

# Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial

J. M. Morales<sup>1</sup> / V. Zunzunegui Pastor<sup>2</sup> / V. Martínez Salceda<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Área de Investigación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. <sup>2</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

<sup>3</sup> Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires.

Correspondencia: J. Manuel Morales. Área de Investigación. Centro de Estudios del Menor y la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Condesa de Venadito, 34. 28027 Madrid.

Recibido: 6 de febrero de 1996  
Aceptado: 14 de marzo de 1997

(Conceptual models of child maltreatment: a biopsychosocial approach)

## Resumen

**Introducción.** En la actualidad, el concepto de maltrato infantil se extiende a cualquier disfunción en la interacción entre los padres y los hijos, incluyendo en su diagnóstico todas las diferentes formas en que se manifiesta dicha disfunción parental (desde el clásico maltrato físico hasta las formas sutiles de maltrato psicológico a los hijos).

**Metodología.** Revisión bibliográfica de la revista *Child Abuse and Neglect* entre 1991-1996 y de otros artículos y libros relacionados con el tema y citados en esta revista. Búsqueda de la bibliografía española accesible sobre el tema.

**Resultados.** Los escasos estudios realizados en España han estimado una prevalencia de 1,5%, aunque se admite que esta prevalencia es superior debido a las deficiencias en las fuentes de información con base poblacional. La visión del maltrato infantil como un fenómeno psicosocial que tiene importantes repercusiones en el desarrollo integral del niño, ha dado lugar a la elaboración de modelos conceptuales que intentan determinar la relación de los diferentes factores de riesgo y de protección que están involucrados en su aparición. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la edad joven de los padres, la existencia de síntomas de ansiedad y depresión, una estructura familiar monoparental, y las situaciones de inestabilidad económica. El apoyo social tiene un papel protector.

**Conclusión.** Es necesario profundizar en la dinámica de los factores de riesgo y los factores protectores para llevar a cabo intervenciones efectivas en la prevención del maltrato infantil.

**Palabras clave:** Maltrato infantil. Disfunción parental. Modelos conceptuales. Revisión.

## Summary

**Introduction.** Currently, the concept of child maltreatment extends over any dysfunction in the parent-child relationship, including in its diagnosis all different forms in which parental dysfunction takes place (from the classic child abuse to subtle types of psychological maltreatment).

**Methodology.** Review of original articles of *Child Abuse and Neglect* in 1991-1996, and of other articles cited in this period in that journal. Search of documents in the Spanish literature on this topic.

**Results.** Several studies carried out in Spain have shown a prevalence rate of 1,5%, although it is widely recognized that this figure is an underestimate. The view of child maltreatment as a psychosocial phenomenon which causes severe consequences in the child's integrated development, has produced conceptual models which explore the relationships among risk and protective factors involved in the occurrence of child maltreatment. The main risk factors are younger parents, anxiety and depression symptoms, monoparental family, and economic stress. Social support has a protective effect.

**Conclusion.** A better understanding of the dynamics of protective and risk factors for child abuse is needed in order to carry out effective interventions in prevention and intervention programs against child maltreatment.

**Key words:** Child maltreatment. Parental dysfunction. Conceptual models. Review.

## Introducción al fenómeno del maltrato infantil

**E**l término de maltrato infantil es un concepto cultural que ha experimentado cambios a medida que las sociedades han ido reconociendo los derechos del niño. En los países desarrollados no ha existido un reconocimiento institucional de sus derechos hasta finales del siglo XIX<sup>1</sup>. Es en el inicio y a lo largo del presente siglo cuando se fundamenta en

la legislación la defensa del niño: la declaración de Ginebra de 1924, seguida por la declaración de las Naciones Unidas en 1959, y culminada por la convención sobre los derechos del niño aprobada por la Asamblea General en 1989 y ratificada por España en 1990. Mientras en la mayoría de los países se ha afrontado este fenómeno como un problema de tipo sociosanitario y dentro de los programas de salud pública<sup>2,3</sup>, en nuestro medio, salvo algunos acercamientos en el ámbito

hospitalario, solamente ha sido abordado desde los servicios sociales y bajo una perspectiva jurídica y de intervención en las familias maltratantes. Hoy en día, los servicios sociales se están acercando hacia los niveles de prevención primaria y secundaria mientras que el sector sanitario realiza algunos abordajes dentro de sus programas de salud<sup>4</sup>.

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública debido a sus consecuencias en el desarrollo de los niños tanto físico como psicosocial<sup>5-7</sup>. Así, el maltrato infantil es uno de los factores primordiales en la producción de la infancia en riesgo. La principal finalidad de este artículo es dar una visión global de este fenómeno, sobre todo orientado al maltrato físico y psicológico, que permita el acercamiento por parte de los programas preventivos de salud pública desde el abordaje de los actuales modelos conceptuales explicativos de este problema. En la globalidad del fenómeno se excluyen las formas de maltrato de abuso sexual por estar dotado de connotaciones y factores desencadenantes muy diferentes al resto de las categorías de maltrato infantil<sup>8,9</sup>.

En la actualidad, el maltrato infantil se define como cualquier interacción o falta de interacción entre el niño y sus padres/cuidadores que ocasione un daño no acci-

dental físico y/o mental<sup>10</sup>. Tres criterios fundamentales establecen su existencia: a) una conducta violenta física y/o psíquica, b) abandono y/o indiferencia, y/o c) carencia de estímulos de desarrollo<sup>11</sup>. Por ello, el maltrato infantil es una manifestación extrema de una grave perturbación en la relación niño-cuidador<sup>12</sup>.

Aunque el presente artículo no pretende abarcar con profundidad una discusión sobre la definición del maltrato infantil y sus diferentes tipologías, sí deberíamos reseñar que uno de los principales retos en este campo es la estandarización de criterios operativos sobre todo en los casos más controvertidos de maltrato psicológico<sup>13,14</sup>. En 1985, la Asociación Médica Americana<sup>15</sup> estableció, a través de un panel de expertos, la estandarización de signos diagnósticos para la identificación del abuso, el abandono físico y el maltrato emocional. En el anexo se muestra una síntesis de los principales signos físicos y conductuales del diagnóstico de los anteriores grupos de maltrato. Con respecto a nuestro país, recientemente se han elaborado unos criterios estandarizados que han sido aplicados principalmente en los servicios sociales del País Vasco<sup>12</sup>. Dicha estandarización, basada en la clasificación realizada por Stratton y otros autores<sup>16</sup>, distingue entre un maltrato de tipo activo (abuso) y uno pasivo (negligencia) y a su vez un maltrato de tipo

