

Artículo original

Prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en el municipio de San Pedro Tlaquepaque en 2017

Dictamen aprobatorio de la Comisión de Investigación y Ética de la Secretaría de Salud Jalisco
Número de Registro Estatal de Investigación: 23/RXII-JAL/2017

Aguirre-Sandoval S. (1), Velasco-Lozano E. (2), Sheila Vanessa Rodríguez-Santos S.V. (3)

(1) Licenciado en psicología Psicólogo clínico en Región Sanitaria 12, SSJ ; (2) Maestro en gerencia en servicios de salud, Coordinador Servicios de Salud en Región Sanitaria 12, SSJ; (3) Maestra en administración, Psicóloga Clínica del Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, SSJ

Resumen

El maltrato hacia los niños por parte de sus familiares más cercanos es un fenómeno generalizado y normalizado en nuestra sociedad, donde padres y tutores lo utilizan con finalidad educativa y lo consideran como un derecho y una obligación de la crianza. La Evaluación del Desarrollo Infantil, que se realiza en los centros de salud del país, propicia la aparición espontánea de indicadores conductuales de maltrato, por lo que representa una oportunidad para la realización de este diagnóstico. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia del maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba de EDI, en el Municipio de San Pedro Tlaquepaque. Estudio cuantitativo, descriptivo-transversal, de abril a julio del 2017. Participaron 70 diadas cuidador-menor, con control médico en 3 centros de salud del municipio. **Método:** Se utilizó listado de indicadores conductuales de maltrato infantil, como el criterio para establecer un diagnóstico probable. Complementariamente se realizó entrevista al cuidador primario, para obtener corroboración o no de conductas maltratantes hacia el menor, como el criterio para la confirmación del diagnóstico. Las variables del estudio se sometieron a un análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** El 88.5% de los menores presentaron algún indicador conductual de niño maltratado. En el 96.7% de esos casos se corroboró que reciben conductas maltratantes habituales. Se diseñó un sistema de gradación de intensidad para el indicador conductual, el cual presenta una correlación alta y estadísticamente significativa con la frecuencia y la intensidad de las conductas maltratantes que el niño recibe. **Conclusiones:** Una proporción muy alta de los

menores de la muestra padecen maltrato, a manera de medidas disciplinarias en casa. La presencia del indicador conductual en el menor predice en un porcentaje muy alto la confirmación del diagnóstico de maltrato.

Palabras clave: Maltrato infantil, violencia intrafamiliar, disciplina violenta, indicadores conductuales.

Summary

The abuse of children by their immediate family members is a widespread and normalized phenomenon in our society, where parents and guardians use it for educational purposes and consider it a right and a duty of upbringing. The Child Development Assessment, which is carried out in the country's health centers, promotes the spontaneous appearance of behavioral indicators of maltreatment, which represents an opportunity for the realization of this diagnosis. The present study had as objective to know the prevalence of the abuse in children under 5 years to whom the EDI test is applied, in the Municipality of San Pedro Tlaquepaque. Quantitative, descriptive-transversal study, from April to July, 2017. Participated 70 dyads care giver-minor, with medical control in 3 health centers of the municipality. **Method:** A list of behavioral indicators of child maltreatment was used as the criterion for establishing a probable diagnosis. In addition, the primary caregiver was interviewed in order to obtain corroboration or not of abusive behaviors towards the child, as the criterion for confirmation of the diagnosis. The variables of the study were subjected to a descriptive and inferential statistical analysis. **Results:**

88.5% of the children had a behavioral indicator of abused child. In 96.7% of these cases it was corroborated that they receive habitual abusive behaviors. An intensity gradation system was designed for the behavioral indicator, which has a high and statistically significant correlation with the frequency and intensity of the abusive behaviors that the child receives. **Conclusions:** A very high proportion of the minors in the sample suffer abuse, by way of disciplinary measures at home. The presence of the behavioral indicator in the minor predicts in a very high percentage the confirmation of the diagnosis of abuse.

Keywords: Child abuse, intrafamily violence, violent discipline, behavioral indicators.

Introducción

Diversas conductas de maltrato hacia los niños en sus propios hogares y perpetradas por sus familiares más cercanos, constituyen un fenómeno altamente frecuente y normalizado en nuestra sociedad,¹ donde suele pensarse que esta violencia con fines didácticos es indispensable para enseñar normas de conducta y valores a los menores,² y que representa un derecho y una obligación de los padres o tutores. Sin embargo esta dinámica de socialización causa daños al niño, además de resultar ineficaz y contraproducente como estilo disciplinario, ya que el auténtico apego a principios y normas, diferente al sometimiento momentáneo ante la amenaza, depende de factores como la interiorización de las reglas³, la empatía con la autoridad,⁴ y la percepción de que tanto la regla como la autoridad son justas. El maltrato es contrario a dichos factores, y provoca problemas de conducta infantil.⁵

En la Secretaría de Salud, la “normalidad” y no visibilidad del maltrato infantil se muestra por ejemplo en el Sistema de Información en Salud (SIS), ahora SINBA, que es el gran compendio temático de los servicios y programas que se ofrecen a la población, ya que no incluyen ninguna clave correspondiente a la detección ni la atención de esta forma de violencia. Otra “vía” para el registro de casos de maltrato infantil en la Secretaría de Salud, (vía secundaria al no ser parte de la hoja diaria de consulta externa) es el formato “Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión”, cuya información acumulada puede ser consultada mediante reportes de la plataforma “Cubos dinámicos” y en el Subsistema de Registro de Atenciones por Violencia y/o Lesiones, los cuales señalan solo 12 casos durante todo 2015 en los 5 municipios de la Región Sanitaria XII, y solo 6 casos durante el 2016. Con base en lo anterior podemos afirmar que desconocemos como sector la prevalencia del fenómeno del maltrato hacia los niños, así como las

características que asume en los contextos específicos y área geográficas de responsabilidad.

La Evaluación del Desarrollo Infantil realizada de manera regular en los centros de salud a nivel nacional mediante la prueba EDI, coordinada desde los Programas PaSIA y Prospera, constituye una verdadera oportunidad para la detección de maltrato infantil, ya que dicha evaluación requiere interacciones entre el personal médico, el cuidador primario y el niño, que propician la aparición espontánea de indicadores conductuales de maltrato, mismos que ahora permanecen como manifestaciones no comprendidas ni atendidas de malestar, disfunción, riesgo o patología. La mejor comprensión del maltrato infantil, en su dimensión y características “locales”, proporcionaría la posibilidad de diseñar e implementar medidas de prevención y atención específicas y adecuadas, desde diferentes niveles institucionales.⁶

Definición

Las definiciones de la Organización Mundial de la Salud⁷ y de la Norma Oficial Mexicana,⁸ coincidentes en líneas generales, establecen que violencia y maltrato es aquella acción u omisión, realizada intencionalmente, que causa daño, o que tiene la capacidad potencial de causarlo, en la integridad, la salud, la dignidad o el desarrollo de la víctima; que puede presentarse como hecho reiterado o aislado y es realizada desde una posición de poder o confianza. Los tipos de maltrato al menor son: físico, emocional, sexual y desatención.

