

Estudio sobre las implicaciones de la psicopatología parental, la transmisión intergeneracional y el abuso de sustancias tóxicas en el maltrato infantil

Juan Manuel Moreno Manso¹

Resumen

Actualmente, los programas y los proyectos de protección y atención a la infancia se enfrentan a la difícil tarea de aportar soluciones a cada caso de maltrato sin disponer de un conocimiento certero sobre la casuística de cada una de las tipologías de maltrato infantil. Los objetivos de este artículo son describir e interpretar los resultados de un estudio realizado por el Instituto Municipal de Servicios Sociales de la ciudad de Badajoz (España). Nuestro propósito es determinar el influjo de tres variables (la salud mental de los padres o responsables del niño, la transmisión intergeneracional y el consumo de alcohol o drogas por parte de los progenitores o cuidadores) en cinco formas de maltrato infantil analizadas (maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional e incapacidad para controlar la conducta del menor). Asimismo, realizamos un análisis comparativo entre los distintos tipos de maltrato infantil que conforman la muestra en las tres variables objeto de estudio. La muestra se compone de 107 familias y 256 niños. Los resultados de la investigación indican la relación significativa de algunas formas de maltrato con la salud mental de los padres, la transmisión intergeneracional y el consumo de alcohol o drogas por parte de los progenitores o cuidadores.

Palabras clave: maltrato a los niños, psicopatología, trastornos relacionados con sustancias.

Title: Implications of Parental Psychopathology, Intergenerational Transmission and Toxic Substance Use in Child Abuse.

Abstract

Currently, programs and projects of child protection and attention confront the difficult task of providing solutions to each case of abuse without having certainty about the causes of each typology of child abuse. The aim of this article is to describe and interpret the results

¹ Doctor en Psicopedagogía; magíster en Trastornos del Habla y Lenguaje, en Dirección de Recursos Humanos y en Psicología Clínica Infantil; experto en Gerontología; licenciado en Psicología; profesor del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Departamento de Psicología y Sociología de la Educación. Universidad de Extremadura (España); ex director del Instituto Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Badajoz (España); coordinador del Servicio de Atención a la Infancia y a la Familia.

of a study carried out by the Municipal Institute of Social Services in the city of Badajoz (Spain). Our purpose is to determine the impact of three variables (parent's mental health or the mental health of the person in charge of the child, intergenerational transmission and use of alcohol or drugs by the parents or caregiver) on five ways of child abuse analyzed (child abuse, physical neglect, emotional abuse, emotional neglect and inability to control the minor's behavior). Furthermore, we carried out a comparative analysis between the different kinds of child abuse that make up the sample in the three variables studied. The sample consists of 107 families and 256 children. The results show a significant connection between some types of abuse and the parent's mental health, intergenerational transmission and use of alcohol or drugs by the parents or caregiver.

Key words: Child abuse, psychopathology, substance-related disorders.

Afrontar con rigor el problema de los malos tratos a la infancia supone un conocimiento exhaustivo y preciso de las causas que provocan, mantienen y favorecen cada una de las formas de desprotección infantil. De ahí que sea imprescindible tener en cuenta todos aquellos modelos teóricos explicativos que han tratado de indagar su etiología durante los últimos 35 años.

Durante años la investigación se ha centrado en los factores que intervienen en el maltrato infantil, y a partir de ahí lo han entendido como un concepto global, sin tener en cuenta la existencia de diferentes tipos. Algunos estudios, al hablar

de maltrato infantil, en realidad, se refieren a maltrato físico y otros incluyen todo tipo de casos (abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, maltrato físico, abuso sexual, casos mixtos, etc.).

Actualmente se destaca la necesidad de identificar cuáles son los factores de riesgo implicados en cada forma de maltrato, a pesar de saber que en la práctica profesional es muy complicado hallar manifestaciones claras de cada tipo de maltrato, y que lo habitual es encontrar indicadores de casos mixtos, en los que prevalecen más manifestaciones de un tipo que de otro.

El trabajo de investigación se centró en el estudio de tres variables: la salud mental de los progenitores o responsables del cuidado del niño, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol o drogas) por parte de los progenitores/cuidadores y la transmisión intergeneracional. Diferentes autores han abordado el estudio de estas variables, aunque de forma global. Ésta ha sido la razón que motivó el tratar de verificar cuáles predisponen en mayor medida cada tipo de maltrato infantil. De este modo, el propósito de este documento es mostrar cómo determina el influjo de cada una de estas variables en las distintas formas de maltrato infantil que conforman la muestra objeto de estudio, variables que pueden actuar como predictoras, de cara

a establecer programas de prevención adecuados.

Desde el inicio del estudio del maltrato infantil, los modelos centraron su atención en la supuesta presencia de alteraciones psiquiátricas en los padres, que justificaban el bloqueo y la distorsión o no adquisición de recursos para desempeñar el rol parental. El maltrato físico es la forma de desprotección infantil que tiene una mayor tradición en el estudio empírico de la psicopatología parental en los abusos a la infancia. De ahí que sean numerosos los aportes teóricos explicativos y las investigaciones empíricas en este sentido, y que se hayan elaborado modelos apoyados desde el punto de vista psiquiátrico-psicológico con perspectivas psicodinámicas, conductuales, cognitivas, etc. Las diferentes teorías que apoyan el modelo psicológico-psiquiátrico explican el maltrato infantil a través de perturbaciones psicológicas y psiquiátricas en los progenitores o responsables del cuidado del niño, basándose principalmente en aspectos relacionados con la personalidad, el consumo de sustancias tóxicas, la transmisión intergeneracional, la cognición social, el estilo interactivo y las prácticas de crianza.

Las primeras teorías acerca de las causas del maltrato, al proceder del ámbito de la clínica, sostienen que existe una relación entre éste y

la enfermedad mental, el síndrome o la alteración psicológica de los padres. Se admite que esto es así tan sólo entre el 10% y el 15% de los casos (1); sin embargo, son varios los autores que han encontrado correlaciones significativas entre el maltrato infantil y algunas características de personalidad. Éstas son: la dificultad para controlar los impulsos y la baja autoestima (2-4), la escasa capacidad de empatía (5), la depresión y ansiedad en los padres (6), la hiperreactividad negativa y el estilo atribucional interno y estable de los progenitores/cuidadores sobre la conducta negativa de los niños y externo e inestable sobre el comportamiento positivo de éstos (7).