#### Anexo. Criterios operativos de los diferentes tipos de maltrato infantil\*

Tipos	Def. Operativa**	Signos físicos	Signos conductuales
Abuso físico	Acción no accidental de los padres/cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Están incluidas conductas de castigo de tipo físico (azotes, bofetadas epujones, tirarles objetos, palizas)	Contusiones con formas semejantes al objeto usado Quemaduras típicas Fracturas en diferentes estados de cicatrización. Lesiones abdominales (hematomas intramurales, perforación intestinal, rotura de vísceras). Lesiones en el sistema nervioso (hematoma subdural, hemorragia retiniana o subaracnoidea)	Baja demanda. Signos de negativismo. Infelicidad. Enojado, solitario y/o destructivo. Dificultad de relacionarse. Excesiva o ausencia de ansiedad ante separación de los padres. Búsqueda constante de atenciones. Retraso en el desarrollo psicomotor y cognitivo.
Abandono físico	Las necesidades básicas no son atendidas por ningún miembro adulto de la familia. Están incluidas la falta de asistencia educativa y sanitaria, peligros en el hogar	Malnutrición Episodios repetidos de pica. Constante fatiga o debilidad. Mal estado de higiene. Ropas inadecuadas para el clima. Falta de atención médica. Repetida ingestión de sustancias peligrosas	Ausencia de supervisión por un adulto. Mala atención escolar y sanitaria. Explotación. Inversión de los roles familiares. Abandono en el hogar según edad.
Maltrato Emocional y/o psicológico (se incluyen formas de abuso y de abandono)	Hostilidad verbal y/o falta de respuesta de una figura estable de apego a expresiones emocionales del niño o a los intentos de interacción hacia dicho adulto (indiferencia hacia el niño) durante los seis primeros años de vida. Se incluye el ser testigo de violencia.	Retraso del desarrollo físico y del crecimiento	Trastornos emocionales y/o limitación funcional que dependen de la actitud parental. Trastornos de la conducta. Ansiedad, apatía y/o depresión. Se incluyen acciones parentales como insulto, burla, desprecio, crítica y/o amenaza de abandono, rechazo, aislamiento, terror, corrupción.

\*Tomado y modificado de Council on Scientific Affairs, 1985<sup>15</sup>

\*\*Tomado y modificado de Lan Eta Gizarte Segurantzza Saila, 1988<sup>12</sup>.

físico y otro de tipo emocional. La desventaja principal de la definición operativa aplicada en nuestro medio radica, tal y como ha sido indicado por los propios autores, en que no se contemplan casos de maltrato de difícil categorización como son entre otros la explotación laboral, la corrupción y el maltrato prenatal.

---

### Consecuencias del maltrato infantil

Numerosos estudios han confirmado que los niños maltratados están a un riesgo elevado de mortalidad y sufren trastornos en su desarrollo. Sabotta y Davis<sup>17</sup>, tras realizar el seguimiento de 11.085 niños nacidos en el estado de Washington y registrados en los servicios de protección infantil desde 1973 a 1986, han reportado un riesgo relativo (RR) de muerte tres veces mayor (RR = 2,9 con un intervalo de confianza al 95% —IC 95%— de 2,1 a 4,1) comparado con una muestra de la comunidad apareada por edad, sexo y distrito de nacimiento, siendo el grupo de edad con mayor riesgo el de adolescentes (RR = 5,3 con un IC 95% de 2,2 a 12,5) y con un riesgo de muerte por homicidio para todas las edades 20 veces superior a la población infantil.

En diversos países se ha planteado la estimación de su mortalidad a partir del registro de las muertes reconocidas por los servicios sociales de protección y hospitalarios<sup>18,19</sup>, pero es aceptado que estas cifras no reflejan la magnitud real del problema<sup>20</sup>. Un reciente estudio americano ha planteado una serie de modelos matemáticos para su estimación a partir de la ponderación de seis categorías codificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 y según los certificados de muerte de los homicidios registrados por la Agencia Federal de Investigación<sup>21</sup>. No conocemos que exista ningún estudio en España que haya planteado la estimación de la mortalidad de este fenómeno a partir de los certificados de defunción.

Independientemente de las secuelas físicas que desencadenan directamente las lesiones producidas tras un abuso físico, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, fundamentalmente relacionados con el desarrollo psicosomático del niño. Entre los trastornos más destacados se encuentran el retraso intelectual<sup>22</sup>, los trastornos cognitivos<sup>23</sup>, las alteraciones conductuales<sup>24</sup> y los trastornos por estrés postraumático desencadenados sobre todo por formas severas tanto de maltrato físico como emocional<sup>25</sup>.

Los problemas de salud física y mental en el niño maltratado aparecen en los primeros momentos del desarrollo evolutivo del niño como repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño<sup>26</sup> y en la adolescencia como trastornos de la capacidad de relación social. Así, los adolescentes que fueron maltratados en su infancia tienen

un mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas junto con una mayor tendencia a delinquir<sup>27</sup>. Se ha postulado que el abuso infantil y la delincuencia juvenil no son dos problemas distintos, sino que constituyen un proceso continuo<sup>28</sup>. En un estudio realizado en 600 adolescentes se mostró una asociación significativa entre antecedentes de maltrato y consumo de alcohol, con un riesgo de tentativa de suicidio cinco veces mayor comparado con aquellos que no reportaban maltrato en su infancia<sup>6</sup>. En nuestro país, uno de los escasos estudios existentes compara una muestra de niños diagnosticados de abuso y abandono físico con otra de semejantes características sociodemográficas de niños sin antecedentes de maltrato y demuestra la existencia de mayores problemas conductuales en los niños maltratados<sup>29</sup>.

A pesar de estas evidencias sobre la importancia de antecedentes de maltrato sobre el desarrollo psicosocial del niño, todavía es necesario especificar cuáles son realmente los factores que conllevan a dichos trastornos. Así, Herrenkohl y cols.<sup>30</sup> han evidenciado que las variables relacionadas con el nivel socioeconómico y el clima familiar son más predictoras de problemas conductuales que las específicas de utilización de disciplina severa de tipo físico y emocional.

---

### Prevalencia e incidencia del maltrato infantil

El propio concepto de maltrato infantil conlleva una dificultad considerable para realizar registros fiables. Además la mayoría de los estudios están realizados a partir de los diferentes sistemas de registros existentes en los servicios de protección infantil, que recogen aquellas situaciones de maltrato extremas que transgreden la legalidad de amparo al menor, no reflejando la realidad del problema. Por ello, los investigadores han manifestado que las cifras oficiales sólo representan «el vértice del iceberg del maltrato infantil»<sup>31</sup>. En la tabla 1 se resumen los principales estudios realizados. En dicha tabla puede observarse que las estimaciones muestran una gran variabilidad según la fuente, el criterio diagnóstico y el diseño empleado<sup>32</sup>.