Prevalencia

A nivel internacional, un estudio de UNICEF para América Latina encontró que el 71% de los niños y niñas reciben algún tipo de violencia de parte de sus padres.⁹ En México, específicamente en el Estado de Sonora, se encontró que un 90% de las madres del estudio utilizaban castigo físico como método correctivo en la crianza de sus hijos.¹⁰

En base a auto-reportes de niños, igualmente en territorio nacional, las formas más frecuentes encontradas de maltrato en casa que los menores recibieron fueron: gritos, amenaza de maltrato físico, golpe con la mano, golpe con objeto, insultos, golpes en la cara, empujones, patadas.¹¹

Consecuencias

Puede consultarse una gran cantidad de estudios, ya de varias generaciones de investigadores, que aportan

evidencia sobre los daños producidos en los menores que reciben maltrato. Las afectaciones en la salud de los niños maltratados adquieren una gran diversidad de manifestaciones y de severidades, en el corto, mediano y largo plazo,¹² y que van desde lo eminentemente biológico, a lo psíquico y lo social.¹³ En ello coinciden también de manera unánime los protocolos de salud y legales de organismos y gobierno de todos los niveles, aunque aún persistan en ellos algunas lagunas, como lo son las definiciones operativas.

Se ha documentado que bastan 2 nalgadas por mes con intención disciplinaria para que se generen en el niño alteraciones medibles en su conducta y en su salud psíquica, incrementándose en ellos el grado de agresividad.¹⁴ El daño a los niños inicia entonces desde conductas de maltrato que podrían considerarse poco intensas y poco frecuentes. Un estudio considerado por la OMS como un verdadero hito científico, que incluyó a 17,300 residentes del estado de California, reportó una clara relación entre los abusos físicos y sexuales en la infancia, y conductas adultas de tabaquismo, alcoholismo, consumo de estupefacientes, depresión e intentos de suicidio,¹⁵ resultados que ilustran con detalle sobre la diversidad de las secuelas del maltrato, así como sobre su perdurabilidad en el tiempo.

Entre los efectos del maltrato infantil en el corto plazo, se encuentran los problemas de conducta externalizantes, que pueden o no alcanzar intensidad suficiente de trastorno mental. Existe hasta cuatro veces más probabilidades de que los niños desarrollen TDAH cuando las madres ejercen agresión verbal.¹⁶ Problemas de déficit de atención y conductas agresivas de los niños correlacionan positivamente con castigos físicos.¹⁷ En estudios con poblaciones mexicanas, la hiperactividad, inatención, pobre autocontrol, agresión y desobediencia en preescolares correlaciona con la corrección de la conducta infantil por parte de los padres utilizando nalgadas, gritos y regaños,¹⁸ y el comportamiento negativista desafiante asoció confiablemente con el uso de castigo físico.¹⁹ Por el contrario, el uso de estilos disciplinarios que evitan el castigo corporal y se apoyan en estrategias de buen trato (cooperación, apego, reciprocidad) generan mayor respuesta emocional ante las normas y límites, y mayor ocurrencia de conducta pro-social en los niños,²⁰ incluso en aquellos que presentaban ya un problema de conducta externalizante.²¹

También problemas de conducta internalizantes se encuentran como consecuencias directas y en el corto plazo del maltrato a niños. El uso de golpes e insultos está

relacionado con baja autoestima y percepción negativa de sí mismo por parte del niño o niña.²² En población de niños mexicanos, la violencia directa e indirecta (recibida por el propio niño y observada entre los padres) mostró un efecto significativo en la depresión y ansiedad (también en conducta antisocial y comportamiento escolar).²³ En madres también mexicanas, su historia de abuso tuvo relación significativa con depresión, ansiedad y el consumo de alcohol, así como con la utilización de tácticas educativas maltratantes, confirmando tanto el largo plazo de las secuelas de la violencia, como la existencia de mecanismos de su transmisión intergeneracional.²⁴

Diagnóstico

De manera general, los documentos diagnósticos y normativos a nivel nacional e internacional, (CIE-10, DSM-5, NOM, GPC, OMS) coinciden en utilizar el término violencia para designar preferentemente el fenómeno en su nivel más general, y utilizan términos como maltrato, abuso, negligencia, abandono, desatención, para designar el fenómeno a un nivel más concreto y operativo. Aun así no se observa un consenso terminológico estricto ni preciso. A este concepto básico del diagnóstico, se suman una serie de “especificadores”, en los que tampoco se observan categorías del todo uniformes y homogéneas:

1. Especificador tipo de maltrato: Físico, Psicológico o emocional, Sexual, Desatención.
2. Especificador certidumbre del maltrato: Probable y Confirmado.
3. Especificador severidad del maltrato: Leve, Moderado, Severo, Muy Severo.

En cuanto al especificador de certidumbre, el diagnóstico “Probable” de maltrato infantil se puede establecer ante la presencia de indicadores de abandono y conductuales,²⁵ o ante signos y síntomas correspondientes.²⁶ Para poder llegar a un mayor grado de certidumbre en el diagnóstico, además de la presencia de indicadores será necesario contar con información suficiente sobre la ocurrencia de situaciones de maltrato: verbalización de parte del niño, reconocimiento de parte del adulto involucrado, testimonio de otras personas y documento judicial o policial.²⁷ Es importante tener en cuenta que si se pretende aumentar el grado de certidumbre, utilizando para ello entrevista a los padres, estos pueden negar o atenuar los hechos de maltrato infantil en casa, proporcionando información que consideren socialmente aceptable²⁸

En cuanto al especificador de severidad del diagnóstico, cabe decir que su determinación es un proceso complejo

y para lo cual existen diversas propuestas en diversos instrumentos; se trata de una especie de ecuación en la que intervienen diferentes variables, como las siguientes, resultado de un esfuerzo de sistematización realizado en España:²⁹

- a) Edad del niño (mayor vulnerabilidad de 0 a 6 años).
- b) Intensidad del maltrato.
- c) Frecuencia del maltrato.
- d) Gravedad de las secuelas observables o probables en el niño.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo-transversal, realizado con el objetivo de conocer la prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en Tlaquepaque en 2017.

Participantes

Los sujetos incluidos en el estudio provienen de un universo de 2,261 menores de 5 años beneficiarios del Programa Prospera en el municipio de Tlaquepaque, según censo de diciembre 2016 de la Secretaría de Desarrollo Social, en control médico en centros de salud del propio municipio. La muestra es constituida por 70 diadas niño-cuidador primario, elegidas por cuota por parte del personal médico de los Centros de Salud Toluquilla, San Pedrito y Rosales, de acuerdo a los criterios de programación de la prueba de desarrollo infantil (EDI). Pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, ya que para ser elegibles como beneficiarias del Programa deben contar con un ingreso mensual per cápita estimado menor a la Línea de Bienestar Mínimo ajustada (LBMA), que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes.³⁰ Los cuidadores primarios de las diadas aceptaron la participación de manera voluntaria e informada.

El 51% de los menores pertenecían al género masculino y el 49% al género femenino. Su promedio de edad fue de 3 años con 7 meses. Su distribución en rangos anuales de edad fue la siguiente: de 1 año de edad participaron 7 niños; de 2 años de edad, 14 niños; de 3 años de edad, 19 niños; de 4 años de edad, 30 niños.