Asimismo, son numerosos los estudios que demuestran la correlación existente entre el consumo de alcohol y drogas en los responsables del cuidado del niño y el maltrato infantil (8-13). También desde el modelo psicológico-psiquiátrico se intenta proporcionar una explicación del abuso infantil a través de la transmisión intergeneracional (14),(15). Según este planteamiento, parece existir cierta tendencia en las víctimas de maltrato a convertirse en padres maltratadores, aunque no se puede concluir que la relación entre maltrato infantil y transmisión intergeneracional sea directa. Es posible buscar los mecanismos explicativos en numerosos estudios empíricos realizados por diferentes autores (7),(16-21).

La teoría del aprendizaje social sostiene que la violencia se puede aprender desde los primeros años de vida del niño, a través del modelado, del reforzamiento directo, del entrenamiento en coerción y del entrenamiento en la inconsistencia. Los teóricos del apego postulan que los niños maltratados esperan que los demás sean hostiles con ellos, y que cuando estas relaciones se interiorizan pueden convertirse en verdugos (22). Algunos autores, como Simons y colaboradores (17) piensan que la creencia en la legitimidad de una disciplina dura actúa como variable mediadora entre haber sufrido este tipo de disciplina y su utilización posterior. Otros autores buscan explicar la transmisión intergeneracional en la formación de una personalidad hostil, consecuencia de las dificultades de empatía y control de la agresión y la emoción, generado todo ello por el maltrato sufrido en la infancia. Por su parte, las teorías psicodinámicas abogan por la transmisión de los patrones maltratantes dentro de una relación de tipo narcisista.

Actualmente, se sigue considerando de gran interés el identificar cuáles son los mecanismos que marcan la diferencia entre los niños maltratados que se convierten en adultos maltratadores y los que no lo hacen. Las investigaciones señalan que las personas que recibieron apoyo emocional y social de otras personas fueron capaces de romper con el ciclo de maltrato que las que

no lo recibieron (7),(23-26). Desde las teorías de la cognición social se plantea que los padres maltratadores (principalmente las madres) muestran dificultad para expresar y reconocer las emociones (27),(28). Los resultados de algunos estudios empíricos indican que una causa importante del abuso infantil son las expectativas inadecuadas e irreales de los padres respecto a sus hijos, al esperar de ellos conductas maduras absolutamente inapropiadas para su edad (29).

Según distintas investigaciones, el estilo interactivo de los responsables del menor y las prácticas de crianza pueden desempeñar un papel fundamental en el maltrato a la infancia. La conducta indiscriminada e inconsistente y la disciplina punitiva son las características más relevantes, en cuanto al estilo interactivo y las prácticas de crianza de estas familias (30-36).

Los escasos estudios empíricos del abandono físico o negligencia infantil también abogan por la importancia del grado de psicopatología parental en esta forma de desprotección a la infancia (37-44). Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf (38) plantearon la hipótesis de un síndrome de apatía o de falta de motivación en los responsables del niño que sufre abandono físico. Por lo tanto, puede pensarse que en estos casos, el niño, aunque actúe, no participa en la interacción y, haga lo que

haga, no estimula ni motiva algún tipo de comportamiento en los padres. Este dato se correlaciona con algunos resultados de investigaciones basadas en hipótesis de tipo cognitivo (41), que señalan que los padres negligentes no manifiestan el mismo tipo de reacciones de irritación ante estímulos estresantes que la población en general.

Larrance y Twentyman (39), en un estudio empírico realizado con madres negligentes, concluyen que éstas presentan distorsiones cognitivas centradas en una percepción negativa del niño y en atribuciones internas y estables del comportamiento negativo de éste. Las atribuciones y distorsiones cognitivas negativas respecto al niño ocasionan, a la vez, un patrón de respuesta único ante el niño, independientemente de su comportamiento real. A su vez, Wolfe (42) corrobora el resultado de la investigación anterior, al señalar que los padres negligentes no responden a las situaciones ambientales. En consecuencia, que los niños se comporten positiva o negativamente, con éxito o fracaso, no afecta a las atribuciones que los padres hacen de tales conductas. Factor y Wolfe (43) consideran que en los casos de abandono físico es muy importante el grado de psicopatología parental, pero los estudios sólo confirman esta hipótesis en las familias donde existe la presencia de retraso mental en alguno de los progenitores/cuidadores. La inves-

tigación de Tymchuc y Andron (44) resalta que hay mayor incidencia de madres con CI límite entre los casos de negligencia.

Uno de los trabajos de investigación más relevantes en el contexto del abandono físico infantil es el realizado por Polansky, De Saix y Sharlin (37). Según este estudio empírico, existen cinco tipos de madres negligentes: la madre apática, la madre inmadura, la madre con retraso mental, la madre con depresión reactiva y la madre psicótica. Todas ellas, por diferentes razones, estarían incapacitadas para el desempeño del rol parental y, por lo tanto, fracasarían a la hora de satisfacer las necesidades básicas de los hijos. Años después, Polansky (40) planteó que muchas de estas madres se encuentran subjetivamente solas, socialmente inmovilizadas y emocionalmente hundidas, debido a una soledad crónica y grave. Puede tratarse de factores caracteriológicos, como el miedo a la cercanía, sentimientos de inutilidad que la disuaden del acercamiento a otras personas, escasas habilidades sociales e, incluso, determinados rasgos de personalidad que provocan rechazo. En este trabajo se señala la importancia de los factores de personalidad en el abandono físico o negligencia infantil.

Los objetivos planteados para este estudio son tres: determinar si existe relación entre la salud mental

del(os) cuidador(es) y el maltrato infantil, comprobar si existe relación entre el consumo de sustancias tóxicas por parte del(os) cuidador(es) y el maltrato infantil y establecer si los antecedentes parentales de desprotección (transmisión intergeneracional) inciden en el maltrato infantil. Asimismo, nuestro interés se centra en constatar si existen diferencias significativas entre los distintos tipos de maltrato a la infancia (abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, etc.) en las tres variables analizadas, es decir, si la salud mental, el consumo de sustancias tóxicas y la transmisión intergeneracional inciden en mayor medida en unas formas de maltrato que en otras.