En Estados Unidos, las agencias sociales reportan una prevalencia del 1,25% al 1,5% de la población infantil<sup>12</sup>. Strauss y Kaufman (1987)<sup>44</sup> elaboraron un índice de abuso infantil a partir de los actos violentos familiares, estimando que un 14% de niños entre 3 y 17 años son maltratados físicamente. Estos datos, que contrastan con los registros oficiales, concuerdan en cambio con los resultados estimados a partir de una encuesta a jóvenes nativos de Alaska, que muestran cómo el 13,3% de los participantes respondieron afirmativamente ante la pregunta de si habían recibido abuso físico por parte de sus cuidadores<sup>38</sup>. La última encuesta americana sobre violencia familiar, realizada en 1986, ha mostrado una prevalencia de violencia leve hacia los niños en

**Tabla 1. Principales estudios de prevalencia y/o incidencia del maltrato infantil**

Estudios	Autores	Diseño*	Criterio diagnóstico	Tasa anual (por 1.000 niños)
<b>Internacionales</b>				
National Family Violence Resurvey <sup>33</sup>	Strauss y cols., 1986	Incidencia	Conflict Tactics Scale	Violencia severa de 107. Muy severa de 19.
US Bureau of the Census <sup>34</sup>	Official Statistics, 1986	Incidencia	Casos reportados de protección	32,8
Statewide Childhood Injury Prevention Program <sup>35</sup>	Guyet y cols., 1989	Incidencia	ICD-9-CM	0,31 (95% IC = 0,21; 0,44)
Korean Incidence Survey <sup>36</sup>	Kim and Ko, 1990	Incidencia	Conflict Tactics Scale	Violencia leve de 590 Violencia severa de 82
Finnish Incidence Survey <sup>37</sup>	Sariola & Uutela, 1992	Incidencia	Conflict Tactics Scale	Violencia leve de 190 Violencia severa de 50
Indian Adolescent Health Survey <sup>38</sup>	Blum y cols., 1992	Prevalencia	Cuestionario específico	Abuso físico en infancia de 10%
American Hospital-based study <sup>39</sup>	Abedin, 1993	Prevalencia	Clínico	Abandono de 2%
Ontario Incidence Study <sup>40</sup>	Trocmé y cols., 1995	Incidencia	Casos reportados	21
<b>Estudios españoles</b>				
Estudio de incidencia de maltrato en Cataluña <sup>41</sup>	Inglès, 1995	Incidencia	Casos reportados	5,09
Estudio de incidencia de maltrato en Andalucía <sup>42</sup>	Moreno y cols., 1995	Incidencia	Casos reportados	15
Estudio de maltrato en Gipuzkoa <sup>43</sup>	De Paül y cols., 1995	Prevalencia	Casos reportados	15

un año de 10,7% y de severa de 1,9%<sup>33</sup>. En España, los estudios realizados determinan una incidencia del 1,5%, estimándose que solamente son detectados el 10-20% de casos de maltrato existentes<sup>41-43</sup>.

En relación a la tasa de incidencia del maltrato infantil, uno de los escasos estudios con adecuado diseño (realizado en la comunidad de Massachusetts desde 1979 hasta 1982) estimó una incidencia de malos tratos de 3,1 por 10.000 personas/año con un intervalo de confianza al 95% de 2,1 a 4,4 por 10.000 personas/año<sup>45</sup>. Dicha incidencia es más alta en niñas (3,3 por 10.000 personas/año) que en niños (2,9 por 10.000 personas/año), siendo a su vez más alta en los niños(as) menores de cinco años. Estas cifras aumentan en las estimaciones realizadas por el National Center on Child Abuse and Neglect que en su estudio nacional de incidencia realizado en 1986 reflejan una tasa de incidencia de 25 por 1.000 personas/año<sup>31</sup>.

## Modelos conceptuales etiopatogénicos del maltrato infantil

### Modelos tradicionales del maltrato infantil

Con el reconocimiento de la entidad clínica del «síndrome del niño apaleado» debido a Kempe y cols. en 1962<sup>46</sup> se inicia el estudio de los diferentes factores etio-

lógicos implicados en el maltrato infantil. Hasta la década de los 70 y siguiendo las teorías vigentes de causalidad, se aplicaron diversos modelos unicausales para explicar su aparición. La mayoría de los factores de riesgo identificados en este tipo de estudios pueden ser agrupados en tres diferentes niveles: individual, familiar y ambiental<sup>47</sup>.

En el nivel individual podemos contemplar tanto factores dependientes de los padres como del niño<sup>48</sup>. En relación a los factores parentales se han destacado la edad joven de los padres en el nacimiento del hijo maltratado, el antecedente de maltrato en éstos, los problemas de abuso de drogas y alcohol y los trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión sobre todo materna<sup>49-52</sup>.

El tradicional modelo psiquiátrico proponía que las características psicopatológicas de la personalidad de los padres constituían la causa del maltrato de los hijos. Aunque inicialmente este modelo explicaba el maltrato como consecuencia de trastornos psicóticos en los padres, posteriormente se ha orientado éste hacia el estudio de sus características psicológicas<sup>53</sup>. En relación al abuso de drogas, Famularo y cols.<sup>54</sup> han encontrado una relación entre el tipo de droga y las diferentes categorías de maltrato: el alcohol está asociado al abuso físico y la cocaína al abuso sexual.

Paralelamente se ha desarrollado la idea del factor provocador del propio sujeto maltratado, en tanto

que diferentes factores de vulnerabilidad en el niño serían los desencadenantes de una conducta maltratadora en los padres. Así, múltiples estudios analizaron el grado de influencia de problemas del parto del niño (prematuridad, bajo peso, embarazos múltiples, otros), la existencia de trastornos congénitos como minusvalías físicas y/o intelectivas, y los problemas de desarrollo del niño como la hiperactividad o los trastornos del comportamiento. En la actualidad, la mayoría de los factores dependientes del niño que habían sido asociado al maltrato están muy discutidos, no existiendo una evidencia clara para destacarlos como factores de riesgo<sup>55,56</sup>. Benedict y cols.<sup>57</sup>, estudiando una muestra hospitalaria de niños con múltiples incapacidades (retraso mental, parálisis cerebral, trastornos sensoriales y otros), encontraron que mientras sí existían diferencias significativas en variables sociodemográficas (nivel educacional, ingresos, situación familiar) entre aquellos padres que maltrataron a sus hijos incapacitados y los que no, en cambio no se encontraron diferencias ni con las variables de nacimiento ni con los problemas orgánicos, funcionales y/o conductuales que presentaban estos niños. Por ello, en la actualidad se entiende que el fenómeno del maltrato está asociado al grado de adaptación entre los padres y los hijos, al condicionar el tipo de interrelaciones que se establecen entre éstos<sup>58</sup>.

