Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud

M.V. Zunzunegui¹, J.M. Morales², V. Martínez³

Resumen. *Objetivo.* Identificar asociaciones entre características del ámbito ecológico de la familia y el maltrato infantil.

Métodos. Diseño de 45 casos víctimas de maltrato infantil y 90 controles apareados (1 caso por 2 controles) según edad, sexo y distrito de residencia familiar. La recogida de información se realizó mediante entrevista domiciliar a la cuidadora principal del niño, generalmente la madre.

Resultados. Hay diferencias muy significativas ($p < 0,001$) en edad y nivel cultural de las mujeres entrevistadas, tamaño de la fratría y monoparentalidad, percepción de salud, sintomatología depresiva y de ansiedad, situación financiera y percepción de apoyo social. En el análisis multivariado, la monoparentalidad, el nivel de instrucción y el tamaño de la fratría, los problemas económicos y la sintomatología depresiva y de ansiedad son factores independientemente asociados al maltrato infantil. Entre las familias monoparentales, la existencia de apoyo social tiene un papel protector; mientras que entre las familias biparentales, los problemas de estrés económico están positivamente asociados al maltrato.

Conclusión. El maltrato infantil tiene fuertes raíces socioculturales y económicas. Las estrategias de intervención deben orientarse a favorecer la integración social de las familias en riesgo.

An Esp Pediatr 1997;47:33-41.

Palabras clave: Maltrato Infantil; Factores de riesgo; Epidemiología; Estudio caso-control.

CHILD ABUSE: SOCIOECONOMIC FACTORS AND STATE OF HEALTH

Abstract. *Objective:* The objective of this study was to identify the relationship between characteristics of the family's ecological environment and child abuse.

Patients and methods: Forty-five cases of child abuse and 90 matched controls (1 case per every 2 controls) by age, sex and neighborhood were compared. Data collection was carried out by personal interview at the home of the child care-giver.

Results: There were statistically significant differences ($p < 0,001$) in the age and cultural level of the women interviewed, number of children and one-parent families, self-perceived health, depressive symptomatology and anxiety, economic strain and perceived social support. In multivariate analysis, single-headed households, education, number of children, economic strain and social support remained independent predictors of child abuse. Among single-headed

households, social support had a strong protective effect. Among households headed by both parents, economic strain was positively associated with abuse.

Conclusions: Child abuse has deep sociocultural and economic roots. Intervention strategies should be directed to the social integration of the families at risk.

Key words: Child abuse. Risk factors. Epidemiology. Case-control studies.

Introducción

El maltrato infantil es un problema de índole psicosocial incorporado recientemente en los programas preventivos materno-infantiles del área de la Salud Pública^(1,2), incluido nuestro medio⁽³⁾. La implantación actual de registros cada vez más fiables empieza a evidenciar su extensión real. Así, la última encuesta nacional americana sobre violencia familiar evidencia una tasa de incidencia anual de maltrato físico severo a los hijos cercana al 2%⁽⁴⁾. En estos últimos años se han realizado en nuestro medio varios estudios estimándose una incidencia anual del 1,5% para todos los subtipos de maltrato⁽⁵⁻⁷⁾. Aún así, las cifras oficiales muestran una subestimación cuando es inferida a la población infantil general ya que solamente se detecta una pequeña proporción, entre el 10 y el 20% de los casos, coincidente con los casos más severos que son atendidos por los servicios de atención a la infancia⁽⁸⁾.

El concepto actual de maltrato infantil se define como «cualquier interacción o carencia de interacción entre un niño y sus cuidadores, por el cual se produce un daño no accidental en el estado físico y en el desarrollo del niño»⁽⁹⁾. En España, se ha formulado, a partir de esta definición, una estandarización de criterios operativos, que está siendo mayoritariamente utilizada por los servicios de atención social a la infancia⁽¹⁰⁾. Dichos criterios han sido formulados según la propuesta de Stratton y colaboradores⁽¹¹⁾ de diferenciar el maltrato de tipo activo (abuso) del maltrato de tipo pasivo (negligencia) (Anexo).

Con la finalidad de conceptualizar los diferentes factores de riesgo y de protección que están implicados en el desencadenamiento del maltrato infantil, se han elaborado diferentes modelos entre los que destacan los de tipo ecológico⁽¹²⁾. En ellos, se consideran niveles ecológicos anidados entre sí, donde el fenómeno del maltrato infantil es la expresión de una disfunción en la relación padres-hijos⁽¹³⁾. Dicha relación está influida por el medio familiar que, a su vez, está inmerso en un medio socio-cultural.