Método

Sujetos

La muestra objeto análisis la componen 107 familias y 256 niños, de edad inferior a 18 años, en clara situación de maltrato infantil, trami-

tados por el Instituto Municipal de Servicios Sociales de la ciudad de Badajoz (España). Los 256 menores detectados en situación de maltrato infantil poseen indicadores muy claros y precisos de encontrarse en situación de desprotección, dado que su integridad física o psíquica se encuentra en serio peligro.

Los criterios operativos utilizados para identificar los tipos de maltrato infantil se basan en la clasificación elaborada por Arruabarrena, De Paul y Torrès (45), para el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Tabla 1).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para recoger la información de las situaciones de maltrato infantil fueron los siguientes:

- Entrevistas semiestructuradas con la familia (en el domicilio familiar, y siempre que fue posible con todos los miembros de la unidad familiar) y con el(los) menor(es), en el servicio social de base o en el centro escolar.

Tabla 1. Distribución de familias y menores según tipos de maltrato infantil

Tipos de maltrato	Familias (N = 107)	Menores (N = 256)
Maltrato físico	12 (11,2%)	19 (7,4%)
Maltrato emocional	18 (16,8%)	40 (15,6%)
Abandono físico	57 (53,3%)	168 (65,6%)
Abandono emocional	7 (6,5%)	12 (4,6%)
Abuso sexual	3 (2,8%)	4 (1,5%)
Explotación laboral	1 (0,9%)	1 (0,4%)
Incapacidad control	9 (8,4%)	12 (4,6%)

- Observación directa del(os) menor(es) en el domicilio, de la interacción padre(s)-hijo(s), de las interacciones familiares y del entorno familiar.
- Análisis de documentos de expedientes de los servicios sociales de base y de protección, de expedientes/informes escolares, de procesos judiciales, de informes policiales, de evaluaciones de otros profesionales (médicos, salud mental, etc.) y de documentos familiares.

Se elaboraron varios instrumentos para la detección y evaluación de las situaciones de maltrato infantil. En primer lugar, un instrumento específico de detección y notificación de situaciones de maltrato infantil (hoja de notificación), en el que el notificante debe describir el motivo de la notificación, los datos de identificación relativos tanto al menor como a la persona o institución que realiza la notificación, los indicadores de los distintos tipos de maltrato infantil observados en el menor y el lugar donde notificar la situación de desprotección.

Previamente se llevaron a cabo reuniones con instituciones y profesionales que desarrollan su labor con población infantil, en las que se les explicó la forma de rellenar dicho instrumento, a la vez que se les alertó sobre la necesidad de la firma de la persona o institución que lleva a cabo la notificación, tanto para dar

una mayor credibilidad al documento como para poder tomar posteriores medidas respecto al menor, en el caso de que se precisara. Con la hoja de notificación se pretendía que el profesional que detecte una situación de desprotección infantil esté en capacidad de notificarla de una manera ágil y sencilla, y a la vez proporcione al receptor de la demanda información inicial relevante.

Asimismo, se elaboraron otra serie de instrumentos: una entrevista familiar, un análisis funcional para padres y un análisis funcional para menores. Todo ello con la finalidad de recabar información sobre todos aquellos aspectos relevantes para la investigación. Estos instrumentos se diseñaron para facilitar la consecución del objetivo perseguido en la investigación: explorar aspectos relacionados con las variables objeto de estudio: la salud mental del(os) cuidador(es), el consumo de sustancias tóxicas y la transmisión intergeneracional.

A fin de garantizar un mínimo de validez, fiabilidad y objetividad en la recolección de datos, se intentó que la información se obtuviera a través de distintos instrumentos: entrevistas, observación y análisis de documentos.

Por último, también se elaboró un documento para la codificación y registro de la información, obtenido en relación con las variables investi-

gadas (hoja de valoración). Para poder llenar dicho soporte se utilizaron otros dos documentos: uno que describe los indicadores de maltrato infantil y otro que define las tres variables que se han investigados, en una escala graduada de 1 a 6.

Procedimiento

Los análisis estadísticos efectuados fueron los siguientes: en primer lugar, se realizó un análisis de frecuencias, a través de estadísticos descriptivos, con la finalidad de determinar la incidencia de la salud mental del(os) cuidador(es), el consumo de sustancias tóxicas y la transmisión intergeneracional en la situación de desprotección de los

menores; y, en segundo lugar, se hizo un análisis comparativo entre las distintas muestras de maltrato infantil, a fin de determinar si existen diferencias significativas en las muestras en las tres variables objeto de estudio. El análisis inferencial se llevó a cabo a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una y dos muestras independientes. El tratamiento informático de los datos se efectuó a través del paquete estadístico SPSS para Windows.

Resultados

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en la muestra global de maltrato infantil (N = 107) en las tres variables objeto de estudio.

Tabla 2. Resultados de la muestra global de maltrato infantil

Salud mental	Frecuencia	Porcentaje
(1) Adecuada	76	71,0%
(3) Algún síntoma	6	5,6%
(4) Grave controlado	9	8,4%
(5) Grave control inconstante	13	12,1%
(6) Grave sin control	3	2,8%
	107	100%
Consumo de sustancias tóxicas	Frecuencia	Porcentaje
(1) No existe	73	68,2%
(3) Ocasional	1	0,9%
(4) Existe/no riesgo menor	6	5,6%
(5) Existe/con riesgo menor	19	17,8%
(6) Crónicamente incapacitado	8	7,5%
	107	100%
Transmisión intergeneracional	Frecuencia	Porcentaje
(1) Aceptables	57	53,3%
(4) Inapropiados	42	39,3%
(5) Negativos	7	6,5%
(6) Muy desfavorables	1	0,9%
	107	100%

Antes de pasar a la interpretación de los resultados, en la Tabla 3 se presentan las categorías para codificar y registrar la información relativa a cada una de las tres varia-

bles. Los valores se refieren a diferentes grados de intensidad de la variable (ordenados desde el polo más positivo hasta el polo más negativo).