En el nivel familiar se ha contemplado la importancia de factores como las familias de un solo padre/madre, familias numerosas con un número mayor de tres hijos, la existencia de violencia en forma de peleas entre los padres, la separación precoz de la madre en el primer año de vida del niño y el nacimiento cercano de dos hijos<sup>59,60</sup>.

El nivel ambiental cada vez cobra más relevancia, considerándolo como un conjunto de factores psicosociales que al interactuar con los anteriores niveles favorecen la aparición de maltrato infantil. Entre los factores más relevantes se encuentran el bajo nivel socioeconómico y cultural junto con el aislamiento social<sup>51</sup>. Hoy en día, este modelo sociológico centrado en variables macrosociales se ha ido transformando hacia modelos psicosociales que ponen el énfasis en las variables microsociales de apoyo social como los elementos fundamentales en el desencadenamiento del maltrato infantil<sup>58,61</sup>. Las condiciones de apoyo emocional e instrumental que reciben los padres influyen sobre las relaciones mantenidas con sus hijos, que combinadas con factores de estrés económico toman una significación adicional en la aparición del maltrato infantil<sup>62</sup>.

En la tabla 2 se recogen los trabajos más relevantes sobre factores de riesgo, describiendo tanto el diseño del estudio como el grado de asociación estadística y/o epidemiológica encontrada. El incremento de estudios sobre el maltrato infantil ha ido demostrando la existencia de múltiples factores de riesgo interrela-

cionados entre sí. Así, desde los tradicionales modelos unicausales (insuficientes para explicar el complejo fenómeno del maltrato infantil) se han elaborado modelos multicausales estructurados en sistemas interaccionales de ámbito biológico, psicológico y sociológico como respuesta a cada una de las deficiencias que mostraban individualmente dichos modelos unicausales<sup>63</sup>.

#### *Modelo ecológico del maltrato infantil*

Con la finalidad de demostrar que el maltrato infantil está determinado por múltiples factores individuales y familiares que a su vez están inmersos en factores de índole sociocultural, Belsky<sup>61</sup> estructura diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros: el nivel parental individual (desarrollo ontogénico), el ambiente familiar (microsistema), social (exosistema) y cultural (macrosistema). Para ello, Belsky se apoya en modelos y teorías previas<sup>66-69</sup>.

El nivel ontogénico representa las experiencias de los padres con sus propios padres que se manifiestan en las formas de relación con sus hijos. En este nivel se encuentran todos los estudios dirigidos hacia la transmisión intergeneracional (historia de abuso en la infancia de los padres) de la violencia familiar y en concreto del maltrato infantil. Según Belsky la historia de desarrollo de los padres juega un importante factor en la predisposición de éstos de responder, ante altos niveles de estrés por determinadas situaciones de demandas excesivas de los hijos, de forma agresiva (abusiva) o de forma insensible (negligencia).

El microsistema representa el contexto ecológico familiar inmediato donde se producen las interacciones entre los padres y los hijos. Desde una perspectiva ecológica, Belsky introduce el concepto de que las relaciones maritales de la pareja engloban y, por tanto, condicionan el sistema relacional padres-hijos.

El exosistema representa la estructura social formal e informal en el cual está incluido el contexto familiar. Los factores del exosistema actúan en el maltrato infantil a partir de la influencia que ejercen sobre el microsistema familiar.

Por último, el macrosistema representa el nivel sociocultural donde están inmersos los restantes niveles ecológicos, considerándose como aquellos valores culturales de las diferentes sociedades y la actitud hacia la infancia que modula los conceptos culturales sobre la crianza de los hijos.

La contribución principal de Belsky en su modelo ecológico no es solamente la interacción de múltiples factores que desencadenan el maltrato a los hijos, sino también la estructuración de los diferentes factores en ecosistemas anidados en otros subsistemas que influyen sobre los incluidos.

**Tabla 2. Principales factores de riesgo asociados al maltrato infantil**

Factores de riesgo	Autores	Tipo	Diseño	N	Medida	Observaciones
<b>Parentales</b>						
Joven edad de los padres	Smith, 1991 <sup>50</sup>	MF	CA-CO	135	p < 0,05	Criterio clínico de maltrato Apareado por edad, sexo, estructura familiar y clase social
Joven edad de la madre	Connelly, 1992 <sup>52</sup>	AF	T	1,997	OR = 1,25 p < 0,05	Abuso medido con el CTS Ajustado por ingreso familiar, educación, raza, tamaño de fratria y estructura familiar
Trastornos personalidad	Whipple, 1991 <sup>51</sup> Egeland, 1991 <sup>54</sup>	AF ARA	T CA-CO	123 1,783	p < 0,001 p < 0,004	Diagnóstico de servicios sociales Mujeres embarazadas con alto riesgo de abuso infantil
Depresión y/o ansiedad	Whipple, 1991 <sup>51</sup>	AF	T	123	p = 0,026	Diagnóstico de servicios sociales
Consumo de drogas	Whipple, 1991 <sup>51</sup>	AF	T	123	p = 0,001	Diagnóstico de servicios sociales
Mala conducta hacia hijo	Drotar, 1990 <sup>65</sup>	RNOC	CA-CO	94	p < 0,01	Criterio clínico de maltrato
Antecedente de maltrato	Smith, 1991 <sup>50</sup> Whipple, 1991 <sup>51</sup>	MF AF	CA-CO T	135 123	p < 0,05 p = 0,001	Criterio clínico de maltrato Apareado por edad, sexo, estructura familiar y clase social Diagnóstico de servicios sociales
<b>Estructura familiar</b>						
Familia monoparental	Gelles, 1989 <sup>60</sup>	AF	T	6,002	p = 0,04	Abuso medido con el CTS
Mala relación parental	Smith, 1991 <sup>50</sup>	MF	CA-CO	135	p < 0,01	Criterio clínico de maltrato Apareado por edad, sexo, estructura familiar y clase social
Tamaño de la fratria mayor de tres hijos	Connellu, 1992 <sup>52</sup>	AF	T	1,997	OR = 2,70	Abuso medido con el CTS Ajustado por ingreso familiar, educación, raza, tamaño de la fratria y estructura familiar
Nacimiento de dos hijos en menos de un año	Alzheimer, 1984 <sup>59</sup>	MF	L	1,400	p < 0,01	Criterio clínico de maltrato incluido el RNOC Ajustado con regresión logística con veinte predictores objetivos y subjetivos de maltrato
<b>VARIABLES PSICOSOCIALES</b>						
Nivel socioeconómico	Whipple, 1991 <sup>51</sup>	AF	T	123	p < 0,001	Diagnóstico de servicios sociales
Movilidad geográfica	Alzheimer, 1984 <sup>59</sup>	MF	L	1,400	p < 0,01	Criterio clínico de maltrato incluido el RNOC Ajustado con regresión logística con veinte predictores objetivos y subjetivos de maltrato
Estrés por eventos vitales	Smith, 1991 <sup>50</sup> Whipple, 1991 <sup>51</sup>	MF AF	CA-CO T	135 123	p < 0,01 p < 0,001	Criterio clínico de maltrato Apareado por edad, sexo, estructura familiar y clase social Diagnóstico de servicios sociales
Soporte marital	Whipple, 1991 <sup>51</sup>	AF	T	123	p = 0,044	Diagnóstico de servicios sociales