¹Escuela Andaluza de Salud Pública. ²Área de Investigación del Centro de Estudios del Menor y la Familia. ³Facultad de Psicología. Buenos Aires. Universidad de Argentina.

Correspondencia: M.ª Victoria Zunzunegui. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja, Apdo. 20270. 18080 Granada.

Recibido: Julio 1996

Aceptado: Diciembre 1996

Anexo Criterios operativos de los diferentes tipos de maltrato infantil*

<i>Tipos</i>	<i>Def. Operativa**</i>	<i>Signos físicos</i>	<i>Signos conductuales</i>
Abuso físico	<u>Acción no accidental</u> 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, empujones, 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). Malnutrición.	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 <u>necesidades</u> básicas no son atendidas por ningún miembro adulto de la familia. Están incluidas la falta de asistencia educativa y sanitaria, peligros en el hogar.	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).	<u>Hostilidad verbal</u> y/o falta de respuesta de una <u>figura estable de apego</u> a expresiones emocionales del niño o a los intentos de interacción hacia dicho adulto (<u>indiferencia hacia el niño</u>) durante los <u>seis primeros años de vida</u> . 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, 1985⁶ ** Tomado y modificado de Lan Eta Gizarte Segurantzza Saila, 1988⁵

Múltiples estudios han analizado el proceso multicausal del maltrato, desde los factores estrechamente ligados a la salud física y mental de los padres⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ hasta los aspectos socioeconómicos⁽¹⁷⁾. En cambio, pocos estudios han contemplado la influencia de diversos factores correspondientes a los diferentes niveles ecológicos conceptualizados. Destaca el trabajo realizado por Whipple y colaboradores en 1991, en el que se analizan factores parentales junto al contexto socioeconómico que influye en la relación parental⁽¹⁸⁾. Los resultados, coincidentes con los resultados de estudios previos de enfoque más limitado indican que el riesgo de maltrato infantil es más elevado en las familias monoparentales, cuando la madre es adolescente o muy joven, cuando existe un número elevado de hijos y cuando el nivel de instrucción de la madre es bajo.

El objetivo principal de este trabajo es analizar, bajo un modelo conceptual ecológico, los diferentes factores de riesgo de tipo familiar asociados al maltrato infantil, estimando el riesgo aportado por cada uno de ellos en nuestro medio.

Material y métodos

Metodología del estudio

Se trata de un estudio basado en un diseño de casos y con-

troles. Los casos son niños que han sufrido maltrato físico o emocional, definido según los criterios operativos que se presentan en el anexo. Los casos se seleccionaron entre los niños que se encontraban acogidos en los centros dependientes de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid en abril-mayo de 1993. Se incluyó en el estudio exclusivamente a aquellos niños cuyos padres daban consentimiento para una entrevista con un miembro del equipo de investigación, a propuesta del director del Centro de Acogida hecha durante la visita domiciliar.

Se elaboraron dos criterios de inclusión para los casos: a) diagnóstico seguro de maltrato infantil dentro del ámbito familiar y b) residencia familiar de origen en el área urbana y metropolitana de Madrid. Además, se determinó como criterio de exclusión de caso la existencia de abuso sexual y otros tipos de maltrato de difícil categorización como la explotación laboral, el maltrato prenatal y la incapacidad parental de control de la conducta del niño.

Los controles son niños no maltratados, apareados a los casos según edad, sexo y distrito de residencia de los padres del niño. Se seleccionaron dos controles por caso. Los controles fueron seleccionados en las consultas de pediatría y medicina general de los médicos de los centros de salud de los distritos de

Tabla I Las variables del estudio

<i>Protocolo</i>	<i>Variables</i>	<i>Categorización</i>
Sociodemográfico	Edad	Años
	Nivel de estudios	Último nivel alcanzado
	Profesión	Grupos según cualificación
	Situación de empleo	Grupos según estabilidad
	Estructura del hogar	Convivencia pareja estable
	Tamaño de la fratria	Número hijos de la madre
Estado de salud	Nivel de salud percibida	Escala de salud percibida
	Enfermedades crónicas	Existencia de enfermedades
	Trastornos emocionales	Escala de Bradburn
	Abuso de alcohol	Escala de percepción de problema de alcohol
	Abuso de otras drogas	Antecedentes drogadicción
		Fuente de ingresos
Estrés económico	Tipo de ingresos	Regularidad de la fuente
		Previsión de los ingresos
		Existencia de problemas
	Disponibilidad económica	Gravedad de los problemas
		Capacidad de ahorro
		Afrontamiento de imprevistos
Situación económica	Escala de percepción de cambios en su situación económica actual	
	Red social	Escala de Seeman
	Apoyo social	Escala de Duke-UNC

procedencia de los casos y según las características de edad y sexo requeridas por el diseño apareado.

