Difusión de los resultados									

Consideraciones éticas

Se solicitará la aprobación del proyecto de investigación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), con el fin de asegurar que los procedimientos sean apropiados y éticos.

Los participantes estarán protegidos por la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales (2008) y por el Decreto N° 158/019 (2019), garantizando que toda la información recabada será manejada de acuerdo con los principios de privacidad. Los datos serán tratados de manera confidencial y anónima, con el fin de proteger la identidad y los derechos de los participantes.

Cada participante recibirá una hoja de información y consentimiento que explicará los objetivos del proyecto, su procedimiento, la voluntariedad de su participación, la protección de los datos obtenidos, y que no tiene efectos negativos. Las entrevistas serán codificadas para asegurar el anonimato, sólo se utilizarán los datos con fines estrictamente investigativos. Ninguna información que permita identificar a los participantes será divulgada.

En caso de que surja algún inconveniente, se adoptarán las medidas necesarias para garantizar el bienestar de los participantes, priorizándolo por encima de los objetivos de la investigación. Los participantes podrán interrumpir su participación en cualquier momento sin consecuencias.

Resultados Esperados

Se espera que, a través de la revisión sistemática, se identifiquen instrumentos validados internacionalmente para la detección de negligencia emocional en niños de 0 a 5 años. Mediante el análisis de sus propiedades psicométricas -incluyendo validez, confiabilidad y aplicabilidad- así como del contexto en el que han sido utilizados, se prevé reconocer cuáles de estos instrumentos podrían ser implementados en el primer nivel de atención en Uruguay. Asimismo, se anticipa que la consulta a médicos de referencia permitirá relevar percepciones, barreras y facilitadores en torno a la aplicación de dichos instrumentos en la práctica clínica.

Finalmente, con base en los hallazgos obtenidos, se pretende elaborar recomendaciones orientadas a la selección, adaptación o adopción de instrumentos pertinentes al contexto nacional, que contribuyan a la detección temprana de la negligencia emocional y al fortalecimiento de las estrategias de atención a la primera infancia en el sistema de salud uruguayo.

Difusión:

La difusión se llevará a cabo mediante diversas instancias con los participantes, incluyendo tanto a los médicos de referencia como a los prestadores de salud. Además se realizarán presentaciones ante los organismos rectores en políticas de salud y de infancia como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia (SIPIAV), la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). Estas presentaciones tendrán como foco resaltar la importancia de contar con un instrumento para la detección temprana de negligencia emocional y su capacidad para contribuir a la mejora de las políticas públicas.

Por último, se elaborarán artículos académicos que serán presentados en congresos nacionales e internacionales, promoviendo el intercambio de conocimiento con otros profesionales. Además, se buscará la publicación de revistas académicas arbitradas para garantizar la visibilidad del instrumento dentro de la comunidad científica y académica.

Referencias

- Altamirano, M. (2017). *Estudio instrumental de la escala multidimensional de comportamiento negligente para padres*.
<https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2100/Documento.pdf>
- Ardila, A., Matute, E., & Rosselli, M. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Manual Moderno.
- Barudy, J. (1998). *Dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós.
- Bedoya-Gallego, D. M., Osorio, M. M., Cuadrado, J. P., & Sañudo, J. E. P. (2024). Desarrollos investigativos sobre negligencia infantil. Estado del arte e implicaciones prácticas. *Interdisciplinaria*, 41(1), 11-12.
- Bedregal, P., & Pardo, M. (2004). *Desarrollo Infantil Temprano y derechos del Niño*. Serie Reflexiones: Infancia y Adolescencia. UNICEF Chile.
- Benia, W., Macri, M., & Berhier, R. (2008). Atención primaria en salud. Vigencia y renovación. En W. Benia & I. T. Reyes (Eds.), *Temas de Salud Pública. Tomo I* (pp. 119-147). Oficina del Libro FEFMUR.
- Bonaudi, N. (2014). *La perspectiva de maestros/as respecto de la participación política de niños/as a través de la experiencia de los Consejos de Participación en enseñanza primaria pública* [Tesis de grado, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí.
- Cillero, M. (1997). Infancia, autonomía y derechos. Una cuestión de principios. *Infancia. Boletín del Instituto Interamericano del Niño-OEA*, 234, 1-13.