N: Tamaño muestral del estudio. CA-CO: Caso-control. T: Transversal. L: Longitudinal OR: Odds ratio  
MF: Maltrato físico AF: Abuso físico. ARA: Alto riesgo de abuso. RNOC: Retraso no orgánico del crecimiento

Cicchetti y Rizley<sup>70</sup> aplicaron el modelo psicobiológico del desarrollo humano de Sameroff y Chandler<sup>71</sup> para explicar la etiología del maltrato infantil y su transmisión intergeneracional. Dicho modelo transaccional determina que el maltrato es la expresión de una disfunción en el sistema relacional cuidador-niño-ambiente, resultante de un balance negativo en el ámbito familiar entre factores de riesgo (factores estresantes) y factores protectores (factores de soporte) en un momento dado en el tiempo.

Dicho modelo contempla dos dimensiones: una dimensión de riesgo en tanto factores potenciadores y factores compensatorios y una dimensión temporal en tanto factores permanentes y transitorios. Estas dos dimensiones juntas nos producen cuatro diferentes factores que interactúan entre sí: factores de vulnerabilidad entendidos como factores potenciadores permanentes que condicionan un potencial maltrato (por ejemplo, una historia de abuso, psicopatología de los padres y de los niños, otros), factores provocadores como factores potenciadores transitorios que predisponen a los padres en un momento dado a maltratar a sus hijos (estresores como enfermedades, dificultades legales, maritales y/o familiares, otros), factores protectores como factores compensatorios permanentes que decrecen el riesgo de

maltrato o de su transmisión intergeneracional (historia parental de adecuadas relaciones con figuras adultas), y factores amortiguadores entendidos como factores compensatorios transitorios que protegen a la familia del estrés reduciendo la probabilidad de maltrato (apoyo social, períodos de armonía marital, estabilidad económica).

Mientras el modelo ecológico aporta una estructuración en ecosistemas de los diferentes factores multicausales del maltrato infantil, el modelo transaccional realiza dos aportaciones fundamentales en la dinámica funcional de las interrelaciones de los factores implicados en este fenómeno. En primer lugar, muestra de forma más explícita que en el modelo ecológico la importancia de factores compensatorios que impiden la aparición en un momento dado de una actuación maltrata sobre el niño. Y, en segundo lugar, aporta una dimensión temporal en las interacciones de los múltiples factores potenciadores y compensatorios investigados, mostrando al maltrato infantil como manifestaciones puntuales en el tiempo resultante de un balance negativo entre dichos factores.

*Modelo integral del maltrato infantil*

Los dos modelos anteriores se han complementado en un modelo integral que a partir de la estructura-

**Tabla 3. Marco conceptual integral del maltrato infantil**

Niveles ecológicos	Factores potenciadores		Factores compensatorios	
	Vulnerabilidad	Provocadores	Protectores	Tampones
Desarrollo ontogenético	Historia familiar: - Historia de abuso - Disarmonía familiar - Falta de afectividad en la infancia Baja autoestima		Ambiente familiar sin exposición a violencia  Experiencia en los cuidados del niño Habilidad interpersonal	
Microsistema				
a) Padres	Trastornos físicos y/o psíquicos Drogodependencias Uno padre/madre	Enfermedades y/o lesiones Conflictos conyugales	Planificación familiar Satisfacción personal	Armonía marital
b) Hijos	Trastorno congénito Hijos no deseados Tamaño de fratría	Trastorno conducta Proximidad edades		
Ecosistema				
a) Sociolaboral	Bajo nivel social	Desempleo Insatisfacción laboral		Condición financiera
b) Vecindario	Aislamiento social			Soporte social
Macrosistema				
a) Demográficos	Sistema social	Movilidad geográfica		
b) Culturales	Aceptación castigo corporal Valores educativos		Actitud hacia la infancia	

ción ecológica ha incorporado la dimensión temporal y de riesgo propuesta en el modelo transaccional<sup>72</sup>. En la tabla 3 se exponen las principales variables estudiadas en la literatura según dicho modelo integral. Estos factores compensatorios actuarían según un modelo de afrontamiento («coping model») impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de estos factores podrían explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil<sup>73</sup>.

Aunque la integración del modelo ecológico con el modelo transaccional ha permitido una visión global del fenómeno contemplando su aspecto temporal de riesgo, todavía sería necesario determinar las relaciones que existen entre los diferentes factores que componen cada uno de los diferentes niveles ecológicos<sup>74</sup> al igual que adaptar dicho modelo a las características sociodemográficas correspondientes a cada comunidad. Un reciente estudio ha intentado adaptar el modelo integral comunitario ponderando la importancia de cada factor de riesgo en un medio geográfico concreto<sup>75</sup>.

---

### **Líneas actuales de investigación en el maltrato infantil**

Los actuales modelos multicausales han replanteado cuestiones tradicionalmente aceptadas y que deberían ser revisadas a la luz de los nuevos conocimientos sobre las relaciones entre los factores de riesgo y de protección. Tres principales preguntas deberían dirigir las futuras investigaciones sobre el maltrato infantil: ¿se transmite este fenómeno entre generaciones?, ¿debemos explicar el maltrato infantil como una expresión puntual de la existencia de una disfunción en las relaciones padres-hijos?, y ¿cómo intervienen los factores psicosociales para compensar la aparición de esta disfunción expresada en la manifestación del maltrato a los hijos?