La información se obtuvo mediante entrevista personal en el domicilio de la persona que asumía la responsabilidad del cuidado del niño en la familia, generalmente la madre. En tres casos esta persona fue la abuela. Todos los entrevistadores fueron previamente entrenados para la cumplimentación estandarizada del cuestionario y desconocían la situación de caso o control de la persona entrevistada. Las entrevistas se realizaron en abril y mayo de 1993.

La tabla I presenta el contenido de la entrevista domiciliar: 1) Datos sociodemográficos de la entrevistada y de su pareja actual tales como edad, nivel de estudios, ocupación habitual, situación de empleo; 2) Estado de salud de los padres, incluyendo el nivel de salud percibido, la existencia de enfermedades crónicas, la percepción de abuso de alcohol a partir de la escala CAGE⁽¹⁹⁾ y la existencia de trastornos emocionales centrado en la sintomatología depresiva y de ansiedad según la escala afectiva de Bradburn⁽²⁰⁾; 3) Estrés económico donde se incluían preguntas sobre: a) tipo de ingresos económicos en relación a la fuente, su regularidad y la previsión de dichos ingresos, b) disponibilidad económica según la existencia y gravedad de problemas para afrontar diferentes gastos de la vida cotidiana, c) la capacidad de ahorro y de obtener una cuantía económica ante un imprevisto familiar, y d) la percepción del cambio experimentado en los últimos años sobre su situación económica; 4) Red social, medida a partir de la escala de Seeman⁽²¹⁾; y

apoyo social percibido, utilizando el cuestionario de soporte social funcional de Duke-University⁽²²⁾

Análisis estadístico

Construcción de escalas. Puesto que las escalas de sintomatología depresiva y ansiedad de Bradburn no están validadas en nuestro medio, realizamos un análisis factorial de las mismas sobre los datos de los 90 controles y utilizamos los factores resultantes como variables en el análisis posterior. El análisis de la escala de depresión produce tres factores, uno de afecto negativo (tristeza, soledad) y otro de afecto positivo (bienestar y optimismo), y un último factor de interés por las cosas, explicando el 63% de la varianza. El análisis de la escala de ansiedad produce cuatro factores: problemas de sueño y apetito, debilidad y palpitaciones, temblor y sudoración, debilidad en estado físico, explicando el 48% de la varianza.

El análisis factorial de nuestros datos sobre apoyo social reveló la misma estructura factorial que la que se presenta en la referencia original⁽²²⁾. Los tres factores de apoyo (emocional, instrumental y relacional) explican el 72% de la varianza.

Análisis de datos. En el análisis bivariado de posibles factores de riesgo para el maltrato se estimaron las razones de ventaja y sus intervalos de confianza del 95%. La posibilidad de realizar un análisis multivariante que considerara simultáneamente todas las variables quedó limitada por el bajo número de observaciones que nos originaba gran imprecisión en las esti-

Tabla IIa Análisis comparativo de las variables sociodemográficas

<i>Variables sociodemográficas</i>	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>	<i>Valor P</i>
Edad	37,4 ± 9,6	33,4 ± 4,4	< 0,01
Nivel de estudios (sin estudios primarios)	68,2%	9,1%	< 0,001
Tipo de profesión (no cualificado)	77,8%	55,1%	ns
Situación actual de empleo (inestable)	68,8%	65,6%	ns
Estructura del hogar (monoparental)	68,9%	6,7%	< 0,001
Tamaño de la fratría	3,8 ± 2,3	1,8 ± 0,7	< 0,001