Tabla 3. Criterios para la codificación de las tres variables analizadas

Códigos de la variable salud mental del(os) progenitor(es)/cuidador(es)
<p>(1) Los datos indican que la salud mental del progenitor es buena, que no existen indicios de trastorno o problema psicopatológico. Asimismo, no hay datos que sugieran la presencia de otras dificultades psicológicas o características de personalidad que actúen y limiten su capacidad de funcionar de forma adaptativa en todas las áreas vitales.</p> <p>(2) Los datos señalan que no existen indicios de trastorno o problema psicopatológico en el progenitor. En cambio, hay datos que sugieren la existencia de alguna dificultad psicológica o de la personalidad que no supone una limitación significativa de su capacidad para funcionar adaptativamente en la mayoría de las esferas de la vida.</p> <p>(3) Los datos indican que no existen indicios de trastorno o problema psicopatológico en el progenitor. Puede existir algún síntoma/trastorno menor. Hay datos que sugieren la existencia de dificultades psicológicas o características de la personalidad que, en ocasiones, limitan significativamente su capacidad para funcionar de forma adaptativa en algunas de las áreas vitales.</p> <p>(4) La información sugiere la existencia de trastorno o problema psicopatológico serio en el progenitor. Aunque existe control médico o terapéutico sobre el problema, las dificultades psicológicas que lo caracterizan limitan con frecuencia y de forma significativa el funcionamiento adaptativo del sujeto en varias de las esferas vitales.</p> <p>(5) Los datos señalan la existencia de un trastorno mental o serio problema psicopatológico crónico, cuyo control médico no es constante, lo que provoca crisis que dificultan o limitan la capacidad del sujeto para funcionar de forma adaptativa en la mayoría de las áreas de la vida.</p> <p>(6) La información indica que el progenitor sufre un trastorno mental o serio problema psicopatológico crónico, muy disfuncional o fuera de control médico o terapéutico. Esta condición limita seriamente la capacidad del sujeto para funcionar de forma adaptativa en todas las áreas de la vida.</p>
Códigos de la variable consumo de sustancias tóxicas
<p>(1) No existe toxicomanía ni ha habido historia anterior de abuso/dependencia de sustancias.</p> <p>(2) No ha habido historia anterior de abuso/dependencia de drogas/alcohol, o si la hubo, actualmente el problema ha sido solventado tras un programa de tratamiento.</p> <p>(3) El consumo de drogas/alcohol es ocasional y no limita las capacidades del(os) cuidador(es) ni constituye un problema para la crianza del menor. De momento el(los) progenitor(es) realiza(n) adecuadamente su rol parental, aunque hay razones para suponer un cierto grado de riesgo o recaídas.</p> <p>(4) Existe abuso/dependencia actual de drogas/alcohol por parte del(os) cuidador(es), pero ello no supone un riesgo inmediato para el niño o la convivencia familiar. En periodos en los que es incapaz de atender al niño por su consumo, es capaz de concertar algún tipo de ayuda, y las necesidades del niño son cubiertas por amigos o parientes. Es(son) reticente(s) a iniciar un tratamiento.</p>

Continúa

Continuación

(5) Existe abuso/dependencia actual de drogas/alcohol por parte del(os) progenitor(es). Ello supone un riesgo para el niño y en los períodos en que es(son) incapaz(ces) de atender al niño no buscan la manera de satisfacer sus necesidades con algún tipo en ayuda de amigos o parientes. Rechaza(n) el tratamiento o ha(n) hecho algún intento de desintoxicación, abandonado en la fase inicial.

(6) El(los) cuidador(es) está(n) crónicamente incapacitado(s) para atender al niño por su consumo excesivo de drogas/alcohol. Su vida gira en torno a su consumo, por lo que es (son) incapaz(ces) de controlarlo. Esta situación pone en peligro la economía de la familia. Rechaza(n) el tratamiento o boicotea(n) de manera constante los diferentes programas de rehabilitación en los que ha participado o participa.

Códigos de la variable transmisión intergeneracional

(1) El(los) progenitor(es) no ha(n) sufrido situaciones de maltrato/abandono en su infancia. Han tenido modelos parentales aceptables.

(2) El(los) progenitor(es) fue(ron) víctima(s) de situaciones de maltrato/abandono, pero ha(n) aprendido a desarrollar su rol positivamente. Habla(n) de su experiencia y demuestran su superación con el adecuado cuidado que presta al(los) menor(es).

(3) El(los) progenitor(es) ha(n) sido víctima(s) en su infancia de situaciones violentas, maltrato/abandono, pero da(n) muestras de capacidad de control y evita(n) proyectar su frustración en el niño(a). Habla(n) de su experiencia frecuentemente.

(4) El(los) progenitor(es) ha(n) sido víctima(s) de situaciones de violencia o maltrato/abandono en su infancia. El modelo parental no ha sido apropiado. Rechaza(n) hablar de su niñez y no existe otra fuente de información que pueda proporcionar datos en este sentido. Su capacidad de autocontrol es cuestionable.

(5) El(los) progenitor(es) ha(n) sido víctima(s) de situaciones de violencia o maltrato/abandono en su infancia. El modelo parental ha sido negativo. No habla(n) de su experiencia y las secuelas limitan su capacidad para desarrollar su rol.

(6) El(los) progenitor(es) ha(n) sido víctima(s) en su infancia de maltrato, castigos violentos o negligencia. Ha(n) carecido completamente de modelos parentales positivos. No ha(n) resuelto las secuelas negativas.

Los datos relativos a la variable salud mental del cuidador/progenitor indican que en el 71% (76 familias) la salud mental del cuidador es adecuada. Por lo tanto, no existen indicios de trastorno o problema psicopatológico. No hay datos que sugieran la presencia de otras dificultades psicológicas o características de personalidad que actúen y que limiten su capacidad de funcionar de forma adaptativa en todas las áreas vitales.

En el 6% de las familias puede existir un síntoma o trastorno menor (3) en al menos uno de los cuidadores. En el restante 23% de las familias, la información procedente de Salud Mental del Insalud y Junta de Extremadura sugiere la existencia de trastorno psicopatológico grave en al menos uno de los cuidadores. Este 23% mencionado se distribuye de la siguiente manera: en el 8% existe control sobre el trastorno (4), en el 12% el control médico es

inconstante (5) y en el 3% no existe control médico o terapéutico (6).