#### *Transmisión intergeneracional*

La transmisión generacional del maltrato infantil está en controversia tanto por el mecanismo de transmisión implicado como por el fenómeno que se transmite: el maltrato en sí mismo o los factores que están asociados a dicho maltrato. Una reciente revisión ha mostrado que el porcentaje de familias maltratadoras que manifestaban antecedentes de maltrato en su infancia variaba entre el 18% y el 70%<sup>72</sup>. Una de las principales causas de esta variabilidad es el tipo de diseño empleado en estos estudios (la mayoría de ellos son encuestas retrospectivas), los cuales producen importantes sesgos tanto de memoria como de deseabilidad social.

Se plantea que la violencia del entorno produce una respuesta agresiva aprendida en el desarrollo conductual del sujeto, que se manifiesta en carencias en las habilidades del sujeto para la interrelación personal<sup>74</sup>, siendo esta disfunción en la capacidad relacional la que se transmite en las familias. Por otra parte, puede que lo que se transmita sea precisamente aquellas conductas que facilita la violencia, tales como el abuso de drogas. Así, en un reciente estudio, no se encontró una asociación directa entre el antecedente de abuso físico a los padres y la existencia de éste en la familia. Sin embargo, existía una relación indirecta a través de antecedentes de abuso de drogas en la familia de origen de los padres que se correlacionaba significativamente con la violencia en la familia, estando ésta a su vez asociada con el abuso físico infligido en el niño<sup>63</sup>.

El esclarecimiento de la posible transmisión generacional del maltrato requeriría la realización de estudios prospectivos durante varias generaciones, contemplando el análisis de factores protectores en ambos padres que rompen este ciclo de violencia, los cuales se plantea que pueden estar asociados tanto con las relaciones parentales como con la disponibilidad de apoyo social<sup>77</sup>.

#### *Relaciones parentales*

Existen dos aproximaciones al estudio de la relación entre la percepción parental de la conducta infantil y el abuso infantil. Por un lado los estudios de Crittenden<sup>78</sup> sobre la relación entre la percepción que los padres abusadores tienen acerca de los problemas conductuales del niño y la observación objetiva de dichos trastornos. Según estos estudios existe una diferencia significativa entre los problemas conductuales del niño maltratado que perciben y manifiestan los padres frente a los diagnosticados clínicamente en el niño. Así, las madres de niños maltratados son más hiperreactivas a los comportamientos mantenidos por sus hijos, percibiendo un mayor número de problemas de conducta que otros grupos de madres con semejante edad, estado marital y tamaño de la fratría<sup>79</sup>.

Por otro lado, siguiendo los estudios de Trickett y Susman<sup>80</sup> sobre los procesos de atribución parental en el sistema relacional padres-hijos, se demuestra que los padres maltratadores evitan responsabilizarse de la conducta de los hijos y manifiestan que los problemas en la relación con éstos son producidos por causas ajenas al tipo de relación que mantienen con ellos. Cuando se comparan familias maltratadoras con familias cuyos hijos tienen trastornos de conducta, las primeras se encuentran menos satisfechas con sus hijos teniendo menos expectativas sobre ellos y son más proclives a percibir la conducta de su hijo como intencionada para provocarles<sup>79</sup>.

Tanto la hiperreactividad hacia la conducta de su hijo como la falta de atribución parental sobre el tipo de relación mantenida hacia éstos pueden estar relacionadas con aspectos estructurales de la familia mencionados en anteriores apartados tales como: la edad de los padres (principalmente la edad de la madre) al nacimiento del hijo maltratado<sup>51,52</sup>, el número de hijos y la diferencia de edad entre ellos<sup>59</sup> y la familia monoparental<sup>60</sup>.

#### *El papel amortiguador del apoyo social*

Existe una débil línea de evidencia que resalta el papel protector del apoyo social en la aparición del maltrato infantil<sup>77</sup>. Garbarino y Sherman<sup>81</sup> definieron zonas geográficas de alto y bajo riesgo para el maltrato infantil de acuerdo con las diferencias socioeconómicas: una zona de alto riesgo era aquella que presentaba tasas observadas de maltrato infantil superiores a las esperadas en relación al nivel socioeconómico. A partir de esta categorización, se observó que un área de bajo riesgo puede aumentar el porcentaje de maltrato por encima del esperado cuando empeoran las redes de apoyo social y se desconocen los servicios comunitarios disponibles<sup>82</sup>.

Las teorías sociológicas sobre la relación entre el estrés y el malestar psicológico conducen a la hipótesis de que el apoyo social puede prevenir el maltrato infantil, al ser un factor amortiguador del estrés y de sus efectos sobre la salud física y mental<sup>83,84</sup>. Un elevado grado de satisfacción con las redes informales de familiares y de amigos serían elementos compensatorios en las situaciones estresantes<sup>85</sup>. En un reciente estudio de casos y controles realizados en nuestro medio se ha encontrado que el apoyo emocional, sobre todo en las familias monoparentales, es un factor asociado a una menor frecuencia de maltrato infantil<sup>86</sup>.

---

## Conclusiones

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública con múltiples causas psicológicas, económicas y sociales, con prevalencias e incidencias comparables a otras causas de mortalidad y morbilidad infantil (cáncer, accidentes) y con consecuencias para la salud física y mental de los niños maltratados.

Sin embargo, el problema del maltrato infantil ha recibido escasa atención en la investigación sobre la salud de la población española. Un motivo para su falta de reconocimiento puede ser la dificultad de su diagnóstico y la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Además, las categorías tradicionales de maltrato físico activo se han ampliado con la inclusión de un maltrato pasivo denominado abandono físico o negligencia. Además, sería necesario elaborar criterios diagnósticos sobre una definición operativa del maltrato psicológico.

En la bibliografía internacional se plantean modelos conceptuales integrales que, centrados en el microsistema familiar (ambiente donde se producen las relaciones parentales), analizan factores ambientales (fundamentalmente de índole económica y social) que mantienen la disfunción relacional entre padres e hijos. Además de las características individuales de los padres, los niños maltratados y su estructura familiar, se identifican condiciones sociales que influyen en el desencadenamiento de situaciones de maltrato. Entre ellas cabe destacar la inestabilidad económica y la carencia de apoyo social.