Tabla IIb Análisis comparativo de las variables de salud

<i>Variables</i>	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>	<i>Valor P</i>
Percepción de salud (buena vs regular o mala)	59,1%	93,3%	< 0,001
Existencia de enfermedades crónicas (sí vs no)	60,0%	17,4%	< 0,01
Percepción de abuso de alcohol	1,0 ± 1,5	0,2 ± 0,6	< 0,001
Consumo de otras drogas (hachís, cocaína, heroína)	4,5%	1,1%	ns
Sintomatología depresiva:			
Soledad e infelicidad	-0,7 ± 0,9	0,4 ± 0,7	< 0,001
Bienestar y optimismo	0,0 ± 1,1	0,0 ± 0,9	ns
Interés por las cosas	0,1 ± 1,1	-0,1 ± 0,9	ns
Sintomatología de ansiedad:			
Problemas de sueño y/o apetito	-0,3 ± 1,2	0,1 ± 0,8	ns
Debilidad y palpitaciones	-0,1 ± 1,1	0,1 ± 0,8	ns
Temblor y sudoración	-0,4 ± 1,1	0,3 ± 0,7	< 0,001
Estado físico	-0,3 ± 1,1	0,1 ± 1,0	ns

maciones de las medidas de asociación. Por ello se ajustaron dos modelos de regresión logística, controlando en ambos casos por la situación de la familia monoparental, el nivel de instrucción y el número de hijos. El primer modelo explora la asociación de las variables socioeconómicas con el maltrato infantil controlando por la estructura familiar; el segundo modelo examina la asociación entre la salud mental del cuidador principal y el maltrato, controlando también por las variables de estructura familiar.

Dada la importancia del factor de la familia monoparental, parecía conveniente probar interacciones entre el hecho de ser familia mono o biparental y los factores de riesgo económicos y de apoyo social. De nuevo, el bajo tamaño de muestra impedía obtener convergencia en la estimación de parámetros. Para obviar esta dificultad, se realizaron análisis separados para las familias monoparentales y biparentales.

También debido al bajo número de observaciones, se planteó la necesidad de utilizar finalmente análisis de regresión logística no condicional a pesar de la utilización en el diseño de apareamiento de variables. Como será expuesto en los resultados, la magnitud de las principales asociaciones encontradas no variaba cuando se comparaban las razones de ventaja según el análisis bivariado apareado con las del análisis no

apareado, indicando que las variables de confusión hipotetizadas en la concepción del estudio (edad, sexo y distrito de residencia) no estaban influyendo en las relaciones en estudio: en este caso parece correcto proceder en el análisis ignorando el apareamiento.

Resultados

De los 45 casos de maltrato cuyos padres accedieron a participar, 23 fueron de sexo masculino (51,1%), siendo la edad media de 5,87 años con una desviación estándar (DS) de 3,19 años. Treinta casos (60%) se clasificaron como maltrato de tipo físico: 17 de ellos habían sufrido exclusivamente de negligencia, los 13 restantes físico. Diez habían sufrido de maltrato emocional asociado principalmente a negligencia de tipo físico, y los cinco restantes tenían historia de abuso físico y emocional.

Las principales variables sociodemográficas de los familiares que fueron entrevistados se muestran en la tabla II. Las mujeres mayores ($p < 0,01$), el bajo nivel de estudios ($p < 0,001$), la monoparentalidad ($p < 0,001$) y un número elevado de hijos ($p < 0,001$) son las variables más significativamente asociadas al maltrato infantil.

También aparecen diferencias muy significativas en aquellas variables de salud relacionadas con la percepción de salud

Tabla IIc Análisis comparativo de las variables socioeconómicas

<i>Variables</i>	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>	<i>Valor p</i>
Problemas económicos generales en el último año:			
Existencia de problemas	62,2%	39,1%	p < 0,001
Gravedad de los problemas	5,2 ± 5,7	0,5 ± 1,5	< 0,001
Problemas económicos específicos en el último año:			
Vivienda	22,2%	2,2%	< 0,001
Gastos vivienda	22,2%	1,1%	< 0,001
Alimentación	31,1%	1,1%	< 0,001
Medicamentos	13,3%	1,1%	< 0,01
Vestimenta	28,9%	1,1%	< 0,001
Ocio y tiempo libre	22,2%	3,3%	< 0,001
Transporte	28,9%	1,1%	< 0,001
Disponibilidad de apoyo ante una necesidad	75,5%	91,0%	< 0,001
Percepción de apoyo social:			
Apoyo emocional	-0,5 ± 1,1	0,2 ± 0,7	< 0,001
Apoyo relacional	-0,2 ± 1,2	0,1 ± 0,8	ns
Apoyo instrumental	-0,1 ± 1,2	-0,1 ± 0,8	ns

y bienestar psicológico (Tabla IIb). Así, las entrevistadas en familias con niños maltratados tienen una peor percepción de su salud que los controles. La sintomatología depresiva relacionada con el factor de sentimientos de soledad e infelicidad, al igual que los síntomas de ansiedad respecto al factor de temblor y palpitaciones, están significativamente asociadas al maltrato.