Los resultados relativos a la variable consumo de sustancias tóxicas indican que en el 68,2% (73 familias) no existe problema de toxicomanía en ninguno de los responsables del cuidado del menor (Mo = 1). En cambio, en el 31,8% (34 familias) sí existe consumo de sustancias tóxicas en al menos uno de los progenitores/cuidadores.

Del 31,8% restante se destaca el porcentaje de familias con valor 5. Esto implica que en el 17,8% (19 familias) existe abuso/dependencia actual de drogas/alcohol por parte de al menos uno de los progenitores/cuidadores, lo que supone un riesgo para el menor, y que los responsables del menor en estos períodos son incapaces de atender al niño y no buscan la manera de satisfacer sus necesidades con algún tipo de ayuda de amigos o parientes. Rechazan el tratamiento o han hecho algún intento de desintoxicación, pero lo han abandonado en la fase inicial.

Finalmente, los resultados obtenidos en la variable transmisión intergeneracional reflejan que el mayor número de familias se sitúan en el valor 1. Es decir, en el 53,3% (57 familias) el(los) progenitor(es)/cuidador(es) del(os) menor(es) no sufrió(eron) situaciones de maltrato/abandono en su infancia, pues

tuvo(ieron) modelos parentales aceptables. También hay que destacar que la mediana es 2,5. Esto supone que en las restantes 50 familias con menores en situación de maltrato infantil sí hay antecedentes parentales disfuncionales. De este grupo es muy relevante que el 39,3% (42 expedientes) de familias tengan antecedentes parentales inapropiados (4).

En la variable salud mental del cuidador/progenitor, en todos los tipos de maltrato predomina una salud mental adecuada, excepto en el maltrato emocional y físico. En las familias con menores en situación de abandono emocional, la salud mental es adecuada (1) en la totalidad de la muestra. Lo mismo ocurre en las familias con incapacidad para controlar la conducta del menor, puesto que en un 90% la salud mental del cuidador es adecuada (1).

En los menores con abandono físico, no parece significativo el porcentaje de cuidadores con algún problema de salud mental. En un 81% de las familias la salud mental es adecuada (1) y en el 19% restante existe algún problema psicopatológico serio o grave en el cuidador.

En el maltrato emocional los resultados sugieren la existencia, en la mayoría de los casos, de alguna dificultad psicológica seria en al menos uno de los progenitores (concretamente en un 61% de los

expedientes analizados). Las alteraciones psicopatológicas más destacadas son los trastornos ciclotímicos, del estado de ánimo debido a enfermedad médica, adaptativos y de la personalidad. Estas alteraciones se constatan fundamentalmente en la madres/cuidadoras (87%).

Por último, en las familias con menores en situación de maltrato físico ocurre algo muy similar al maltrato emocional, pero en menor medida. En un 42% de los expedientes familiares se constata que la salud mental del cuidador es adecuada (1), mientras que en el 58% restante existe algún problema

psicopatológico en al menos uno de los cuidadores, que oscila de menor a grave.

La diferencia más característica entre el maltrato emocional y el maltrato físico es que en el primero existe un número mayor de cuidadores con valores 4, 5 y 6. Es decir, la gravedad del problema psicopatológico del cuidador es una característica más frecuente en las familias con maltrato emocional que en las familias con maltrato físico.

En relación con la segunda de las variables, el consumo de sustancias tóxicas en el cuidador/pro-

Tabla 4. Resultados de las tres variables según el tipo de maltrato infantil

Salud mental	1	3	4	5	6	N
Maltrato físico	5	3	-	3	1	12
Maltrato emocional	7	2	4	4	1	18
Abandono físico	46	-	4	6	1	57
Abandono emocional	7	-	-	-	-	7
Incapacidad control	8	-	1	-	-	9
Toxicomanía	1	3	4	5	6	N
Maltrato físico	4	-	-	6	2	12
Maltrato emocional	12	-	2	4	-	18
Abandono físico	43	1	2	6	5	57
Abandono emocional	5	-	2	-	-	7
Maltrato físico	7	-	-	2	-	9
Transmisión intergeneracional	1	3	4	5	6	N
Maltrato físico	9	-	-	3	-	12
Maltrato emocional	18	-	-	-	-	18
Abandono físico	18	-	35	3	1	57
Abandono emocional	-	-	6	1	-	7
Incapacidad control	9	-	-	-	-	9

genitor, constatamos que en todos los tipos de maltrato infantil, excepto en el maltrato físico, existe una mayor incidencia de expedientes familiares con valor 1. Por lo tanto, no existe toxicomanía en los responsables del menor.

En las familias con menores en situación de maltrato físico (N = 12), el porcentaje más alto se sitúa en el valor 5. Esto implica que en el 50% de las familias existe abuso/dependencia actual de drogas/alcohol por parte del cuidador, y ello supone un riesgo para el menor, puesto que en esos períodos los cuidadores son incapaces de satisfacer las necesidades del menor.

También comprobamos que un 16,7% de las familias con menores en situación de maltrato físico se sitúa en el valor 6, lo cual implica que los progenitores/cuidadores están crónicamente incapacitados para el cuidado del menor.

Otro dato interesante es que el 17,8% de las familias (19 expedien-

tes familiares de la muestra global) que se situaban en el valor 5 en la Tabla 4; en la Tabla 5 se comprobó que estos expedientes se distribuyen fundamentalmente en el maltrato físico, maltrato emocional y abandono físico.

El segundo tipo de maltrato donde incide la variable consumo de sustancias tóxicas, aunque en menor medida que en el maltrato físico, es en el maltrato emocional (N = 18). Aquí un 22,2% de las familias se sitúan en el valor 5, y un 11,1%, en el valor 4.

En cuanto a la distribución de la variable transmisión intergeneracional en los distintos tipos de maltrato infantil, la Tabla 6 indica que en el abandono físico y en el abandono emocional se observa una mayor incidencia de la variable (Mo = 4). En un 85,7% de los casos de abandono emocional y en un 61,4% de los expedientes de abandono físico, los antecedentes parentales de al menos uno de los progenitores/cuidadores son inapropiados (4).