Existe teoría y evidencia empírica del papel amortiguador del apoyo social en el proceso de estrés. Según las teorías de afrontamiento, el apoyo social puede reducir el riesgo de trastornos ante dificultades crónicas y eventos adversos (enfermedades crónicas<sup>87</sup>, cuidado de enfermos crónicos<sup>88</sup>, situaciones de desempleo<sup>89</sup>). Sin embargo, existe poca evidencia empírica sobre el papel del apoyo social en la prevención del maltrato infantil.

Sería necesario realizar estudios longitudinales que, bajo un modelo integrador, se orienten al estudio del proceso de desarrollo infantil en diferentes estructuras familiares, condiciones sociales y económicas. Los resultados de estos trabajos de investigación permitirían formular las bases conceptuales y metodológicas para la prevención<sup>90</sup>.

---

## Agradecimientos

Esta revisión ha sido subvencionada en parte por la Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Queremos agradecer expresamente las sugerencias aportadas para este artículo por D. Miguel Costa Cabanillas (jefe del Área de Investigación del Centro de Estudios).

---

## Bibliografía

1. Radbill SX. Children in a world of violence: a history of child abuse. En: Helfer RE, Kempe RS, eds. The battered child. Chicago: The University of Chicago Press; 1987. p. 3-22.

2. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment.  
3. American Public Health Association. Policy statements adopted by the Governing Council of the American Public Health Association.

- ciation, November 16, 1992 in *Domestic Violence*. *Am J Public Health* 1993;83:458-63.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
  5. Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP, Mullen PE. Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: Psycho-social correlates. *Br J Psychiatr* 1990;156:84-91.
  6. Riggs S, Alario AJ, McHorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr* 1990;116:815-21.
  7. Martin JA, Elmer E. Battered children grown up: A follow-up study of individuals severely maltreated as children. *Child Abuse Negl* 1992;16:75-87.
  8. Lamb ME. The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse Negl* 1994;18:1021-8.
  9. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Negl* 1995;19:1039-50.
  10. Helfer RE. The developmental basis of child abuse and neglect: an epidemiological approach. En: Helfer RE, Kempe RS, eds. *The battered child*. Chicago: The University of Chicago Press; 1987. p. 60-80.
  11. Azpillicueta P. Aportaciones de la psicología a un abordaje interdisciplinar del maltrato en la infancia. *Revista de Trabajo Social* 1989;116:127-32.
  12. Lan Eta Gizarte Segurantzza Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea, Dirección General de Protección Jurídica del Menor. *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jauriaritzaren Argitaipen-Zarbitzu Nagusia 1988.
  13. Korbin JE. Child abuse and neglect: the cultural context. En: Helfer RE, Kempe RS, eds. *The battered child*. Chicago: The University of Chicago Press; 1987. p. 23-41.
  14. O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse Negl* 1995;19:449-61.
  15. Council on Scientific Affairs. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *JAMA* 1985;254:796-800.
  16. Stratton P. Understanding and treating child abuse in the family context: an overview. En: Browne K, Davies C, Stratton P, eds. *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Wiley & Sons; 1988. p. 193-202.
  17. Sabotta EE, Davis RL. Fatality after report to a child abuse registry in Washington State, 1973-1986. *Child Abuse Negl* 1992;16:627-35.
  18. Somander LKH, Rammer LM. Intra and extrafamilial child homicide in Sweden 1971-1980. *Child Abuse Negl* 1991;15:45-55.
  19. Schloesser P, Pierpont J, Poertner J. Active surveillance of child abuse fatalities. *Child Abuse Negl* 1992;16:3-10.
  20. Hicks RA, Caughan DC. Understanding fatal child abuse. *Child Abuse Negl* 1995;19:855-63.
  21. McClain PW, Sacks JJ, Froehle RG, Ewigman BG. Estimates of fatal child abuse and neglect, United States, 1979 through 1988. *Pediatrics* 1993;91:338-43.
  22. Valentine DP. Double jeopardy: child maltreatment and mental retardation. *Child Adolesc Social Work* 1990;7:487-99.
  23. Aber JL, Allen JP, Carlson V, Cicchetti D. The effects of maltreatment on development during early childhood: recent studies and their theoretical, clinical, and policy implications. En: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 570-619.
  24. Erickson MF, Egeland B, Pianta R. The effects of maltreatment on the development of young children. En: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 647-84.
  25. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R. Child maltreatment and the development of posttraumatic stress disorder. *Am J Dis Child* 1993;147:755-60.
  26. Youngblade LM, Belsky J. Social and emotional consequences of child maltreatment. En: Ammerman RT, Hersen M, eds. *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. New York: Plenum Press; 1990. p. 109-46.
  27. Masson O. Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional. *Revista AEN* 1987;7:531-56.
  28. McCord J. Parental aggressiveness and physical punishment in long-term perspective. En: Hotaling GT, Finkelhor D, Kidpatrick JT, Straus MA, eds. *Family abuse and its consequences. New directions in research*. Newbury Park: Sage Publications; 1988. p. 91-8.
  29. De Paúl J, Arruabarrena MI. Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse Negl* 1995;19:409-18.
  30. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Rupert LJ, Egolf BP, Lutz JG. Risk factors for behavioral dysfunction: the relative impact of maltreatment, sex, physical health problems, cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child Abuse Negl* 1995;19:191-203.
  31. Starr RH, Dubowitz H, Busch BA. The epidemiology of child maltreatment. En: Ammerman RT, Hersen M, eds. *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. New York: Plenum Press; 1990. p. 23-54.
  32. Gelles RJ. Family violence. In: Hampton RL, Gullota TP, eds. *Family violence. Prevention and treatment*. Newbury Park: Sage Publications; 1993. p. 1-24.
  33. Strauss MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family* 1986;48:465-79.
  34. U.S. Bureau of the Census. *Statistical abstract of the United States (110th ed.)*. Washington DC: U.S. Bureau of the Census, 1990.
  35. Guyer B, Lescohier I, Gallagher SS, Hausman A, Azzara CV. Intentional injuries among children and adolescent in Massachusetts. *New England Journal of Medicine* 1989;321:1584-9.
  36. Kim K, Ko B. An incidence survey of battered children in two elementary schools of Seoul. *Child Abuse and Neglect* 1990;14:273-6.
  37. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse and Neglect* 1992;16:823-32.
  38. Blum RW, Harmon B, Haris L, Bergeisen L, Resnick MD. American Indian-Alaska native youth health. *JAMA* 1982;267:1637-44.
  39. Abedin M, Young M, Beeram MR. Infant abandonment: prevalence, risk factors, and cost analysis. *American Journal of Disabled Children* 1993;147: 714-6.
  40. Trocmé N, McPhee D, Tam KK. Child abuse and neglect in Ontario: incidence and characteristics. *Child Welfare* 1995;74:563-86.
  41. Inglès A. Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje* 1995;71:23-32.
  42. Moreno MC, Jiménez J, Oliva A, Palacios J, Saldaña D. Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma andaluza. *Infancia y aprendizaje* 1995;71:33-47.
  43. De-Paúl J, Arruabarrena I, Torres B, Muñoz R. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y aprendizaje* 1995;71:49-58.
  44. Straus MA, Kaufman G. Stress and child abuse. En: Helfer RE, Kempe RS, eds. *The battered child*. Chicago: The University of Chicago Press; 1987. p. 42-59.
  45. Guyer B, Lescohier I, Gallagher SS, Hausman a, Azzara CV. Intentional injuries among children and adolescents in Massachusetts. *N Engl J Med* 1989;321:1584-9.
  46. Kempe CH, Silverman FN, Steele DB, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.