Las variables socioeconómicas se presentan en la tabla IIc. Todas las variables relacionadas con una mala situación financiera (existencia de problemas y la gravedad de éstos) y la mayoría de problemas específicos, muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). También existen diferencias significativas en el factor de la escala de apoyo social que representa la manifestación de falta de apoyo emocional ($p < 0,001$).

La tabla III presenta las estimaciones de las razones de ventaja de las variables más significativas estimadas mediante el ajuste de regresión logística incluyendo únicamente una variable en el modelo, y teniendo en cuenta (condicional) o ignorando (no condicional) el apareamiento. Los valores de las razones de ventaja, estimadas con o sin apareamiento, resultaron ser muy semejantes. Por ello, en el ajuste de modelos multivariados hemos utilizado la regresión no condicional para obtener una mayor convergencia en los procesos de estimación de parámetros.

Las principales variables asociadas al maltrato infantil fueron la convivencia sin pareja estable, el bajo nivel educacional de la mujer entrevistada y el mayor tamaño de la fratría (Tabla IV). En el primer modelo, denominado ambiental por introducir en el análisis las variables económicas y de apoyo social, aparecen las variables de monoparentalidad ($RV = 27,1$), bajo nivel educacional ($RV = 11,4$), mayor tamaño de la fratría ($RV = 4,0$) y la existencia de problemas económicos ($RV = 4,5$). En el segundo modelo, que tiene en cuenta la salud física y mental del

cuidador aparecen asociados los sentimientos de tristeza y soledad y la ansiedad (temblor y sudoración) con $RV = 3,2$ y $RV = 3,0$, respectivamente. En el análisis multivariado desaparecen las asociaciones de la salud percibida y el abuso del alcohol, al controlar por los sentimientos de tristeza y soledad y la ansiedad.

En el modelo ajustado a los datos sobre familias monoparentales se pone de manifiesto el papel protector del apoyo social ($RV = 5,6$). Por otra parte, las dificultades económicas aparecen como muy significativamente asociadas al maltrato en las situaciones de familias biparentales ($RV = 6,3$) (Tabla V). En ambos modelos aparece con alta asociación estadística el bajo nivel educacional ($RV = 28,7$ en familias monoparentales y $RV = 11,4$ en biparentales).

Discusión

Este trabajo confirma la importancia en nuestro país de algunos de los factores de riesgo ya conocidos en la bibliografía internacional sobre el maltrato infantil: la familia monoparental, el bajo nivel de instrucción y el número de hijos^(15,18,23). Además se ha constatado la influencia de los factores económicos, en particular la no disponibilidad de una cantidad mínima de dinero para hacer frente a un gasto imprevisto. Por último, se observa una fuerte asociación entre el maltrato y una elevada sintomatología depresiva y síntomas de ansiedad en los padres⁽²⁴⁾.

En la casi totalidad de las familias monoparentales, el cabeza de familia es una mujer. Para estas mujeres, se observa un efecto independiente y protector del apoyo social percibido. Las mujeres que no cuentan con este apoyo están en mayor riesgo de maltratar a sus hijos⁽¹⁸⁾.

Tabla III Comparación de razones de ventaja de las variables más significativas según análisis apareado o no apareado