Tabla 5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Variable	MF(p)	ME (p)	AF (p)	AE (p)	IC (p)
Salud mental	0,4087	0,1813	0,0000	No varianza	0,0155
Consumo sustancias tóxicas	0,0682	0,0037	0,0000	0,1410	0,0371
Transm. intergeneracional	0,0125	No varianza	0,0000	0,0568	No varianza

AF: abandono físico; MF: maltrato físico; AE: abandono emocional; ME: maltrato emocional; IC: incapacidad control.

Tabla 6. Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes

Variable	AF-MF	AF-ME	AF-AE	AF-IC	MF-ME
Salud mental	0,097	0,017	0,974	1,000	0,988
Consumo sustancias tóxicas	0,023	0,998	0,974	1,000	0,116
Transmisión intergeneracional	0,048	0,000	0,563	0,001	0,759
	ME-AE	MF-IC	MF-AE	ME-IC	AE-IC
Salud mental	0,046	0,202	0,099	0,100	1,000
Consumo sustancias tóxicas	0,965	0,262	0,039	1,000	0,990
Transmisión intergeneracional	0,000	0,905	0,014	1,000	0,001

AF: abandono físico; MF: maltrato físico; AE: abandono emocional; ME: maltrato emocional; IC: incapacidad control.

En cambio, tanto en el maltrato físico como en el maltrato emocional y en la incapacidad por parte del cuidador para controlar la conducta del menor predominan los antecedentes parentales aceptables ($Mo = 1$). La proporción es la siguiente: en un 75% en los expedientes de maltrato físico y en un 100% en los expedientes de maltrato emocional e incapacidad para el control del menor los antecedentes son aceptables (1).

A continuación, se describen los resultados de la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una y dos muestras independientes (tablas 5 y 6). Dichos análisis se llevaron a cabo con la finalidad de determinar la incidencia de las tres variables en las muestras de maltrato infantil estudiadas y establecer si existen diferencias significativas entre las distintas formas de malos tratos.

En la variable salud mental de los cuidadores se constatan diferen-

cias entre el abandono físico y el abandono emocional, respecto al maltrato emocional. Con respecto al abandono físico y al abandono emocional no se dispone de información que sugiera la presencia de alguna dificultad psicológica en los progenitores que pueda limitar su capacidad para atender adecuadamente a los menores a su cargo. En cambio, en el maltrato emocional los resultados sugieren la existencia, en la mayoría de los casos, de alguna dificultad psicológica seria en al menos uno de los progenitores (61%).

En la variable consumo de sustancias tóxicas en el(os) cuidador(es) se observan diferencias significativas entre abandono físico y abandono emocional, respecto al maltrato físico. En el abandono físico y emocional no existe toxicomanía ni historia previa de abuso/dependencia en ninguno de los progenitores y, en cambio, en el maltrato físico existe toxicomanía en al menos uno de los

cuidadores. Concretamente en un 67% de los expedientes familiares (el consumo más frecuente en los padres/cuidadores es el alcohol, y en las madres/cuidadoras, la heroína).

En la variable transmisión intergeneracional se constatan diferencias significativas entre los maltratos por omisión (abandono físico y abandono emocional) y los maltratos por acción (maltrato físico, maltrato emocional e incapacidad para controlar la conducta del menor).

En el abandono físico y abandono emocional existen antecedentes parentales de maltrato en al menos uno de los cuidadores. En cambio, en el resto de formas de desprotección infantil analizadas generalmente no existe historia previa de maltrato en ninguno de los cuidadores, por lo tanto, los modelos parentales han sido aceptables.

Entre el abandono físico y abandono emocional no se observan diferencias significativas en ninguna de las tres variables analizadas. Esto explica que ambas formas de maltrato infantil se encuentren asociadas en un 35% de los expedientes.

Discusión y conclusiones

En relación con el primer objetivo que planteado, determinar si existe relación entre la salud mental del(os) cuidador(es) y el maltrato

infantil, a fin de establecer si hay diferencias significativas en las tres formas de desprotección analizadas, se puede concluir lo siguiente:

En la muestra de abandono físico, la salud mental del(os) progenitor(es)/cuidador(es) es adecuada. No hay indicios de trastorno o problema psicopatológico en ellos. Es decir, no se dispone de información que sugiera la presencia de alguna dificultad psicológica que pueda limitar la capacidad de los cuidadores/progenitores para funcionar adaptativamente en las distintas esferas de su vida y para atender adecuadamente a los menores a su cargo. En las familias con menores en situación de abandono emocional no se detectó ningún progenitor/cuidador con problema de salud mental.

Estos resultados coinciden con las investigaciones de Pianta, Ege-land y Ericsson (46) y con las de Chaffin, Kelleher y Hollenberg (47), realizadas con menores y familias en situación de maltrato infantil. Según estos autores, no se observa ningún patrón de personalidad en los padres maltratadores y menos aún en los cuidadores de familias con menores en situación de negligencia grave o abandono físico.

En cambio, en los expedientes familiares de maltrato emocional y maltrato físico se ha podido constatar la existencia en la mayoría de las familias de algún trastorno o proble-

ma psicopatológico serio en al menos uno de los progenitores/cuidadores, básicamente en las madres.

Esta información coincide con estudios que argumentan la importancia del grado de psicopatología parental en el maltrato infantil (48), aunque en la práctica sólo se han confirmado casos referidos a la presencia de retraso mental o CI límite en al menos uno de los progenitores/cuidadores, generalmente en las madres (37),(43),(44).

Otro dato que se debe tener en cuenta es el hecho de que diferentes investigaciones relacionen el maltrato infantil con la depresión y la ansiedad en los padres (6),(49), (50). En el estudio se comprobó que la depresión es el problema de salud mental del(os) progenitor(es)/cuidador(es) con mayor incidencia en la muestra global (N = 107), a pesar de no tener la suficiente significación. En cambio, en los diferentes grupos muestrales la incidencia de cuadros ansiosos y depresivos no es tan elevada.