Instrumentos

Se aplicó la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, con procedimientos, materiales y formatos oficiales. Es un

tamizaje de aproximadamente 20 minutos de duración, en el que se valora el desarrollo neurológico del niño a través del funcionamiento de las áreas motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, social y conocimientos, comparándolo contra la normalidad estadística, de acuerdo a la edad. Así mismo realiza una valoración de factores de riesgo biológicos de la etapa pre y peri natal, una breve exploración neurológica, y se buscan algunas señales de alarma y de alerta, que puedan indicar desviaciones de la curva normal del desarrollo del niño. La aplicación completa de la prueba requiere un máximo de 37 ítems, dependiendo del grupo de edad, los cuales presentan dos diferentes modalidades de aplicación: 1- Entrevistada, esto es preguntando al cuidador primario si el menor presenta o no presenta alguna conducta, hito o habilidad en su vida cotidiana (50% de los ítems) y 2- Observada, esto es presenciando directamente en el menor alguna conducta, hito o habilidad, que el menor debe presentar a solicitud verbal, o en base a otras indicaciones y materiales.³¹

Se utilizó el listado de indicadores conductuales de maltrato infantil del la “Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infante-Juvenil” del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (cuadro 6 del documento), cuyo identificación en el niño permite establecer el diagnóstico de probable maltrato infantil. La guía de diagnóstico presuntivo aplica superlativos a algunos de sus indicadores: “Temor *exagerado* a un adulto”, “Conducta *excesivamente* sumisa” y “Timidez *exagerada*”, los cuales superlativos fueron eliminados en el presente estudio, quedando como “Temor a un adulto”, “Conducta sumisa”, “Timidez”, por la consideración (sustentada en protocolos de gradación del maltrato³²) de que identificar el indicador solo en sus grados más intensos, nos llevaría a solo realizar los diagnósticos de más severidad.

Se realizó una entrevista estructurada a los cuidadores primarios para obtener información sobre las conductas inadecuadas que presentan los niños en el entorno familiar, sobre las medidas correctivas implementadas por parte de las 2 principales figuras parentales o de autoridad, y datos demográficos de la familia.

Procedimientos

En presencia del cuidador primario, se aplicó la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), de acuerdo a procedimiento oficial, que incluye solicitar al menor la realización de algunas actividades. Durante el desarrollo

de esta prueba, el aplicador identificaba la aparición espontánea en el niño de algún indicador conductual de maltrato, que mayormente se presentaba a manera

de resistencia a colaborar. Se utilizó un procedimiento para graduar la intensidad del indicador que es una propuesta del presente estudio:

Tabla 1.
Categorías de intensidad del indicador conductual

Valor	Categoría	Condición
0	Ausente	No se observa el indicador
1	Intensidad baja	Se observa el indicador conductual de maltrato, pero el menor realiza de manera espontánea la totalidad de las actividades de la prueba.
2	Intensidad moderada	Debido a la presencia del indicador, el menor vacila en su colaboración y requiere ser alentado por el cuidador primario, pero realiza la totalidad de las actividades de la prueba.
3	Intensidad alta	El Indicador no permite que el menor realice una actividad de la prueba, a pesar de ser alentado.
4	Intensidad muy alta	El indicador no permite que el menor realice varias actividades de la prueba, a pesar de ser alentado.

Fuente: Propuesta instrumental de los autores

Se solicita al cuidador primario que interprete y defina con sus propias palabras los rasgos conductuales del niño que el aplicador ha identificado como indicador conductual de maltrato, para registrar si queda corroborada la interpretación de la conducta. Se pregunta también al cuidador si el indicador identificado y corroborado se presenta en otros contextos, para descartar alguna reacción conductual atípica del menor.

Y finalmente se realizaba al cuidador la entrevista estructurada, en la cual se obtenía información sobre número de medidas correctivas o disciplinarias ejercidas por los 2 cuidadores principales del menor, la descripción de esas conductas correctivas, la descripción de conductas inadecuadas de los niños en casa ("mala conducta" o conducta sancionada). Una vez que se contó con la información de los instrumentos utilizados, se emplearon los siguientes criterios para definir el especificador de certidumbre del diagnóstico:

Tabla 2.
Criterios para definir el especificador de certidumbre del diagnóstico

Presencia en el niño de indicador conductual de maltrato	Reconocimiento de maltrato al niño por parte del cuidador mediante la entrevista	Especificador de certidumbre del diagnóstico de maltrato
No	No	Sin maltrato
Si	No	Probable
No	Si	Probable
Si	Si	Confirmado

Fuente: Elaboración de los autores, en base a los criterios de la NOM-046 y la GDPI-J

Los elementos que se tomaron en cuenta para definir el especificador de severidad del diagnóstico fueron, con mayor prioridad la intensidad observada del indicador

conductual de maltrato presentado por el niño, y complementariamente la frecuencia y la intensidad de las conductas maltratantes referidas por el cuidador.

Se utilizaron categorías para graduar la intensidad de conductas maltratantes que recibe el niño, y que es una propuesta del presente estudio, de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 3.
Categorías de intensidad de conductas maltratantes

Intensidad baja (1)	Intensidad moderada (2)	Intensidad alta (3)	Intensidad muy alta (4)
-Grito -Amenaza de maltrato físico	-Nalgada -Manazo -Sometimiento físico	-Golpe con mano abierta en región troncal -Insulto -Golpe con objeto -Empujón -Tirón de orejas o cabello -Rechazo emocional	-Golpe con puño -Golpe con mano abierta en cara o cabeza -Golpe con objeto altamente lesivo -Patada -Amenaza de abandono -Amago de abandono

Fuente: Propuesta instrumental de los autores

Resultados

Dentro de los parámetros que describen condiciones socio-demográficas generales, se encontró que el 98% de los niños en edad preescolar (n=48) no iniciaron su escolarización a los 3 años. El acompañante del niño fue en el 100% de los casos un cuidador primario, con el siguiente parentesco: mamá en un 83%, abuela en un 7%, papá en un 7%, tía en 1% y hermana mayor en un 1%. La configuración de la familia fue: extensa en un 34% y nuclear en un 66%; monoparental en un 10% y biparental en un 90%. Se encontró que el cuidador principal del

niño en casa fue la madre en un 89% de las ocasiones, con un promedio de edad de 32 años; la abuela en un 7% de las ocasiones, con promedio de edad de 49 años; el padre en un 3% de las ocasiones, con un promedio de edad de 29 años; la hermana mayor en un 1% de las ocasiones. El 14% de las ocasiones el cuidador principal había realizado la primaria, el 67% la secundaria y el 19% la preparatoria. Se encontró un indicador conductual de maltrato en el 88.5% de los menores de la muestra (n=62), de acuerdo a la siguiente tabla de distribución por tipo de indicador:

Tabla 4.
Tipos de indicadores conductuales de maltrato

Presencia en el menor de indicador conductual de maltrato	No. de casos	Porcentaje
Indicador Ausente	8	11%
Timidez	52	74%
Temor a un adulto	7	10%
Conducta sumisa	1	1%
Conducta agresiva o destructiva	2	3%