Variables	No apareado		Apareado	
	RV*	Valor p	RV*	Valor p
Variables sociodemográficas:				
<u>Nivel educacional:</u>				
Primarios vs sin estudios	0,08	< 0,001	0,13	< 0,001
Bachillerato vs sin estudios	0,01	< 0,001	0,01	< 0,001
Universitarios vs sin estudios	0,04	< 0,001	0,04	< 0,001
<u>Convivencia sin pareja</u>	25,0	< 0,001	54,06	< 0,001
<u>Tamaño de la fratria:</u>				
Tres o más hijos vs menos de tres	45,45	< 0,001	52,11	< 0,001
Estado de salud:				
<u>Salud percibida:</u>				
Regula vs buena	2,12	0,260	1,99	0,320
Mala vs buena	18,00	< 0,001	14,39	< 0,001
<u>Percepción consumo de alcohol:</u>				
1 punto vs 0 puntos	0,50	0,390	0,42	0,310
2 puntos vs 0 puntos	12,04	< 0,001	11,56	< 0,001
<u>Sintomatología depresiva:</u>				
Factor soledad e infelicidad (1 desviación estándar)	4,35	< 0,001	4,54	< 0,001
<u>Sintomatología de ansiedad:</u>				
Temblo y sudoración (1 desviación estándar)	2,32	< 0,001	2,32	< 0,001
Variables socioeconómicas				
Problemas económicos: sí vs no	6,60	< 0,001	9,44	< 0,001
Disponibilidad económica: no vs sí	12,70	< 0,001	21,07	< 0,001
<u>Percepción apoyo social:</u>				
Factor apoyo emocional (1 desviación)	3,03	< 0,001	3,33	< 0,001

* RV: Razones de ventaja.

Los hallazgos anteriores son consistentes con la bibliografía anglosajona, a excepción de haber encontrado una mayor edad de las madres de los casos respecto de los controles que podría ser explicado por registrar la edad actual en el momento de la entrevista en vez de recoger la edad en el nacimiento de sus hijos. Ha sido señalado que las mayores asociaciones con el maltrato corresponden con esta segunda variable⁽¹⁵⁾.

Antes de comentar los resultados obtenidos y compararlos con otros estudios vamos a considerar las limitaciones del trabajo que aquí se presenta.

En primer lugar, los casos seleccionados carecen de representatividad debido a su proceso de selección. Se trata de niños que se encuentran bajo la Tutela de la Comunidad de Madrid debido a haber padecido maltrato por abuso o negligencia. Son, probablemente, representativos de los casos que reciben atención de los servicios sociales y quizás sean también los casos más severos dentro de aquéllos que ocurren en los estratos socioeconómicos deprimidos. Por ello, se trata de casos prevalentes y reincidentes en situaciones de maltrato crónicas que han

requerido la intervención de los servicios sociales. En segundo lugar, las madres participantes son voluntarias a las que se les propuso colaboración y accedieron a participar, aproximadamente entre el 10 y 15% de las madres de los niños acogidos en cada centro. Se desconoce qué características las diferencian de las madres no participantes. En referencia a la selección de los controles, los médicos de los Centros de Salud de las zonas de referencia recibieron instrucciones de solicitar la participación en el estudio al primer niño que llegara a la consulta de las características de edad y sexo requeridas, para evitar con este procedimiento de selección cualquier intervención directa del médico en la selección de los controles.

En referencia a la calidad de la información recogida cabe hacer algunas consideraciones. La entrevista estaba orientada hacia variables relacionadas con el entorno familiar y las condiciones psicosociales de la familia. Así, en ningún momento se hacía referencia al propio hecho del maltrato infantil evitando, por razones éticas y conceptuales, dirigir la entrevista hacia variables específicas de la situación del maltrato de los hijos. Por

Tabla IV Modelos de regresión logística en maltrato infantil

<i>Modelos</i>	<i>RV</i>	<i>Límites del IC 95%</i>	<i>Valor p</i>
Modelo ambiental			
Convivencia sin pareja	27,06	(5,42; 135,09)	0,0001
Bajo nivel educacional	11,37	(2,57; 50,23)	0,0013
Mayor tamaño de la fratría	3,98	(1,91; 8,27)	0,0002
Problemas económicos	4,48	(1,10; 18,12)	0,0354
Modelo de salud			
Convivencia sin pareja	21,06	(3,55; 124,83)	0,0008
Bajo nivel educacional	8,23	(1,56; 43,40)	0,0129
Mayor tamaño de la fratría	4,53	(1,86; 10,96)	0,0008
Sintomatología depresiva (tristeza y soledad)	3,22	(1,29; 7,66)	0,0112
Sintomatología de ansiedad (temblor y sudoración)	3,03	(1,21; 7,34)	0,0168

* *RV*: Razones de ventaja. * *IC*: Intervalo de confianza

Tabla V Modelos de regresión logística no condicional del maltrato infantil según convivencia con pareja estable