Respecto al segundo objetivo, determinar si existe relación entre el consumo de sustancias tóxicas por parte del(os) cuidador(es) y el maltrato infantil, estableciendo si existen diferencias significativas en las distintas formas de desprotección analizadas, se puede concluir lo siguiente:

En cuanto a la toxicomanía del(os) cuidador(es), en la muestra

de abandono físico se comprobó que no existe ni consumo actual de drogas o alcohol, ni historia previa de abuso/dependencia en ninguno de los responsables del(os) menor(es). Por lo tanto, los datos indican que el consumo de sustancias tóxicas no es una variable predictora del abandono físico infantil. Esta información contrasta con las investigaciones de Kelleher y colaboradores (51); Peterson, Gable y Saldaña (11); Bernstein, Stein y Handelsman (12), y Johnson (52), que informan de unas tasas elevadas de trastornos de consumo de drogas en padres negligentes.

En las familias con niños en situación de maltrato físico, se constató el consumo actual de drogas o alcohol por parte del(os) cuidador(es), principalmente el consumo de alcohol por parte del padre/cuidador, aspecto que supone un grave riesgo para el cuidado y atención del(os) menor(es).

Famularo, Kinscherff y Fenton (9) realizaron un estudio sobre la relación entre el alcoholismo y consumo de drogas de los padres y los diferentes tipos de maltrato a los hijos. Los resultados del análisis de regresión demostraron que el consumo de alcohol era la mejor variable predictora de los malos tratos físicos.

Chaffin, Kelleher y Hollenberg (47), en un estudio realizado en

1996, no hallaron diferencias significativas entre el abandono físico y el maltrato físico. Sus resultados demostraron que el consumo de drogas predice en un plano estadísticamente significativo tanto los malos tratos físicos como el abandono físico infantil. Estos datos contrastan considerablemente con lo hallado en nuestro estudio.

En la muestra de abandono emocional, al igual que en el abandono físico, no existe consumo de drogas o alcohol ni historia previa de abuso/dependencia en los padres/cuidadores.

En relación con el tercer objetivo planteado, determinar si la transmisión intergeneracional incide en el maltrato infantil, estableciendo si existen diferencias significativas entre los distintos tipos de maltrato a la infancia analizados, se puede concluir lo siguiente:

Los datos de los análisis estadísticos de este estudio confirman que los cuidadores/progenitores de la tipología de abandono físico fueron víctimas de situaciones de abandono/negligencia durante su infancia. El modelo parental fue inapropiado y se muestran reticentes a hablar de su niñez. Es como si repitieran con sus hijos los modelos parentales previos.

Esto se observa todavía en mayor medida en la muestra de aban-

dono emocional. Este dato puede apoyarse en los modelos explicativos basados en la transmisión intergeneracional del ciclo de malos tratos. Es decir, en la teoría del apego de Bowlby (53) y en la teoría del aprendizaje social de Wolfe (42).

En la muestra de maltrato emocional, incapacidad para controlar la conducta del menor y maltrato físico, los datos indican que los cuidadores no han sufrido situaciones de maltrato en su infancia, pues tuvieron modelos parentales relativamente aceptables. Información muy diferente a la que proporciona la muestra de abandono físico.

Es importante señalar que en el caso del maltrato físico, la ausencia de un historial previo de maltrato no es tan significativo como en el maltrato emocional e incapacidad para controlar la conducta del menor.

También se observaron diferencias significativas de los tres tipos de maltrato infantil mencionados respecto al abandono emocional, puesto que los antecedentes parentales de los cuidadores/progenitores son inapropiados en casi la totalidad de las familias con menores en situación de abandono emocional.

En relación con los resultados de este estudio, Kaufman y Zigler (16) llegaron a la conclusión en sus estudios de que la tasa de transmisión intergeneracional se sitúa entre

el 25% y el 35%. Por su parte, Browne y Linch (19) concluyen que la tasa de padres que manifiestan haber sido víctimas durante su infancia de malos tratos oscila entre un 30% y 60%; sin embargo, no observan diferencias significativas entre los distintos tipos de maltrato infantil.

Belsky (7) considera que el historial previo de crianza de los padres (antecedentes parentales) condiciona el estilo interactivo entre padre-niño, el método de disciplina, el conocimiento acerca del desarrollo infantil y, en general, el cuidado y atención que proporcionan al menor. Esto explicaría nuestros resultados en los casos de abandono físico y abandono emocional, pero no explicaría lo observado en el resto de las muestras de maltrato infantil.

Asimismo, numerosos investigadores consideran que lo que marca la diferencia entre los niños maltratados que se convierten en adultos maltratantes y los que no lo hacen es el apoyo social y emocional recibido de otras personas. Esta circunstancia se convierte en una variable moduladora o factor de protección capaz de romper con el ciclo de maltrato (7),(23-25),(36). Esto, a la vez, puede explicar en este estudio, el hecho de que en los progenitores/cuidadores de las muestras de abandono físico y abandono emocional, al no contar con una red de apoyo social y familiar adecua-

da, no se rompe el ciclo de transmisión intergeneracional.

Bibliografía

1. Ammerman R. Etiological models of child maltreatment. *Behav Modif.* 1990; 14:230-54.
2. Milner JS. An ego-strength scale for the Child Abuse Potential Inventory. *J Fam Violence.* 1988;3:151-62.
3. Culp R, Culp A, Soulis J, Letts D. Self-esteem and depression in abusive, neglecting, and nonmaltreating mothers. *Infant Ment Health J.* 1989;10: 243-51.
4. Zuravin S, Greif GL. Normative and child-maltreating mothers. *Social casework. The Journal of Contemporary Social Work.* 1989;74:76-84.
5. Milner JS. La aplicación de la teoría del procesamiento de la información social al problema del maltrato físico a niños. *Infancia y Aprendizaje.* 1995;71:125-34.
6. Zuravin S. Child abuse, child neglect, and maternal depression: is there a connection? *Research Symposium on Child Neglect.* Washington: U. S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect; 1988.
7. Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull.* 1993;114:413-34.
8. Murphy JM, Jellinek M, Quinn D, Smith G, Poitras FG, Groshko M. Substance abuse and serious child mistreatment: prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse Negl.* 1991;15: 197-211.
9. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1992;16:475-83.
10. Belliveau JM, Stoppard JM. Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics. *Addict Behav.* 1995;20(5): 619-25.
11. Peterson L, Gable S, Saldaña L. Treatment of maternal addiction to prevent