47. Howze DC, Kotch JB. Disentangling life events, stress and social support: implications for the primary prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1984;8:401-9.
48. Campbell M. Children at risk: how different are children on child abuse registers? *Br J Social WK* 1991;21:259-75.
49. Murphy JM, Jellinek M, Quinn D, Smith G, Poitras FG, Goshko M. Substance abuse and serious child mistreatment: prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse Negl* 1991;15: 197-211.
50. Smith JAS, Adler RG. Children hospitalized with child abuse and neglect: A case-control study. *Child Abuse Negl* 1991;16:437-45.
51. Whipple EE, Webster-Stratton C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Negl* 1991;15:279-91.
52. Connelly CD, Straus MA. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse Negl* 1992;16:709-18.
53. Milner JS. Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad* 1990;2:5-14.
54. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1992;16:475-83.
55. Ammerman RT. The role of the child in physical abuse: a reappraisal. *Violence and victims* 1991;6:87-101.
56. Kelly L. The connections between disability and child abuse: a review of the research evidence. *Child Abuse Rev* 1992;1:157-67.
57. Benedict Mi, White RB, Wulff M, Hall BJ. Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse Negl* 1990;14:207-17.
58. Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Develop* 1984;55:83-96.
59. Altemeier WA, O'Connor S, Vietze P, Sandler H, Sherrod K. Prediction of child abuse: a prospective study of feasibility. *Child Abuse Negl* 1984;8:393-400.
60. Gelles RJ. Child abuse and violence in single-parent families: parent absence and economic deprivation. *Amer J Orthopsychiat* 1989;59:492-501.
61. Belsky J. Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychol* 1980;35:320-35.
62. Vondra JI. Sociological and ecological factors. En: Ammerman RT, Hersen M, eds. *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect.* New York: Plenum Press; 1990. p. 149-70.
63. Salzinger S, Feldman RS, Hammer M, Rosario M. Risk for physical child abuse and the personal consequences for its victims. *Criminal Justice Behav* 1991;18:64-81.
64. Egeland B, Erickson MF, Butcher JN, Ben-Porath YS. MMPI-2 profiles of women at risk for child abuse. *J Personality Assessment* 1991;57:254-63.
65. Drotar D, Eckerle D, Satola J, Pallotta J, Wyatt B. Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to thrive infants: a case comparison study. *Child Abuse Negl* 1990;14:41-51.
66. Tinbergen N. *The study of instinct.* London: Oxford University Press; 1951.
67. Garbarino J. The human ecology of child maltreatment: a conceptual model for research. *J Marriage Fam* 1977;39:721-36.
68. Burgess R. Child abuse: a behavioral analysis. En: Lakey B, Kazdin A, eds. *Advances in child clinical psychology.* New York: Plenum Press; 1978.
69. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development.* Cambridge: Harvard University Press; 1979.
70. Cicchetti D, Rizley R. Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development* 1981;11:31-55.
71. Sameroff A, Chandler M. Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. En: Horowitz F, ed. *Review of child development research.* Chicago: University of Chicago Press; 1975.
72. Kaufman J, Zigler E. The intergenerational transmission of child abuse. En: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 129-50.
73. Browne K. The nature of child abuse and neglect: an overview. En: Browne K, Davies C, Stratton P, eds. *Early prediction and prevention of child abuse.* Chichester: John Wiley & Sons; 1988. p. 15-30.
74. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences from children's development. *Psychiatry* 1993;56:96-118.
75. Krishnan V, Morrison KB. An ecological model of child maltreatment in Canadian province. *Child Abuse Negl* 1995;19:101-13.
76. Burgess RL, Youngblade LM. Social incompetence and the intergenerational transmission of abusive parental practices. En: Hotaling GT, Finkelhor D, Kirkpatrick JT, Straus MA, eds. *Family abuse and its consequences. New directions in research.* Newbury Park: Sage Publications; 1988. p. 38-60.
77. Langeland W, Dijkstra S. Breakind the intergenerational transmission of child abuse: beyond the mother-child relationship. *Child Abuse Rev* 1995;4:4-13.
78. Crittenden PM. Social networks, quality of child rearing and child development. *Child Develop* 1985;56:1299-313.
79. Bradley EJ, Peters RDV. Physically abusive and nonabusive mothers' perceptions of parenting and child behavior. *Amer J Orthopsychiat* 1991;61:455-60.
80. Trickett PK, Susman EJ. Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Develop Psychol* 1988;24:270-6.
81. Garbarino J, Sherman D. High-risk neighborhoods and high-risk families: the human ecology of child maltreatment. *Child Develop* 1980;51:188-98.
82. Garbarino J, Kostelny K. Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse Negl* 1992;16:455-64.
83. Thoits PA. Stress, coping and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav* 1995;(Extra issue):53-79.
84. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ y cols. Caregiving in the stress process: an overview of the concepts and their measure. *Gerontologist* 1990;30:583-91.
85. Parks PL, Lenz ER, Jenkins LS. The role of social support and stressors for mothers and infants. *Child Care Health Develop* 1992;18:151-71.
86. Zunzunegui V, Morales JM, Martínez-Salceda V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *Anales Esp Pediatría* 1997;47:33-41.
87. Berkman L. Assessing the effects of physical health effects of social networks and social support. *Ann Rev Public Health* 1984;5:413-32.
88. Aneshensel CS, Pearlin LI, Mullan JT, Zarit SH, Whitlach CJ. *profiles in Caregiving.* London: Academic Press 1995.
89. Kessler RC, Turner B, House JS. Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying and mediating effects. *J Social issues* 1988;44:69-85.
90. Cohn AH. What we have learned about prevention: what we should do about it. *Child Abuse Negl* 1991;15(Suppl 1):99-106.