	<i>RV</i>	<i>Límites del IC 95%</i>	<i>Valor p</i>
Familias que no conviven con pareja estable (n = 38):			
Bajo nivel educacional	28,7	(0,8; 1066,7)	0,0687
Mayor tamaño de la fratría	3,4	(0,9; 12,7)	0,0629
Baja percepción de apoyo social (factor de apoyo emocional)	5,6	(0,8; 39,4)	0,0803
Familias que conviven con pareja estable (n = 97):			
Bajo nivel educacional	11,44	(1,70; 76,67)	0,0120
Mayor tamaño de la fratría	5,34	(1,96; 14,52)	0,0010
Problemas económicos	6,33	(0,80; 49,72)	0,0789

* *RV*: Razones de ventaja. * *IC*: Intervalo de confianza

ello, consideramos que la veracidad de las respuestas debe ser comparable en casos y en controles y en el caso de que existan errores de medida, estos errores no dependerían del estado caso-control de la persona entrevistada. La posible mala clasificación no diferencial nos llevaría a una subestimación de las asociaciones. Sabemos que esta subestimación ha ocurrido en la exploración de las asociaciones entre el maltrato y el consumo de drogas ilegales. Al revisar las historias sociales en la Comisión de Tutela se confirmó que en un gran número de ellas existía abuso de drogas que no había sido declarada en la entrevista. Aunque quizá la subdeclaración del consumo de drogas afecta también a los controles, la elevada proporción de consumo reflejada en las historias de los casos hace suponer que el consumo de drogas ilegales es un factor asociado al maltrato, concretamente por abandono o negligencia, no reflejado en los resultados de nuestro estudio. En otros trabajos se ha encontrado una fuerte asociación entre el consumo de drogas y situaciones de violencia familiar que desencadenan maltrato a los hijos⁽²⁵⁾, sien-

do la drogadicción una de las principales causas para la intervención de los servicios sociales por la grave desprotección que desencadena en los hijos⁽²⁶⁾.

Por último, el pequeño tamaño del estudio nos impide analizar simultáneamente todos los factores hipotetizados en el modelo teórico ecológico, en el cual está basado el diseño de este trabajo^(12,27). Nos hemos limitado a controlar los factores que describen la estructura familiar y estudiar en modelos separados los factores socioeconómicos y de salud que afectan directamente la dinámica del ámbito familiar⁽¹³⁾. También por limitaciones en el tamaño de la muestra no hemos podido incorporar en el análisis multivariante el estudio de interacciones.

Los resultados de los análisis multivariados de esta investigación nos llevan a considerar qué factores colocan a los padres en riesgo de maltratar a sus hijos. Aquellas mujeres sin pareja estable, con bajo nivel de instrucción y con la responsabilidad de cuidar a varios niños pequeños tienen mayor riesgo de maltratar o de permitir el maltrato por parte de la pareja ocasional,

a alguno de sus hijos, ya sea por abuso o negligencia. La identificación de posibles factores protectores como el apoyo social afectivo y la disponibilidad de ayuda económica en un momento de crisis nos ayuda a comprender el proceso por el que una madre con aislamiento social y problemas económicos puede llegar al maltrato^(14,18). De acuerdo con los modelos psicosociales de afrontamiento («coping model»), el soporte social influye directamente en la relación parental mediatizando tanto las conductas estresantes como modulando la percepción negativa de los eventos vitales^(28,29). En este trabajo, la percepción de falta de apoyo social no llega a estar significativamente asociada al maltrato cuando se trata de familias biparentales, mientras que toma mayor relevancia el estrés económico provocado por la existencia de problemas financieros en el último año de la entrevista.

Por otra parte, hemos identificado una fuerte asociación entre síntomas de depresión y ansiedad y el hecho del maltrato. El único indicador de abuso de sustancias tóxicas, la tendencia a abusar del alcohol, pierde su capacidad de explicar el maltrato si se tiene en cuenta la depresión. En consecuencia, el análisis de los datos sugiere que los problemas de salud mental están fuertemente asociados al uso de drogas. La naturaleza transversal del estudio no permite distinguir si el abuso de drogas lleva a los problemas de ansiedad y depresión o si ocurre lo contrario. En cualquier caso, ambos factores están fuertemente ligados al riesgo de maltrato.