- child abuse and neglect. *Addict Behav.* 1996;21(6):789-801.
12. Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders. *Addict Behav.* 1998;23(6):855-68.
 13. Harter SL, Vanecek RJ. Cognitive assumptions and long-term distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments. *Cognit Ther Res.* 2000; 24(4):445-72.
 14. Caliso J, Milner J. Childhood history of abuse, childhood social support, and adult child abuse potential. *J Interpers Violence.* 1994;9:27-44.
 15. Milner JS. Assessing physical child abuse risk: the child abuse potential inventory. *Clin Psychol Rev.* 1994;14:547-83.
 16. Kaufman J, Zigler E. The intergenerational transmission of child abuse. In: Cicchetti D, Carlson V, editors. *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 129-50.
 17. Simons RL, Whitbeck LB, Conger RD, Chyi-In W. Intergenerational transmission of harsh parenting. *Dev Psychol.* 1991;27:159-71.
 18. Van Ijzendoorn MH. Review. Intergenerational transmission of parenting: a review of studies in nonclinical populations. *Dev Rev.* 1992;12:76-99.
 19. Browne KD, Linch M. Child abuse and its modes of transmission. *Child Abuse Review.* 1995;4:1-3.
 20. Schumacher JA, Feldbau-Kohn S, Smith AM, Heyman RE. Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggress Violent Behav.* 2001;6(2-3):281-352.
 21. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):741-53.
 22. Powell JL, Cheng VK, Egeland B. Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Infancia y Aprendizaje.* 1995;71:99-110.
 23. De Paúl J, Milner J, Múgica P. Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a basque sample. *Child Abuse Negl.* 1995;19: 907-20.
 24. Litty C, Kowalski R, Minor S. Moderating effects of physical abuse and perceived social support on the potential to abuse. *Child Abuse Negl.* 1996;20:305-14.
 25. Britner PA, Reppucci N.D. Prevention of child maltreatment: evaluation of a parent education program for teen mothers. *J Child Fam Stud.* 1997;6(2):165-75.
 26. Kapitanoff SH, Lutzker JR, Bigelow K.M. Cultural issues in the relation between child disabilities and child abuse. *Aggress Violent Behav.* 2002;5(3): 227-44.
 27. Kropp JP, Haynes OM. Abusive and nonabusive mothers' ability to identify general and specific emotion signals of infants. *Child Dev.* 1987;58:187-90.
 28. Camras L, Ribordy S, Hill J, Martino S, Spaccarelli S, Stefani R. Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Dev Psychol.* 1988;24:776-81.
 29. Oliva A, Moreno MC, Palacios J, Saldaña D. Ideas sobre la infancia y predisposición hacia el maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje.* 1995;71:111-24.
 30. Trickett PK, Susman EJ. Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Dev Psychol.* 1988;24:270-76.
 31. Kavanagh KA, Youngblade L, Reid JB, Fagot BI. Interactions between children and abusive versus control parents. *J Clin Child Psychol.* 1988;17:137-42.
 32. Whipple E, Webster-Stratton C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Negl.* 1991; 15: 279-91.
 33. Cerezo MA, D'Ocon A. Maternal inconsistent socialization: an interactional pattern with maltreated children. *Child Abuse Review.* 1995;4:14-31.
 34. Gaudin JM, Polansky NA, Kilpatrick AC, Shilton P. Family functioning in neglectful families. *Child Abuse Negl.* 1996; 20: 363-77.
 35. Cerezo MA. Abusive family interaction: a review. *Aggress Violent Behav.* 1997; 2(3):215-40.
 36. Thompson RA, Wyatt JM. Current research on child maltreatment: implications for educators. *Educational Psychology Review.* 1999;11(3):173-201.

37. Polansky NA, De Saix C, Sharlin SA. Child neglect. Understanding and reaching the parent. Washington: Child Welfare League of America; 1972.
38. Herrenkohl RC, Herrenkohl EC, Egolf BP. Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):424-31.
39. Larrance DT, Twentyman CT. Maternal attributions and child abuse. *J Abnorm Psychol.* 1983;92(4):449-57.
40. Polansky NA. Determinants of loneliness among neglectful and other low-income mothers. *J Soc Serv Res.* 1985;8:1-15.
41. Bauer WD, Twentyman CT. Abusing, neglectful and comparison mothers' responses to child-related and non-child-related stressors. *J Consult Clin Psychol.* 1985;53(3):335-43.
42. Wolfe D. Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychol Bull.* 1985;97(3):462-82.
43. Factor DC, Wolfe DA. Parental psychopathology and high-risk children. En: Ammerman RT, Hersen M, editors. *Children at risk: an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect.* Nueva York: Plenum Press; 1990.
44. Tymchuc AJ, Andron L. Mothers with mental retardation who do or do not abuse or neglect their children. *Child Abuse Negl.* 1990;14:313-24.
45. Arruabarrena MI, De Paúl J, Torrés B. El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. Programa para la mejora del sistema de atención social a la infancia (SASI). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1996.
46. Pianta R, Egeland B, Ericsson MF. The antecedents of maltreatment: results of the mother-child interaction research project. En: Cicchetti D, Carlson V, editors. *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 203-53.
47. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl.* 1996;20:191-203.
48. Black DA, Heyman RE, Smith AM. Risk factors for child physical abuse. *Aggress Violent Behav.* 2001;6(2-3):121-88.
49. Éthier LS, Lacharité C, Couture G. Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse Negl.* 1995;19:619-32.
50. Heyman RE, Smith AM. Risk factors for family violence: introduction to the special series. *Aggress Violent Behav.* 2001; 6(2-3):115-19.
51. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *Am J Public Health.* 1994;84:1586-90.
52. Johnson P. Predictors of family functioning within alcoholic families. *Contemporary Family Therapy.* 2002;24(2): 371-84.
53. Bowlby J. *La pérdida afectiva.* Barcelona: Paidós; 1993.

Recibido para publicación: 14 de junio de 2005
Aceptado para publicación: 5 de agosto de 2005

Correspondencia

Juan Manuel Moreno Manso

C/ Díaz Brito, 14, 2º B 06005, Badajoz, España

jmmanso@unex.es