N= 70 **Fuente:** Elaboración de los autores

De la totalidad de los indicadores conductuales encontrados, el 97% de ellos son de tipo internalizante (n=60). El cuidador primario corroboró la identificación

del indicador conductual en el 100% de los casos (n=62), y en el 95% de los casos reconoció que el indicador se presenta habitualmente en otros contextos (n=59). El

indicador no se presentó con intensidad uniforme en los niños, sino de acuerdo a la siguiente tabla de grados de intensidad:

Tabla 5.
Intensidad de los indicadores conductuales encontrados

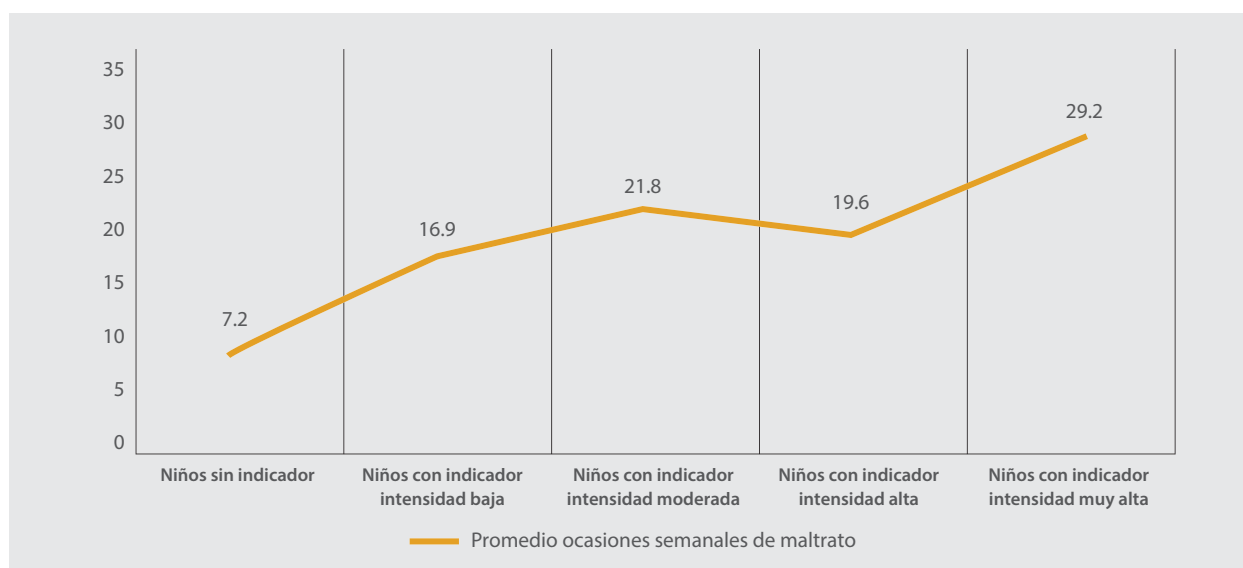
Intensidad del indicador	No. de casos	Porcentaje
Indicador Ausente	8	11%
Intensidad baja	10	14%
Intensidad moderada	13	19%
Intensidad alta	22	31%
Intensidad muy alta	17	24%

N= 70 **Fuente:** Elaboración de los autores

Se confirmó el diagnóstico de maltrato en el 96.7% (n=60) de los casos de niños que presentaron el indicador conductual, mediante reconocimiento en entrevista por parte del cuidador, sobre la ocurrencia de conductas maltratantes hacia el niño en casa de manera habitual como medidas disciplinarias y correctivas.

Las conductas maltratantes que recibe el niño en casa a manera de medidas correctivas y disciplinarias (suma del maltrato de los 2 cuidadores principales), presentan una frecuencia promedio de 20.5 ocasiones por semana, considerando la totalidad de los casos. El siguiente gráfico muestra este promedio semanal de ocasiones de maltrato, relacionándolo con la intensidad del indicador conductual presentado por los niños:

Gráfico 1.
Correlación intensidad del indicador-promedio de ocasiones de maltrato



Se puede observar que la línea de frecuencia de maltrato aumenta en la medida que aumenta la intensidad del indicador, con una ligera discontinuidad en el grupo de niños con indicador de intensidad

alta. Estas dos variables presentan una correlación positiva y estadísticamente significativa, de acuerdo al procedimiento Rho de Spearman, con un índice de 0.312; $p < 0.01$.

Cuando se solicitó al cuidador la descripción de conductas disciplinarias o correctivas utilizadas en casa con el menor, el 89% de las menciones fueron de tipo maltratante (n=172), y el 11% fueron de tipo no maltratante (n=21), con una distribución de sub-tipos de acuerdo a las siguientes tablas:

Tabla 6.
Sub-tipos de conductas disciplinarias maltratantes

Conducta	No. de menciones	Porcentaje
Gritos	66	34.2%
Nalgadas (golpe con mano abierta sobre glúteos)	42	21.8%
Amenazas verbales de maltrato físico	18	9.3%
Rechazo emocional	13	6.7%
Golpes con objetos	8	4.1%
Manazos (golpe con mano abierta sobre dorso de la mano)	6	3.1%
Golpes con la mano abierta en otra parte del cuerpo	5	2.6%
Insultos	4	2.1%
Sometimiento físico	3	1.6%
Tirones de orejas o cabello	3	1.6%
Empujones	1	0.5%
Golpes con objetos altamente lesivos	1	0.5%
Amenazas verbales de abandono	1	0.5%
Amagos de abandono	1	0.5%

N= 193 **Fuente:** Elaboración de los autores

Tabla 7.
Sub-tipos de conductas disciplinarias no-maltratantes

Conducta	No. de menciones	Porcentaje
Ignorar la conducta	6	3.1%
Indulgencia (complacer o condescender para evitar conflicto)	5	2.6%
Razonamiento sobre la conducta	4	2.1%
Retiro de privilegios	3	1.6%
Alejamiento de la escena	1	0.5%
Ofrecimiento de atención	1	0.5%
Ofrecimiento de consuelo	1	0.5%

N= 193 **Fuente:** Elaboración de los autores

Las conductas maltratantes que recibe el niño en casa a manera de medidas correctivas y disciplinarias, presenta una intensidad promedio de 2.1 puntos, considerando la totalidad de los casos. El siguiente

gráfico muestra este promedio de intensidad de conductas maltratantes, relacionada con la intensidad del indicador conductual presentado por los niños:

Gráfico 2.
Correlación intensidad del indicador-intensidad de conductas maltratantes



Se puede observar que la línea de intensidad de conductas maltratantes aumenta en la medida que aumenta la intensidad del indicador presentado por el niño, con una ligera discontinuidad en el grupo de niños con indicador de intensidad alta. Estas dos variables presentan una

correlación positiva y estadísticamente significativa, de acuerdo al procedimiento Rho de Spearman, con un índice de 0.333; $p < 0.01$.

Las conductas infantiles sancionadas por los cuidadores principales son:

Tabla 8.
Tipos de conductas Infantiles sancionadas

Conducta	No. de menciones	Porcentaje
Desobediencia	46	32.2%
Conductas agresivas	33	23.1%
Berrinches	25	17.5%
Exigencia exagerada	13	9.1%
Inquietud motora	9	6.3%
Insistencia exagerada	6	4.2%
Disputas con pares por objetos	4	2.8%
Conducta negativista	3	2.1%
Resistencia a compartir	2	1.4%
Ansiedad	1	0.7%
Timidez	1	0.7%

N= 143 **Fuente:** Elaboración de los autores

En una pregunta de la entrevista, independiente a la anterior sobre “el mal comportamiento infantil”, se consultó también al cuidador si consideraba que el menor presenta propiamente un problema de conducta.