La validez externa del estudio puede ser cuestionable ya que hemos estudiado solamente algunos de los casos que requieren y se ven afectados por una intervención de los servicios sociales de la comunidad de Madrid. Por otra parte, son casos suficientemente severos y crónicos como para llevar a la retirada de la tutela legal de los padres. Por ello, no es de extrañar las elevadas magnitudes de las medidas de asociación, las razones de ventaja, detectadas en el trabajo. Sin embargo, este estudio sugiere que el problema del maltrato infantil que requiere asistencia social tiene fuertes raíces socioculturales y económicas que podrían ser modificadas desde los propios servicios a partir de programas centrados en mejorar las redes de apoyo e integración social de las familias vulnerables. A pesar de que los programas de prevención primaria y secundaria no han mostrado todavía resultados concluyentes⁽³⁰⁾, diversos tipos de intervención en familias con situaciones de riesgo social han mostrado resultados prometedores⁽³¹⁾. En el plano social, la prevención del maltrato exige dedicar recursos a programas que favorezcan la integración social de las familias en riesgo en la vida social de la comunidad donde viven⁽³²⁾. En el plano individual, esta prevención se integraría en los cuidados perinatales y de la primera infancia a partir de servicios de apoyo al domicilio coordinado por profesionales tanto del ámbito sanitario como social^(33,34).

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Alberto Fernández y Emilio Perea Milla por sus valiosos comentarios a un texto prelimi-

nar, y a Miguel Costa por su apoyo constante. Este estudio ha sido realizado con ayuda del Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección de Protección del Menor y la Familia.

Bibliografía

- 1 American Public Health Association. Policy statements adopted by the Governing Council of the American Public Health Association, November 16, 1992 in Domestic Violence. *Am J Public Health* 1993; **83**:458-463.
- 2 MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR. Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal* 1993; **148**:151-163.
- 3 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.
- 4 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**:465-479.
- 5 Inglès A. Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje* 1995; **71**:23-32.
- 6 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.
- 7 De-Paúl J, Arruabarrena I, Torres B, Muñoz R. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje* 1995; **71**:49-58.
- 8 Gelles RJ. Family violence. En: Hampton RL, Gullota TP (eds). Family violence. Prevention and treatment. Newbury Park: Sage Publications, 1993:1-24.
- 9 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, 1987:60-80.
- 10 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 Argitalpen-Zerbitzu Nagusia 1988.
- 11 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, 1988:193-202.
- 12 Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist* 1980; **35**:320-335.
- 13 Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child Develop* 1984; **55**:83-96.
- 14 Smith JAS, Adler RG. Children hospitalized with child abuse and neglect: A case-control study. *Child Abuse Negl* 1991; **15**:437-445.
- 15 Connelly CD, Strauss MA. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse Negl* 1992; **16**:709-718.
- 16 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.
- 17 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.
- 18 Whipple EE, Webster-Stratton C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse and Neglect* 1991; **15**:279-291.
- 19 Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The Cage Questionnaire, validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *Am J Psychiatry* 1974; **121**:1121-1123.

- 20 Bradburn NM. The structure of psychological well being. Chicago: University Chicago Press, 1969.
- 21 Seeman TE, Berkman LF. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Soc Sci Med* 1988; **26**:737-749.
- 22 Broadhead WE, Gehlbach SH, Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; **26**:709-723.
- 23 Gelles RJ. Child abuse and violence in single-parent families: parent absence and economic deprivation. *Amer J Orthopsychiat* 1989; **59**:492-501.
- 24 Egeland B, Erickson MF, Butcher JN, Ben-Porath YS. MMPI-2 profiles of women at risk for child abuse. *J Personality Assessment* 1991; **57**:254-263.
- 25 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.
- 26 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.
- 27 Garbarino J, Sherman D. High-risk neighborhoods and high risk families: the human ecology of child maltreatment. *Child Development* 1980; **51**:188-198.
- 28 Parks P, Lenz ER, Jenkins LS. The role of social support and stressors for mothers and infants. *Child Care, Health and Development* 1992; **18**:151-171.
- 29 Howze DC, Kotch JB. Disentangling life events, stress and social support: implications for the primary prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect* 1984; **8**:401-409.
- 30 Brayden RM, Altemeir WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen JM, McLaughlin J, Sherrod K. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr* 1993; **122**:511-516.
- 31 Garbarino J, Sherman D. High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Develop* 1980; **51**:188-198.
- 32 MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child abuse and neglect: a critical review. Part I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994; **35**:836-856.
- 33 Olds DL, Henderson JR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; **78**:65-78.
- 34 Wolfe DA, Edwards B, Manion I, Koverola C. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; **56**:40-47.