- Clément, M. È., Bérubé, A., & Chamberland, C. (2017). Validation de la version française de l'échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(8), 560-569.
- Egeland, E., & Sroufe, A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. In R. Rizley & D. Cicchetti (Eds.), *New directions for child development: Developmental perspective on child maltreatment* (Vol. 11, pp. 77–92). Jossey-Bass.
- García-Cruz, A. H., García-Piña, C. A., & Orihuela-García, S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4), 199-210.
- Haworth, S., Schaub, J., Kidney, E., & Montgomery, P. (2022). A systematic review of measures of child neglect. *Research on Social Work Practice*, 34(1), 17-40.
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, 8(2007), 108-123.
<https://www.redalyc.org/pdf/853/85300809.pdf>
- Liu, S., Xia, X., Liu, Y., & Zhang, H. (2024). Herramientas de medición de la negligencia infantil de 2003 a 2023: una revisión sistemática. *Research on Social Work Practice*.
<https://doi.org/10.1177/10497315241244826>
- Lozano, F., García, M., Sande, S., Perdomo, V., & Zunino, C. (2019). Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud Pública.
- Marrodán, J. (2022, junio 27). La negligencia afectiva. *Buenos Tratos*.
<http://www.buenostratos.com/2022/06/la-negligencia-afectiva.html>

- Martínez, M. L. (1997). Concepciones parentales en la definición de negligencia infantil. *Psykhé*, 6(1), 21-34. <https://doi.org/10.7764/psykhe.v6i1.20117>
- McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J. C., McKee, C., & MacMillan, H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: A systematic review update. *BMC Pediatrics*, 20, 1-14.
- Mesa-Gresa, P., & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el ‘ciclo de la violencia’. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503. <https://doi.org/10.33588/rn.5208.2009256>
- Ministerio de Educación y Cultura. (2016). *Plan nacional de primera infancia, infancia y adolescencia 2016-2020*. <https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/comunicacion/noticias/plan-nacional-primer-infancia-adolescencia>
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y la niña menores de 5 años*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Equipos de salud del primer nivel de atención*. División Recursos Humanos del SNIS. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/DT%2014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%20202014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Programa Nacional de la Salud de la Niñez*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-de-la-salud-de-la-ninez>

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Objetivos Nacionales 2020*.

<https://www.anii.org.uy/upcms/files/llamados/documentos/objetivos-sanitarios-nacionales-2020.pdf>

Moreno Manso, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, 18(1), 136-150.

Moya-Albiol, L. (2004). Bases neurales de la violencia humana. *Revista de Neurología*, 38(11), 1067-1075. <https://doi.org/10.33588/rn.3811.2004135>

Ortiz, A. M., & Lena, M. M. L. (2020). Aproximación ecológica a la negligencia infantil en Puerto Rico: una identificación de riesgos desde la perspectiva profesional. *Psicología Iberoamericana*, 28(1).

Perdomo Pedéflous, M. (2021). *Dificultades para visibilizar precozmente el maltrato infantil en el ejercicio de la pediatría* [Tesis de maestría, Universidad de la República (Uruguay), Facultad de Psicología].

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*, 22.

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2013). *Informe de Gestión 2013*. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). <https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav>

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2023). *Informe de Gestión 2022*. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

<https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/3629-sipiav-en-cifras-se-presentoel-informe-de-gestion-2022>

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2024).

Informe de Gestión 2023. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

<https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/3629-sipiav-en-cifras-se-presentoel-informe-de-gestion-2022>

Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2016). *Control periódico del niño y niña hasta los 14 años*.

<https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Control-Periodico-del-Nino-y-Nina-hasta-los-14-anos.pdf>

Teran, F. (2024). *Psicología de la negligencia parental* [Trabajo final de grado].

<https://sifp.psico.edu.uy/psicolog%C3%ADa-de-la-negligencia-parental>

UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*.