El cuidador respondió que sí en el 48.6% de los casos (n=34), y que no en el 51.4% (n=36). Los tipos de problemas de conducta encontrados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 9.
Tipos de problemas de conducta infantil

Tipos de problemas de conducta infantil referido	No. de menciones	Porcentaje
Berrinches	14	20%
Conductas agresivas	5	7%
Inquietud motora	5	7%
Desobediencia	3	4%
Conducta negativista	3	4%
Timidez	2	3%
Irritabilidad	1	1%
Fobia	1	1%

N= 70 **Fuente:** Elaboración de los autores

Clasifican como como externalizantes el 91% de los problemas de conducta referidos por los cuidadores (n=31), y el 98.6% de las conductas sancionadas

presentadas por los niños habitualmente (n=141). El maltrato encontrado por perpetrador se describe en la siguiente tabla:

Tabla 10.
Conductas maltratantes por perpetrador

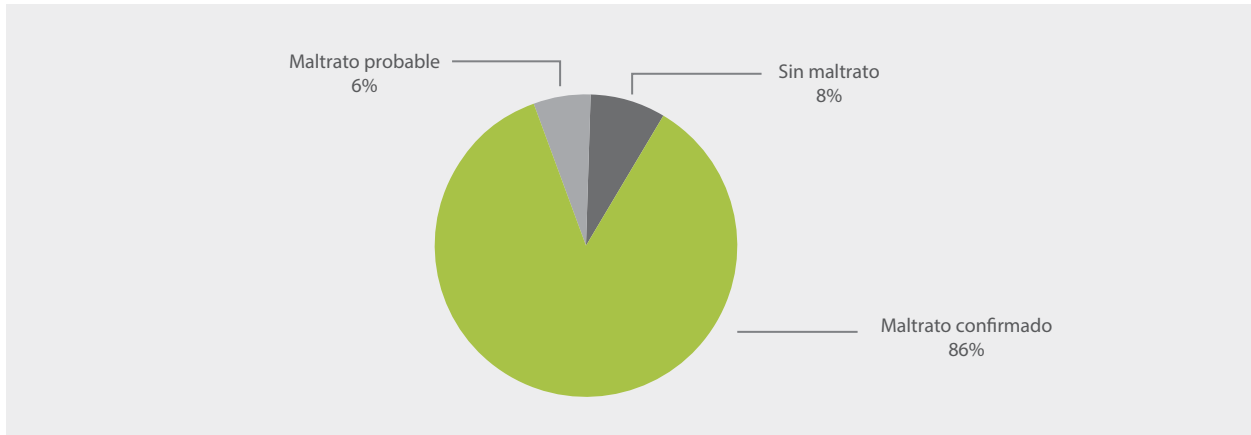
Cuidador mencionado como perpetrador	Número de menciones	Total de ocasiones de maltrato por semana en la muestra	Porcentaje sobre el total de ocasiones	Frecuencia semanal promedio por cuidador	Intensidad maltratante promedio
Madre	66	1,074	78.39%	16	1.9
Padre	23	157	11.46%	7	1.5
Abuelo	6	91	6.64%	15	1.8
Hermano	3	42	3.07%	14	2.7
Padraastro	2	5	0.36%	3	2
Tío	1	1	0.07%	1	2

N= 1,370 **Fuente:** Elaboración de los autores

Respecto al diagnóstico básico, los resultados muestran “Sin maltrato” al 8.6% de los casos (n=6), y “Con maltrato” al 91.4% de los casos (n=64). Los resultados de especificador

de certidumbre se muestran en el siguiente gráfico, donde el número de casos para las categorías fueron: “Maltrato confirmado” (n=60), “Maltrato probable” (n=4).

Gráfico 3.
Maltrato por especificador de certidumbre



La siguiente tabla muestra la manera en que se combinaron los criterios en los casos de la muestra para establecer este especificador de certidumbre:

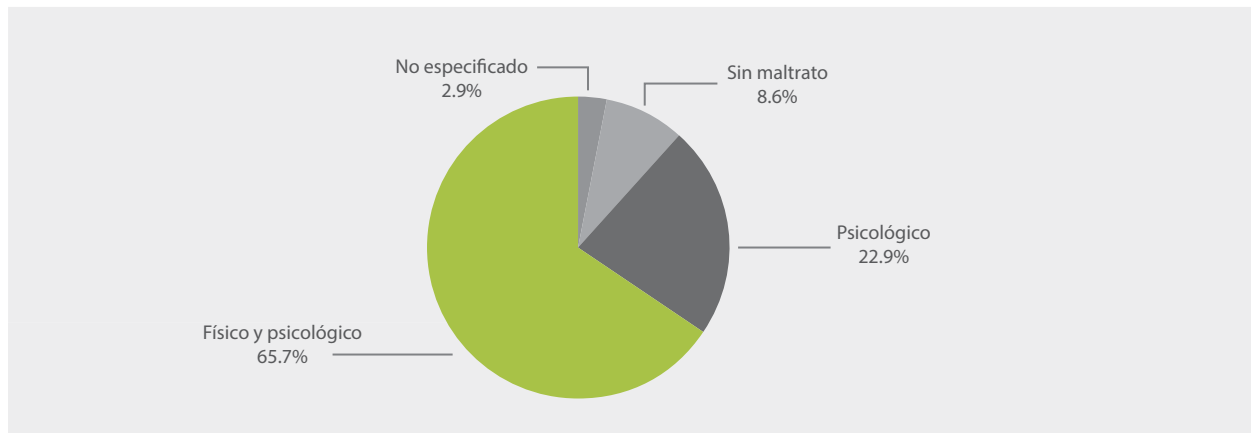
Tabla 11.
Rutas de asignación de criterio de certidumbre del diagnóstico

No. de casos	Indicador en el niño	Reconocimiento en entrevista	Diagnóstico	Especificador de certidumbre
6	No	No	Sin Maltrato	–
2	Si	No	Maltrato	Probable
2	No	Si	Maltrato	Probable
60	Si	Si	Maltrato	Confirmado

N=70 **Fuente:** Elaboración de los autores

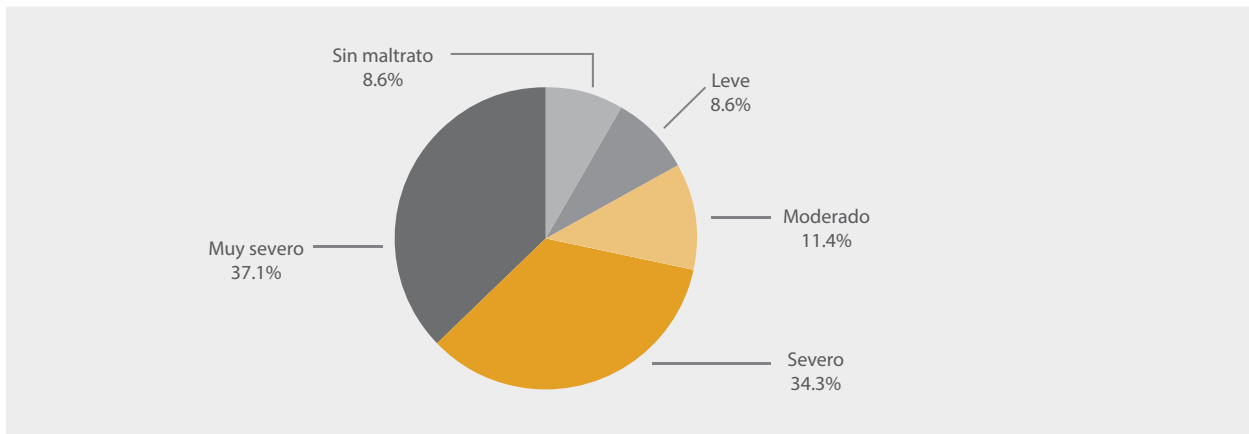
Los resultados del especificador de tipo se muestran en el siguiente gráfico, donde el número de casos para las categorías fueron: maltrato “Físico y psicológico” (n=46), maltrato “Psicológico” (n=16), maltrato “No especificado” (n=2).

Gráfico 4.
Maltrato por especificador de tipo



Los resultados del especificador de severidad se muestran en el siguiente gráfico, donde el número de casos para las categorías fueron: maltrato “Leve” (n=6), maltrato “Moderado” (n=8), maltrato “Severo” (n=24), maltrato “Muy severo” (n=26).

Gráfico 5.
Maltrato por especificador de severidad



La prueba de Pearson muestra una correlación de sentido negativo y con baja significancia, entre la edad del cuidador principal y la frecuencia de conductas maltratantes que recibe el menor, con un valor de -0.176 .

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del maltrato en menores beneficiarios del Programa Prospera en el municipio de Tlaquepaque, por medio de la identificación de indicadores conductuales que el niño presenta de manera espontánea durante la evaluación del desarrollo infantil, criterio que permite realizar un diagnóstico probable, y mediante el reconocimiento en entrevista, de parte del cuidador primario, de la ocurrencia de medidas disciplinarias maltratantes y habituales en casa, criterio que permite realizar un diagnóstico confirmado. Así mismo se buscó realizar una descripción general de dicho maltrato disciplinario: tipos, intensidades, frecuencias, perpetradores y conductas infantiles sancionadas.

Entre los hallazgos del estudio, el primer dato que llama la atención es la muy elevada proporción de menores que presentan algún indicador conductual de maltrato infantil (88.5%; n=62), aunque con diversa intensidad, considerando que la identificación certera de estos indicadores conductuales se vio avalada por el cuidador primario, quien familiarizado con los repertorios conductuales del niño, interpretó la

conducta de manera coincidente con el aplicador en la totalidad de las ocasiones, y en el 95% de los casos refirió que la conducta suele presentarse en otros contextos, descartando así que se tratara de reacciones conductuales aisladas o atípicas.

Un segundo dato que sobresale es que el 97% de los casos con indicador (n=60) fueron confirmados mediante el reconocimiento por parte del cuidador de la ocurrencia de medidas disciplinarias maltratantes y habituales hacia el niño. Este resultado respalda la validez del indicador conductual para realizar diagnóstico de maltrato, y señala la muy alta probabilidad de confirmar los diagnósticos presuntivos obtenidos mediante este criterio. La consideración entonces de este procedimiento de tamizaje sumamente rápido, sencillo y con validez (y descrito en manual institucional), debiera ser relevante para instituciones públicas, siempre con el reto de optimizar recursos y tiempo.

Los 2 casos con indicador conductual que permanecieron como probables, ya que no se obtuvo reconocimiento del cuidador sobre la ocurrencia de conductas maltratantes hacia el menor, muy probablemente puedan explicarse por un ocultamiento de esa información confirmatoria por parte del cuidador, situación sugerida por incongruencias de información de las entrevistas, y que constituye un fenómeno ampliamente conocido y descrito.³³ Si así es, ese margen de falibilidad observado debe ser atribuido al mecanismo confirmatorio y no al mecanismo de tamizaje.

Mientras que los 2 casos sin indicador conductual observado, en los que se reconoció por parte del cuidador la ocurrencia de medidas maltratantes y habituales hacia el menor, probablemente señalan un margen de falibilidad atribuible al mecanismo de tamizaje, y no al mecanismo confirmatorio. De manera que consideramos que el tamizaje generó 2 falsos negativos y 0 falsos positivos.

Por otro lado, los 6 casos en los que no se observó indicador, y que finalmente fueron considerados “Sin maltrato”, también presentaron algunas ocasiones de maltrato, aunque como puede verse en los gráficos 1 y 2, fue de manera menos frecuente y menos intensa que los otros grupos (en promedio 4.5 ocasiones por semana, contra las 29.2 ocasiones promedio por semana del grupo con indicador muy intenso). De ello puede interpretarse que variantes poco frecuentes y poco intensas de maltrato pueden no generar indicadores conductuales perceptibles, y pueden no ameritar un diagnóstico. Aunque esto plantea la cuestión de cuál es entonces el límite de conductas maltratantes, en intensidad y frecuencia, (y aún también en tipo e intencionalidad) que pueden presentarse sin asignación de diagnóstico.

Finalmente se asignó un diagnóstico de maltrato en el 91.4% (n=64) de los participantes del estudio, lo que coincide con otro estudio en México ya citado (Frías, M. & McCloskey, 1998), que ha reportado que un 90% de madres utilizan maltrato físico de manera disciplinaria, y por encima del 71% de niños maltratados en casa que reporta estudio de UNICEF para América Latina. Y aunque esta alta prevalencia se compone de casos heterogéneos, en tipo y severidad, describe dimensiones de una pandemia que ocurre justo delante de todos.

La prueba EDI y el tamizaje de maltrato infantil guardan una clara afinidad temática, pero también una clara afinidad aplicativa, ya que la dinámica para la evaluación del desarrollo permite identificar, como hemos visto, de manera confiable y sin procedimientos adicionales, los indicadores conductuales del niño maltratado. Pero además de eso, y aquí reside probablemente el rasgo original del presente estudio, la misma estructura de aplicación de la prueba de desarrollo puede ser utilizada para medir, de manera simple pero válida, la intensidad del indicador conductual, es decir la intensidad de la secuela que el maltrato dejó en la conducta del niño. Si el criterio para medir la gravedad de la afectación emocional/conductual del niño es su funcionamiento en diversos contextos, consideramos que la situación, los participantes y la dinámica relacional implicada en la realización de una prueba EDI, constituye un contexto

válido para obtener un índice de esa funcionalidad del niño, lo que entonces proporciona no solo información para establecer un diagnóstico probable (presencia del indicador), sino también para definir la severidad de ese diagnóstico (intensidad del indicador). Esto lo podemos observar en la correlación alta y estadísticamente significativa entre la intensidad del indicador que el niño presenta, con la frecuencia de conductas maltratantes que el niño recibe (Rho de Spearman 0.312; $p < 0.01$), y en la correlación también alta entre la intensidad del indicador que el niño presenta, con la intensidad las conductas maltratantes que el niño recibe (Rho de Spearman 0.333; $p < 0.01$). De manera que midiendo qué tanto el indicador conductual del niño le obstaculiza su colaboración en la prueba EDI, podemos situarlo, con un buen margen de probabilidad, en un segmento de frecuencia y de intensidad de conductas maltratantes que recibe.