Uruguay. (2004, septiembre 7). Ley N.º 17.823: Código de la Niñez y la Adolescencia

[CNA]. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay. (2007). Ley N.º 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay. (2008, agosto 11). Ley N.º 18.331: Protección de los datos personales y derecho a la

información. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Uruguay. (2019). Ley N.º 19.747, de 19 de abril de 2019. Modificación del artículo 123 y del

Capítulo XI de la Ley N.º 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia. Diario

Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19747-2019>

Vega Sanz, M. (2018). *Negligencia emocional, apego y trastorno límite de la personalidad*.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, XXXIII(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Winnicott, D. (1975). *Realidad y juego*. Gedisa.

Anexos

Hoja de información y consentimiento

Título del proyecto de investigación:

“Fundamentación de un instrumento para la detección de la negligencia emocional en niños de 0 a 5 años en el primer nivel de atención en Uruguay”

Investigadora:

Yanina Mederos

Estudiante de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (UdelaR).

Centro de trabajo del investigador:

Trabajo Final de Grado - Facultad de Psicología, UdelaR

Contacto:

yaninamederos21@gmail.com

El propósito de esta hoja es brindarle toda la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación en el estudio llevado a cabo por Yanina Mederos, estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Su participación es completamente voluntaria y podrá optar por no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión.

Este estudio se enmarca en el primer nivel de atención en salud, específicamente en el contexto de las consultas periódicas de niños de 0 a 5 años. Con el fin de fundamentar la necesidad de contar con un instrumento para la detección de la negligencia emocional en la primera infancia, se propone identificar y analizar instrumentos validados internacionalmente mediante una revisión sistemática en bases de datos académicas internacionales para posteriormente evaluar su pertinencia y viabilidad de implementación en dichas consultas.

Como parte del estudio, se prevé la recolección de opiniones de profesionales médicos acerca de la aplicabilidad de estos instrumentos en su práctica clínica. En este sentido, se le invita a participar de una entrevista semi-estructurada, en la que se explorarán sus percepciones, así como posibles barreras y facilitadores relacionados con el uso de instrumentos para la detección de la negligencia emocional en el primer nivel de atención.

No se prevén riesgos o efectos negativos derivados de su participación. No obstante, si en algún momento desea interrumpir su participación, podrá hacerlo sin que ello afecte su relación con la institución.

Toda la información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad, y los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos. Se garantiza el anonimato de los participantes en conformidad con la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales (2008) y el Decreto N° 158/019 (2019).

Firma del participante: _____

Aclaración: _____

Cédula de Identidad: _____

Pauta de entrevista a los médicos de referencia

El presente formulario está dirigido a médicos de familia y pediatras que se desempeñen en el primer nivel de atención, específicamente en las consultas a niños de 0 a 5 años. Su finalidad es conocer la percepción de los profesionales acerca de la usabilidad y viabilidad de un instrumento diseñado para detectar la negligencia emocional en dichas consultas.

Datos generales del profesional

1. Profesión:
 - Pediatra
 - Medico de familia
2. Años de ejercicio en el área:
 -
3. Tipo de prestador de salud en el que se desempeña actualmente:
 - Público
 - Privado
 - Ambos
4. Tipo de establecimiento donde realiza sus consultas:
 - Centro de Salud
 - Policlínica
 - Otro (Especifique)
5. Departamento en donde trabaja actualmente:
 -
6. Localidad:



Preguntas sobre la usabilidad y viabilidad del instrumento

1. ¿Considera útil disponer de un instrumento de detección de la negligencia emocional en las consultas pediátricas, aplicable a los cuidadores del niño?
2. ¿Cree que la implementación de este instrumento es viable dentro del tiempo limitado de una consulta?
3. ¿Siempre se cuenta con un referente en las consultas pediátricas?
4. ¿En qué momento, dentro del rango de edad de 0 a 5 años, considera que sería más adecuado aplicar el instrumento durante las consultas pediátricas?
5. ¿Cuáles cree que serían los principales desafíos en la implementación de este instrumento en las consultas pediátricas?