De ello podemos deducir también que las formas leves o severas de maltrato producen en el niño secuelas leves o graves, respectivamente,³⁴ y afianzamos nuestra postura de que si solo detectamos indicadores conductuales intensos de maltrato, como en algunos casos lo propone la “Guía de diagnóstico presuntivo de maltrato infanto-juvenil”, estaríamos omitiendo la detección de los casos de menor severidad. Igualmente disentimos del criterio diagnóstico del DSM-V, que considera que existen golpes y bofetadas “razonables” que no deben ser consideradas para un diagnóstico de maltrato sino causan lesiones físicas, pues consideramos, como señalan otros autores, que las principales secuelas del maltrato físico se presentan en la esfera emocional.³⁵ Presenta también ambigüedad el marco legal, por ejemplo el Código Penal del Estado de Jalisco, donde se define como violencia intrafamiliar al acto u omisión que cause deterioro en la integridad física o psicológica de quien la recibe, y al mismo tiempo define que pueden darse golpes simples que no causen lesiones físicas en el ejercicio del derecho de corrección. Pero esos golpes disciplinarios autorizados causan el deterioro psicológico sancionado, lo que representa una contradicción normativa flagrante.

En 12 casos, de comportamiento atípico en la muestra, no se observa la correlación general entre intensidad del indicador que el niño presenta con la intensidad y la frecuencia de las conductas maltratantes que recibe. Aparecen como valores que se dispersan respecto a la tendencia dominante. Pareciera que este grupo de niños resultara menos afectado por el maltrato que recibe, o no manifestara de forma directa la gravedad de su daño mediante indicadores conductuales. Posibles hipótesis son que hayan encontrado en el contexto de la evaluación

más elementos de familiaridad que los otros niños, o que la afectación del maltrato que reciben esté atenuada por otros factores de protección³⁶, o que manifiesten las secuelas del maltrato mediante indicadores conductuales no incluidos en el listado de trabajo, como lo puede ser la conducta hiperactiva.

Al buscar el maltrato hacia el niño en casa exclusivamente en las medidas disciplinarias, hemos dejado fuera eventos y tipos de maltrato que pueden tener finalidades no disciplinarias, por ejemplo el abuso sexual y la negligencia, o la violencia indirecta que el niño atestigua entre padres. Es decir que por su enfoque, el presente estudio solo fue sensible a la descripción del maltrato de formas activas y de finalidad pedagógica, lo que probablemente conforma el segmento más amplio del espectro del maltrato infantil (pero no el único), y también el más normalizado culturalmente. De las conductas disciplinarias mencionadas por los cuidadores en el estudio, el 89% de ellas tiene un carácter maltratante (tabla 6). Coincidiendo en general con la descripción de otros estudios en México, destacan por su frecuencia los gritos, las amenazas de golpes, y formas leves de maltrato físico.³⁷ Si consideramos las medidas disciplinarias no maltratantes, podemos observar en primer lugar que se mencionan con muy poca frecuencia (11%), que poseen una diversidad muy reducida, y aún que algunas de ellas son consideradas no recomendables o no efectivas, como lo es la indulgencia. Una probable respuesta a ello puede ser que los cuidadores no conocen la descripción de conductas disciplinarias efectivas y no violentas.

Se observa también que las madres son responsables de prácticamente el 80% de los eventos de maltrato referidos en las entrevistas, donde se exploró el maltrato de los 2 cuidadores principales. Esto considerando que el cuidador informante fueron las propias madres en el 83% de los casos. Pero al mismo tiempo se observa que son ellas el cuidador principal del niño en casa en el 89% de los casos, lo que sin duda las hace la prioridad número uno para las intervenciones preventivas que puedan desarrollarse.

Si consideramos tanto las conductas infantiles sancionadas de manera habitual en casa, como también los considerados propiamente problemas de conducta, que se presentan en un muy alto 48.6% de la muestra, de acuerdo a lo referido por el cuidador, vemos que destacan la desobediencia, los berrinches y la agresividad, lo que también coincide con otros estudios.³⁸ Pero aquí se manifiesta una aparente contradicción clínica, ya que el 97% de los indicadores conductuales presentados por

los niños en la evaluación son de carácter internalizante, mientras que el 98.6% de las conductas infantiles sancionadas en casa y el 91% de sus problemas de conducta son de carácter externalizante, cuando estas categorías de problemas de conducta se asumen generalmente como correspondientes a tipologías distintas.³⁹ Es decir que en proporciones casi idénticas pero de signo contrario, los niños presentan dificultades conductuales internalizantes en entornos menos familiares, y externalizantes en entornos más familiares, probablemente desplegando diferentes facetas de las mismas secuelas del maltrato, y delineando el perfil de un niño alternativamente ansioso-agresivo, o ansioso-impulsivo. Por otro lado, el análisis detallado de las conductas sancionadas podría dar origen a intervenciones específicas con los cuidadores primarios, enseñándoles técnicas probadas y efectivas para tratar cada una de esas conductas inadecuadas.

Durante la fase de recolección de datos se hicieron algunas observaciones frecuentes en la conducta de los niños, en apariencia relevantes y no previstas, para las cuales el entrevistador no contaba con un procedimiento sistematizado de exploración ni registro, y terminaron siendo anotaciones en los márgenes de los formatos, esto fue que en 15 casos (21.4%) se observó durante la sesión la irrupción de conductas de carácter impulsivo de parte del niño, que fueron las siguientes:

- a) La continua interrupción del diálogo de los adultos, en 5 casos (que coincide con el síntoma i. de hiperactividad-impulsividad del TDAH en el DSM-5).
- b) Solicitudes persistentes para la obtención de algún satisfactor, que continuaban a pesar de una negativa, en 9 casos (que coincide con el rasgo de dificultad para retardar la gratificación, de acuerdo a caracterización de impulsividad de Evenden, 1999).
- c) Berrinches al negársele algo que solicitaba, en 3 casos (que coincide con el síntoma 1. del criterio de falta de control de los impulsos en el Trastorno explosivo intermitente en el DSM-5).

La frecuencia promedio de conductas maltratantes que recibe este grupo de niños que manifestaron conductas impulsivas en la sesión, es de 25 ocasiones por semana, lo cual está muy cerca de las 29 ocasiones por semana que en promedio recibe el grupo con el indicador conductual más intenso. En base a esto podríamos cuestionarnos sobre la influencia de la impulsividad como factor de riesgo para el maltrato infantil, y más específicamente la influencia de la impulsividad en la desobediencia infantil, que posteriormente puede suscitar la sanción maltratante.



Habría que tener en cuenta que los resultados del presente estudio provienen de una muestra breve, con las precauciones metodológicas que de ello derivan para la generalización de los resultados, especialmente hacia otros grupos socio-económicos o culturales. Reconocemos también la limitación en el presente estudio de no haber empleado un método probabilístico en la selección de la muestra, procedimiento de difícil conciliación con la operación diaria de un centro de salud.

Recomendaciones

Es inequívoca, y no por los resultados del presente estudio, sino por los resultados coincidentes de tantos estudios a nivel nacional e internacional, la necesidad de que la Secretaría de Salud preste más atención al fenómeno del maltrato infantil, en su detección, atención y registro, contribuyendo a desnormalizar este fenómeno etiopatogénico de gran calado, y contribuyendo también a combatir una de las fuentes de las diversas formas de violencia que aquejan y deterioran el tejido social. Una descripción epidemiológica amplia de este fenómeno en los diferentes territorios de responsabilidad, mediante mecanismos de tamizaje ágiles y sencillos, sería un primer paso para el diseño de medidas adecuadas, diferenciadas y viables de atención. Sin duda sería positivo incluir la detección de maltrato infantil en la hoja diaria de consulta externa, así como en este momento ya se encuentra en ella la detección de la violencia de género. Es claro también

que el Programa Prospera tendría razones suficientes para enfatizar aún más las intervenciones con sus beneficiarios para prevenir toda forma de violencia intrafamiliar, y específicamente para formar en habilidades parentales de autoridad efectiva y crianza positiva, teniendo en cuenta que la transmisión intergeneracional de la pobreza está relacionada con la transmisión intergeneracional de la violencia. Por su parte la Estrategia de Desarrollo Infantil podría dejar de considerar los indicadores conductuales de maltrato que los niños presentan de manera espontánea, como meros obstáculos para la aplicación de la prueba EDI, y más bien incluirlos en su procedimiento, que no se volvería ni más complejo ni más tardado, generando simultáneamente un diagnóstico tentativo del desarrollo neurológico y un diagnóstico tentativo de maltrato infantil.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Departamento de Investigación de la Secretaría de Salud Jalisco, especialmente al Maestro Dionisio Esparza Rubio, por la asesoría y acompañamiento del presente estudio. También al Dr. Raúl Pavel Contreras Sandoval, Coordinador del Programa Prospera en la Región Sanitaria XII, por todas las facilidades otorgadas.

Correspondencia: Licenciado en psicología Salvador Aguirre Sandoval

Psicólogo clínico en Región Sanitaria 12, SSJ
Correo electrónico: aguirre_s3@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil*. México, D.F. Secretaría de Salud. 2006. P 6-9
2. Pulido, Sandra; Castro-Osorio, Juliana; Peña, Marlyn; Ariza-Ramírez, Diana Paola Pautas, *Creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 245-259 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia.
3. Frías Armenta, Martha; Martín Rodríguez, Ana M.; Corral Verdugo, Víctor *Análisis de Factores que Influyen en el Desarrollo de Normas Ambientales y en la Conducta Anti Ecológica* Interamerican Journal of Psychology, vol. 43, núm. 2, 2009, pp. 309-322 Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional
4. Cornell, A. H., & Frick, P. J. (2007). *The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36, 305-318. doi: 10.1080/15374410701444181
5. Vite Sierra, Ariel; Pérez Vega, María Guadalupe *El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 389-402 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
6. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud. 2009.
7. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud. 2009.

8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Diario Oficial de la Federación. 2009.
9. Soledad Larraín, Carolina Bascuñan, *4to estudio de maltrato infantil*, UNICEF, Santiago, Chile, octubre 2012
10. Frías, M. & McCloskey, L.A. (1998). *Determinants of harsh parenting in Mexico*. Journal of Abnormal Child Psychology, 26, 129-139.
11. Martha Frías Armenta. *Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores*. Estudios de Psicología 13(1), 03-11. Universidad de Sonora (México). 2008.
12. Kim, J., & Cicchetti, D. *A longitudinal study of child maltreatment, mother child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence*. Journal of Abnormal Child Psychology, 32, 341-354. (2004).
13. Margolin, G., & Gordis, E. B. *The effects of family and community violence on children*. Annual Review of Psychology, 51, 445-479. (2000)
14. Catherine A. Taylor. *Mothers' Spanking of 3-Year-Old Children and Subsequent Risk of Children's Aggressive Behavior*. American Academy of Pediatrics vol 125/issue 5. Mayo 2010.
15. Felitti VJ et al. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction y many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study*. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14:245-258.
16. Thiago de Oliveira Pires. *Family environment and attention-deficit hyperactivity disorder, [en línea] 2014, 1 (Julio-)* : [Fecha de consulta: 16 de febrero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147184006>> ISSN
17. Hernández López, Mónica; Gómez Becerra, Inmaculada; Martín García, María Jesús; González Gutiérrez, Carolina. *Prevención de la violencia infantil-juvenil: estilos educativos de las familias como factores de protección* International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 8, núm. 1, mayo, 2008, pp. 73-84 Universidad de Almería Almería, España
18. Vite Sierra, Ariel; Pérez Vega, María Guadalupe. *El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 389-402 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
19. Romero, Violeta Félix, Nieto Gutiérrez, Javier, Rosas Peña, Marcela, Morales Chaine, Silvia, López Cervantes, Faribia. *Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana [en línea] 2015, 33 () : [Fecha de consulta: 27 de febrero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79933768005>> ISSN 1794-4724
20. Kochanska, G., & Murray K. (2000). *Mother-child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age*. Child Development, 71, 417-431. doi: 10.1111/1467-8624.00154
21. Cornell, A. H., & Frick, P. J. (2007). *The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36, 305-318. doi: 10.1080/15374410701444181
22. Pulido, Sandra; Castro-Osorio, Juliana; Peña, Marlyn; Ariza-Ramírez, Diana Paola Pautas. *Creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 245-259 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia.
23. Frías Armenta, Martha; Gaxiola Romero, José C. *Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica*. Revista Mexicana de Psicología, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 237-248 Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México
24. Gaxiola Romero, José Concepción; Frías Armenta, Martha. *Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas*. Revista Mexicana de Psicología, vol. 22, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 363-374 Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México
25. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infante-Juvenil*. México, D.F. Secretaría de Salud. 2006.
26. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Diario Oficial de la Federación. 2009.
27. Emilio Herrera-Basto. *Indicadores para la detección de maltrato en niños*. Revista Salud Pública de México 1999 Vol. 41(5):420-425. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Sep./Oct. 1999.
28. R. Antequera Jurado. *Evaluación psicológica del maltrato en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense, 12(43-44), Enero-Abril. España. 2006.
29. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
30. Programa de Inclusión Social Prospera. *Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social para el ejercicio fiscal 2017*. Diario oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2016.
31. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Guía Operativa de la Estrategia de Desarrollo Infantil, Secretaría de Salud, México, 2014.*
32. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
33. R. Antequera Jurado. *Evaluación psicológica del maltrato en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense, 12(43-44), Enero-Abril. España. 2006.
34. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.

35. Hart et al. (2002), en Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
36. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
37. Martha Frías Armenta. *Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores*. Estudios de Psicología 13(1), 03-11. Universidad de Sonora (México). 2008.
38. Vite Sierra, Ariel; Pérez Vega, María Guadalupe. *El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 389-402 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
39. Alarcón Parco, Danitsa; Bárrig Jód, Patricia S. *Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes*. Liberabit. Revista de Psicología, vol. 21, núm. 2, 2015, pp. 253-259 Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú