

El Impacto del Tratamiento por Consumo de Drogas en el Desarrollo de Competencias Parentales: ¿un Potencial de Intervención Infravalorado?

Cristian Vega-González^{a, b} y Beatriz Pérez^b

^aUniversidad Autónoma de Chile, Chile; ^bUniversidad de La Frontera, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 11 de agosto de 2020
Aceptado el 29 de octubre de 2020
Online el 30 de noviembre de 2020

Palabras clave:
Competencias parentales
Trastorno por uso de sustancias
Negligencia
Tratamiento psicológico
Maltrato infantil

Keywords:
Parenting skills
Substance use disorder
Negligent behavior
Psychological treatment
Child abuse

R E S U M E N

El trastorno por uso de sustancias (TUS) incide en la relación y cuidado de los hijos, propiciando conductas de maltrato. La relación paterno filial puede mejorar con el desarrollo de competencias parentales (CP) en usuarios de programas de tratamiento por TUS. No obstante, escasos programas priorizan la intervención sobre estas competencias. Este estudio se plantea como objetivo constatar la influencia del TUS en el desarrollo de conductas parentales negligentes y analizar la influencia del tratamiento por TUS sobre las CP, considerando la trayectoria previa de consumo y tratamiento (TCT), la situación judicial (SJ) y antecedentes sociofamiliares (ASF). La muestra se compone de 67 usuarios de programa de TUS en Chile, con al menos un hijo menor de 12 años. El 100% de los usuarios ejercen conductas negligentes. Tras nueve meses de tratamiento, las CP mejoran significativamente. La TCT y los ASF influyen en el desarrollo y mejora de las CP.

Impact of drug use treatment on the development of parental competences: An undervalued intervention potential?

A B S T R A C T

Substance use disorder (SUD) affects the relationship and care of children, promoting abusive behaviors. The parental-filial relationship can improve with the development of parental competences (PC) in users of treatment programs for SUD. However, few programs prioritize intervention over these skills. The objective of this study is to verify the influence of SUD on the development of negligent behaviors and to analyze the influence of SUD treatment on PC, considering the previous trajectory of consumption and treatment (TCT), the legal situation (LS), and socio-family background (SFB). The sample is made up of 67 users of a SUD treatment program in Chile, with at least one child under the age of 12. One hundred percent of users engage in negligent behavior. After nine months of treatment, PCs improved significantly. TCT and SFBs influence the development and improvement of PCs.

Las competencias parentales (CP) se definen como las capacidades prácticas de los padres para responder a las necesidades de cuidado, protección y educación de sus hijos, de manera que su desarrollo pueda estar asegurado (Barudy y Dantagnan, 2005). Estas capacidades, se dividen en cuatro grandes grupos: i) vinculares: corresponde al conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza orientadas a la promoción de un apego seguro, incluyendo mentalización, sensibilidad parental, calidez emocional e involucramiento parental; ii) formativas: es el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas orientadas al desarrollo, aprendizaje y socialización de los hijos e incluye acciones de estimulación para el aprendizaje, guía, orientación y consejo, definición de normas y hábitos y socialización; iii) protectoras: corresponde al conjunto de

conocimiento, actitudes orientado al cuidado y protección de los hijos, que garantice el desarrollo físico, emocional y sexual a través de cuidados cotidianos, garantías de seguridad, organización diaria y gestión de apoyo social; iv) reflexivas: las que corresponde al conjunto de conductas, conocimientos y actitudes orientadas a identificar las propias trayectorias de parentalidad, así como monitorear las prácticas parentales actuales y evaluar el curso del desarrollo del hijo/a por medio de la anticipación, monitoreo, metaparentalidad y autocuidado parental (Barudy y Dantagnan, 2005; Gómez y Muñoz, 2015; Santelices et al., 2012).

Por su parte, Rodrigo et al. (2009), las definen como: Aquel conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de

Para citar este artículo: Vega-González, C. y Pérez, B. (2021). El impacto del tratamiento por consumo de drogas en el desarrollo de competencias parentales: ¿un potencial de intervención infravalorado? *Anuario de Psicología Jurídica*, 31, 119-126. <https://doi.org/10.5093/apj2021a9>

Financiación. Este proyecto ha sido financiado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, CONICYT PFCHA/MagisterNacional/2017- 22170383
Correspondencia: beatriz.perez@ufroterra.cl (B. Pérez).

ISSN: 1133-0740/© 2021 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades (p. 115).

La evidencia internacional señala que el insuficiente desarrollo de CP se relaciona con el desarrollo de comportamientos nocivos hacia los hijos, incluso maltrato infantil (Akin y Gomi, 2017; Arria et al., 2013; Moreland y McRae-Clarck, 2018). En el caso de Chile, Contreras et al. (2018) señalan que padres y/o cuidadores con incapacidad para el desarrollo de estrategias disciplinarias establecen inadecuadas rutinas y rituales, déficit en el apoyo mutuo, recreación y juego familiar, deficiencias en las relaciones familiares y sociales y prácticas maltrantes, como un insuficiente resguardo de la higiene y alimentación. Esta última cobra relevancia por su alta frecuencia. El cuarto estudio de maltrato infantil realizado en población general chilena determinó que el 71% de niños, niñas y adolescentes (NNA) sufre algún tipo de violencia de parte de su padre y/o madre. Así, el maltrato infantil se sitúa como un grave problema de salud pública en el país y los esfuerzos por su erradicación una prioridad (UNICEF, 2012).

Según lo expuesto por Barudy y Dantagnan (2005), la adquisición de las CP es el resultado de complejos procesos que integran características personales innatas, factores sociales y culturales y las experiencias de buen y mal trato que el padre o madre hayan conocido en su historia familiar. Algunos factores de riesgo para el desarrollo de competencias inadecuadas impactan de manera transgeneracional, como el trauma, el aislamiento y la exclusión social (Hafekost et al., 2017), pudiendo provocar diversas manifestaciones de psicopatología infantil por medio de tres vías: sumisión, amenaza y subvaloración (León-Palacios et al., 2019). Entre los factores de riesgo dinámicos se encuentra la pobreza crónica, el desempleo, la baja escolaridad en el caso de las madres, la depresión materna, la violencia en la pareja, los empleos con horarios extensos, el hacinamiento o el consumo de alcohol y drogas, entre otros (Appleyard et al., 2011; Contreras et al., 2018; Evans et al., 2013).

Las Competencias Parentales y el Consumo Dependiente de Drogas

La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association [APA, 2013]) señala que el consumo dependiente de drogas genera consecuencias en diferentes dominios, entre ellos la disminución de la competencia social. Diversos autores destacan la asociación entre el trastorno por uso de sustancias (TUS) y las conductas que gatillan conflictos legales con resultado de pérdida de cuidados personales de los hijos, tales como la violencia física, la negligencia y el abandono, mientras que diferentes estudios de tipo longitudinal han permitido identificar la asociación del uso de sustancias de los padres con conductas de maltrato infantil (Akin et al., 2017; Contreras et al., 2018; Gómez et al., 2009; Grant et al., 2011).

En Estados Unidos, el 79% de los niños y niñas ingresadas en residencias de protección infantil por maltrato físico o negligencia tienen padres o cuidadores que presentan TUS (Akin et al., 2017), permanecen por más tiempo en residencias de protección y es menos probable que logren unificarse satisfactoriamente con su familia de origen (Akin et al., 2017; Grant et al., 2011), a veces por encontrarse los padres privados de libertad cuando el consumo de drogas se asocia a actividades delictivas (Parolin y Simonelli, 2016). En Chile, el 35% de los padres y/o cuidadores de NNA ingresadas a la red Servicio Nacional de Menores (SENAME) presentan TUS.

El consumo de drogas por parte de los padres interfiere en la crianza de sus hijos a través de la disminución del conocimiento, mentalización y sensibilidad ante señales del niño y del ambiente, además de limitar la respuesta motora, capacidad de juicio, funcionamiento ejecutivo, de regulación emocional y percepción de

menor calidez parental, lo que podría implicar un tiempo de respuesta inadecuado y percibido como carente de afecto (Barrocas et al., 2016; Chrzan-Detkos y Walczak, 2017). El estudio del impacto por consumo de drogas en CP reflexivas se encuentra menos desarrollado; sin embargo, Suchman et al. (2017) señalan que dichas competencias igualmente pueden verse afectadas, considerando que estas permiten realizar una autovaloración de la situación de salud física, mental y bienestar subjetivo (Gómez y Muñoz, 2015), conducta que resulta difícil de concretar frente al TUS (Akin et al., 2017; Moreland y McRae-Clark, 2018).

Existe evidencia internacional que apoya la incorporación de programas de entrenamiento o desarrollo de CP en centros de tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas, por ejemplo, los usuarios del “Programa parental de 48 meses” en Estados Unidos aumentaron significativamente sus CP y autoestima (Moreland y McRae-Clark, 2018). Programas noruegos como “Cuidando al bebé” consiguieron logros relevantes en el desarrollo de CP (Håkansson et al., 2019); igualmente, en Estados Unidos, el “Programa de fortalecimiento de familias” logró disminuir significativamente la tasa de reingreso de niños a hogares de protección (Akin, 2017), mientras que el programa “La maternidad de adentro hacia fuera” permitió a sus participantes alcanzar mayor desarrollo de competencias reflexivas y vinculares (Suchman et al., 2017).

No obstante, el desarrollo de CP es calificado como muy importante por solo el 28% de los centros que ofrecen tratamiento para el TUS (Arria et al., 2013). De estos, la mayoría atienden a mujeres en desmedro de aquellos programas de tratamiento que atienden a hombres (Parolin y Simonelli, 2016), lo cual viene a reforzar lo planteado por Akin et al. (2017):

A pesar de la importancia del abuso de sustancias por parte de los padres como un factor de riesgo para los malos resultados del cuidado de crianza y los esfuerzos cada vez mayores para abordarlo, la evidencia empírica actual sobre la efectividad de la intervención sigue siendo limitada (p. 2).

A partir de la revisión de la literatura, se estima una infravaloración del potencial de los programas de tratamiento de alcohol y drogas para incidir en la mejora de las CP de sus usuarios. Considerando la problemática de maltrato en Chile, creemos necesario evidenciar este potencial como una oportunidad para la intervención, siendo un valor añadido determinar cuáles son las condiciones más oportunas y desfavorables a nivel sociofamiliar, judicial y de trayectoria de consumo y tratamiento para el desarrollo de estas competencias. Además, relevamos la importancia de abordar esta problemática diferenciando entre los tipos de CP definidos por Barudy y Dantagnan (2005) ante la ausencia de literatura al respecto.

Por lo anteriormente expuesto, nos planteamos como objetivo de la presente investigación constatar la influencia del consumo dependiente de sustancias en el desarrollo de conductas negligentes hacia los hijos en usuarios de programas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en Chile (2012) y analizar la influencia del tratamiento por consumo problemático de drogas sobre las CP autoinformadas, considerando la trayectoria previa de consumo y tratamiento, la situación judicial y los antecedentes sociofamiliares.

Método

Participantes

Mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, se obtuvo una muestra de 67 usuarios del programa SENDA sometidos a nueve meses de tratamiento con indicadores de éxito en su proceso de cambio, lo que corresponde al 6.22% de la población atendida por programas SENDA durante un año ($N = 1,076$). Como criterio de inclusión se consideró tener al menos un hijo menor de 12 años. En medida

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra total y diferenciada por sexo en variables consideradas para la construcción de las variables independientes de este estudio

		n (%)	Sexo	
			Hombres n (%)	Mujeres n (%)
1. Trayectoria de consumo y tratamiento				
Criterios de dependencia	Consumo perjudicial	8 (11.9%)	3 (4.5%)	5 (7.5%)
	Hasta 3 criterios de dependencia	8 (26.9%)	6 (9.0%)	12 (17.9%)
	Más de 3 criterios de dependencia	41 (61.2%)	12 (17.9%)	29 (43.3%)
Frecuencia de consumo	Fines de semana	2 (3.0%)	0 (0.0%)	2 (3.0%)
	Semanal o fines de semana	10 (14.9%)	4 (6.0%)	6 (9.0%)
Síndrome de abstinencia	Diaria	55 (82.1%)	17 (25.4%)	38 (56.7%)
	Ausente	8 (11.9%)	4 (6.0%)	4 (6.0%)
	Molestias controlables	21 (31.3%)	6 (9.0%)	15 (22.4%)
Tratamientos anteriores	Requiere apoyo para el control	38 (56.7%)	11 (16.4%)	27 (40.3%)
	Ninguno	15 (22.4%)	2 (3.0%)	13 (19.4%)
	1 a 3 tratamientos	31 (46.3%)	15 (22.4%)	16 (23.9%)
Intentos de abstinencia sin tratamiento	Más de 3. Abandono 0-3 meses	21 (31.3%)	4 (6.0%)	17 (25.4%)
	6 o más meses de abstinencia	3 (4.5%)	1 (1.5%)	2 (3.0%)
	1 a 5 meses de abstinencia	31 (46.3%)	9 (13.4%)	22 (32.8%)
	Sin periodos de abstinencia	33 (49.3%)	11 (16.4%)	22 (32.8%)
2. Situación judicial				
Contexto de consulta	Voluntario	10 (14.9%)	3 (4.5%)	7 (10.4%)
	Condicionado por familia o tribunal	38 (56.7%)	11 (16.4%)	27 (40.3%)
	Obligado por demanda judicial	19 (28.4%)	7 (10.4%)	12 (17.9%)
Problemas judiciales asociados	Sin detenciones o demandas	15 (22.4%)	4 (6.0%)	11 (16.4%)
	Detenciones por porte de sustancias	35 (52.5%)	13 (19.4%)	22 (32.8%)
	Detenciones por consumo y delitos	17 (25.4%)	4 (6.0%)	13 (19.4%)
3. Antecedentes sociofamiliares				
Consumo y/o tráfico en familiares	Descartados ambos	14 (20.9%)	5 (7.5%)	9 (13.4%)
	Solo consumo	31 (46.3%)	10 (14.9%)	21 (31.3%)
	Consumo y tráfico	22 (32.8%)	6 (9.0%)	16 (23.9%)
Red de apoyo familiar	Presente	11 (16.4%)	1 (1.5%)	10 (14.9%)
	Presente con reparos	33 (49.3%)	12 (17.9%)	21 (31.3%)
	Ausente o con gran conflicto	23 (34.3%)	8 (11.9%)	15 (22.4%)
Red de apoyo social	Presente	9 (13.4%)	2 (3.0%)	7 (10.4%)
	Presente con reparos	33 (49.3%)	14 (20.9%)	19 (28.4%)
	Ausente o con gran conflicto	25 (37.3%)	5 (7.5%)	20 (29.9%)

postest, se mantuvieron en el estudio los participantes que cumplieron un tiempo mínimo de abstinencia de un mes.

Los centros de tratamiento incorporados en este estudio están ubicados en regiones del sur (Los Ríos 58.2%, $n = 39$) y el norte (Antofagasta 41.8%, $n = 28$) de Chile. El 56.7% ($n = 38$) son usuarios en modalidad residencial y el 43.3% ($n = 29$) restante en modalidad ambulatoria. El 68.7% son mujeres ($n = 46$) y la edad media es de 29.8 años ($DT = 6.79$). El 56.7% ($n = 38$) presenta patología dual y el 59.7% ($n = 40$) criterios de dependencia para dos o más sustancias, siendo la pasta base de cocaína 79.1% ($n = 53$) la más consumida. El nivel de compromiso biopsicosocial (apreciación de la magnitud de las consecuencias generadas por el consumo de drogas en diferentes áreas de la vida de la persona y su entorno por medio de juicio profesional estructurado) es severo para el 43.3% ($n = 29$). El 65.7% ($n = 44$) tiene uno o dos hijos, siendo la media de 2.3 ($DT = 1.23$). La edad media de estos es de 4.5 años ($DT = 2.80$). En *Tabla 1* se recogen datos descriptivos de los participantes en las variables de estudio para la muestra total y diferenciada por sexo.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad hoc. Instrumento creado expresamente para la presente investigación, con el objetivo de recoger

datos de variables sociodemográficas tales como edad, sexo, lugar de residencia o escolaridad, entre otras.

Escala de Parentalidad Positiva (E2P; Gómez y Muñoz, 2015). Escala de 54 reactivos tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 = *casi nunca*, 2 = *a veces*, 3 = *casi siempre* y 4 = *siempre*. El instrumento evalúa CP cotidianas en adultos responsables de la crianza de al menos un NNA. Concretamente evalúa los cuatro grupos de competencias descritas por Barudy y Dantagnan (2005): vinculares (14 ítems), formativas (12 ítems), protectoras (17 ítems) y reflexivas (11 ítems). A mayor puntuación obtenida, mejor desempeño en CP. Estas puntuaciones son categorizadas en tres segmentos: zona de riesgo (vinculares < 44, formativas < 37, protectoras < 52 y reflexivas < 33), zona de monitoreo (vinculares entre 44 y 47, formativas entre 37 y 39, protectoras entre 52 y 56 y reflexivas entre 29 y 32) y zona óptima (vinculares 48 o más, formativas 38 o más, protectoras 57 o más y reflexivas 33 o más). La E2P presenta adecuados niveles de alfa ordinal, coeficiente de fiabilidad adecuado para escalas de respuesta ordinal (Elosua y Zumbo, 2008), en medida pretest y postest: competencias vinculares, pretest = .965, postest = .937; competencias formativas, pretest = .969, postest = .942; competencias protectoras, pretest = .947, postest = .950; competencias reflexivas, pretest = .919, postest = .895.

Compromiso biopsicosocial (SENDA, 2012). Este instrumento de 18 ítems es utilizado en programas SENDA al inicio del tratamiento

como instrumento de tamizaje. Busca identificar la severidad de variables contextuales, de salud y de consumo de sustancias. Sus ítems son evaluados mediante juicio profesional estructurado a través de una escala tipo Likert de tres puntos, donde 1 = *compromiso leve*, 2 = *compromiso moderado* y 3 = *compromiso severo*. En definitiva, a menor puntuación menor es la severidad de las variables contextuales, de salud y de consumo de sustancias. Tras una selección previa de ítems (Tabla 1) en base a su relevancia para este estudio y relación estadística individual con las puntuaciones obtenidas en el instrumento E2P, se conforman tres agrupaciones de variables que serán consideradas como variables independientes. En todos los casos, altas puntuaciones son indicativas de condiciones problemáticas:

(1) Trayectoria de consumo y tratamiento (TCT). Esta variable cuantitativa se obtiene mediante la creación de un índice factorial a través de los ítems: criterios de dependencia, síndrome de abstinencia, tratamientos anteriores e intentos de abstinencia sin tratamiento. Este índice explica el 75.10% de la varianza. El alfa de Cronbach = .887 y el rango de correlaciones ítem-total corregida oscila entre .722 y .799.

(2) Situación judicial (SJ). Esta variable cuantitativa es el producto del cálculo de un índice factorial a partir de los ítems contexto de consulta y problemas judiciales asociados. Este índice explica el 73.04% de la varianza. El alfa de Cronbach es .630 y el rango de correlación ítem-total corregida de .461.

(3) Antecedentes sociofamiliares (ASF). Finalmente, esta variable independiente cuantitativa es resultado del cálculo de un índice factorial mediante los ítems consumo y/o tráfico en familiares, red de apoyo familiar y red de apoyo social. Este índice explica el 69.78% de la varianza, siendo el alfa de Cronbach = .781 y el rango de correlaciones ítem-total corregida entre .568 y .684.

Procedimiento

En Chile, el SENDA es el servicio estatal encargado de proveer un programa de tratamiento –modalidad ambulatoria y residencial– a personas que presentan consumo dependiente de sustancias y solicitan tratamiento de manera voluntaria o son derivados por mandato judicial. Si bien uno de los objetivos del tratamiento corresponde a la vinculación saludable con la familia, los centros de tratamiento dependientes del SENDA no cuentan con criterios comunes para el abordaje e intervención de las CP.

El equipo terapéutico de los centros seleccionó posibles participantes según criterio de inclusión. Un investigador se entrevistó con cada posible participante antes de que iniciaran el programa de tratamiento para solicitar su participación. Tras la firma del consentimiento informado, se aplicó el cuestionario sociodemográfico y la E2P (medida pretest). El equipo de tratamiento proporcionó la información correspondiente sobre el instrumento de compromiso biopsicosocial. Tras nueve meses de tratamiento se realizó una segunda aplicación de la E2P (medida postest) a aquellos participantes con indicador de éxito en su proceso de cambio (al menos un mes de abstinencia).

Análisis de Datos

Tras la comprobación de supuestos paramétricos mediante las pruebas de Levene y Kolmogorov-Smirnov, a fin de establecer en qué medida la TCT influye en las conductas de relación y cuidado de los hijos, se utilizó como técnica estadística la regresión logística binaria. Además se utilizó la regresión lineal múltiple para determinar en qué medida la TCT, SJ y ASF influyen en las CP autoinformadas antes del tratamiento y en sus índices de mejora.

Para el cálculo de los índices de mejora de las CP tras nueve meses de tratamiento se restó de las puntuaciones finales obtenidas en cada dimensión de la E2P en postest las puntuaciones obtenidas en

medida pretest. Posteriormente, para la comparación de medias entre dos grupos requerida para determinar la existencia de un cambio significativo en estos índices, se tomó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Además, se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 y Excel.

Resultados

En primer lugar, constatamos que el 100% de los participantes presenta algún grado de negligencia en el cuidado de sus hijos en base a la información recogida en el “compromiso biopsicosocial”. El 71.6% ($n = 48$) presenta descuidos o cuidado irregular, mientras que el 28.4% ($n = 19$) presentan conductas de franca negligencia o abandono. Además, altas puntuaciones en TCT influyen en la mayor severidad de esta negligencia, con un 24.6% de la varianza explicada. En este modelo se incluyó el sexo como variable control (TCT: $B = 1.226$, $ET = .420$; Wald = 8.505, $gl = 1$, $p < .000$; Modelo: $\text{Exp}(B) = 3.409$, $r^2 = .246$, $p = .004$).

La media de las puntuaciones en CP en la medición pretest se ubican en zona de riesgo (CP vinculares, $M = 37.01$, $DT = 13.004$; CP formativas, $M = 31.04$, $DT = 12.002$; CP protectoras, $M = 45.57$, $DT = 14.022$; CP reflexivas, $M = 27.03$, $DT = 8.187$). Para comprobar qué circunstancias a nivel de TCT, SJ y ASF influyen en los niveles de CP en pretest, construimos cuatro modelos predictivos, uno para cada tipo de competencias parentales (ver Tabla 2). Las TCT, SJ y ASF fueron variables predictoras y el sexo y la modalidad de tratamiento variables control. Menor severidad de los ASF influye en el mayor desarrollo de CP vinculares (29.5% de varianza explicada), formativas (26.9% de varianza explicada) y protectoras (31.3% de varianza explicada) antes del tratamiento. Por otro lado, menor severidad de la TCT influye en el mayor desarrollo de CP reflexivas (15.9% de la varianza explicada). La SJ no tiene valor predictivo en estos modelos.

Tabla 2. Modelos de regresión lineal múltiple para la predicción de las puntuaciones en CP previas al tratamiento

		Modelo					
		β	t	p	R^2	F	p
CP Vinculares	ASF	-.553	-5.350	<.000	.295	28.622	<.000
CP formativas	ASF	-.530	-5.033	<.000	.269	25.535	<.000
CP protectoras	ASF	-.569	-5.576	<.000	.313	31.091	<.000
CP reflexivas	TCT	-.414	-3.670	.001	.159	13.471	<.000

Nota. ASF = antecedentes socio familiares; TCT = trayectoria de consumo y tratamiento.

En la medición postest las medias de las puntuaciones en las CP se ubican en zona óptima (CP vinculares, $M = 48.45$, $DT = 7.349$; CP formativas, $M = 40.67$, $DT = 6.328$; CP protectoras $M = 57.36$, $DT = 8.700$; CP reflexivas $M = 37.33$, $DT = 4.753$). La diferencia de medias entre pretest y postest es estadísticamente significativa. El tamaño de efecto es grande en todos los casos (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de diferencia de medidas entre las CP pre y postest mediante la prueba *t* para muestras relacionadas

	t	gl	p	d
CP Vinculares	-9.001	66	<.000	1.083
CP Formativas	-7.202	66	<.000	1.004
CP Protectoras	-8.630	66	.011	1.268
CP Reflexivas	-10.972	66	.001	1.539

Finalmente, presentamos los modelos de regresión lineal múltiple, sobre el índice de mejora de las CP, considerando las TCT, SJ y ASF

como variables predictoras y el sexo y la modalidad de tratamiento como variables control (Tabla 4). La mayor severidad de los ASF influye en la obtención de un mayor índice de mejora de las CP vinculares, formativas y protectoras. Estos modelos explican el 23.4%, 16.0% y 21.6% de la varianza respectivamente. Por su parte, la mayor severidad de TCT influye en la obtención de mayores índices de mejoras en competencias reflexivas, modelo que explican el 13.2% de la varianza respectivamente. La SJ no influye en la mejora de CP tras nueve meses de intervención.

Tabla 4. Modelos de regresión lineal múltiple para la predicción de las puntuaciones en competencias parentales tras nueve meses de intervención

		Modelo					
		β	t	p	R^2	F	p
IM CP Vinculares	ASF	.496	4.603	<.000	.234	21.185	<.000
IM CP Formativas	ASF	.415	3.680	<.000	.160	13.543	<.000
IM CP Protectoras	ASF	.478	4.385	<.000	.216	19.225	<.000
IM CP Reflexivas	TCT	.380	3.317	.001	.132	11.002	.001

Discusión

En este trabajo se ha analizado la influencia del tratamiento por TUS sobre las CP autoinformadas en usuarios de programas SENDA, además de la influencia de la TCT en el desarrollo de conductas negligentes hacia los hijos, así como la influencia de la TCT, SJ y ASF sobre las CP al inicio del programa y en su nivel de mejora tras el tratamiento.

En primer lugar, constatamos que al momento de iniciar el tratamiento todos los participantes mostraban conductas negligentes hacia sus hijos y presentaban un valor medio de CP en zona de riesgo para todos los casos. Esto resulta esperable considerando que todos los participantes cuentan con características biopsicosociales y de consumo que requieren un abordaje terapéutico de alta especialidad e intensidad (SENDA, 2012). Además, en congruencia con la literatura, las conductas negligentes son más severas en los participantes con mayor gravedad de TCT (Contreras et al., 2018; Gómez et al., 2009; Kepple, 2018): el TUS favorece conductas de negligencia y de maltrato, como por ejemplo el descuido de los hijos, dejándolos en lugares con insuficiente monitoreo parental o de otro adulto responsable. No obstante, la influencia sobre las CP de las variables predictivas evaluadas no es homogénea, lo cual permite distinguir el deterioro de competencias con un carácter cognitivo preponderante de aquellas deterioradas como resultado de una deficiente socialización.

La TCT influye en las competencias reflexivas exclusivamente, las cuales cumplen un importante papel en la regulación frente a las situaciones de estrés cotidiano, psicológico y parental. Esto nos indica que la mayor severidad de la TCT incide sobre las capacidades cognitivas para la integración de la información necesaria en la identificación de las necesidades del niño o para dar respuesta a estas (Fernández-Serrano et al., 2011) y no sobre otras. La limitación en CP reflexivas se identifica en la literatura como más acusada en usuarios que presentan consumo dependiente, de larga data y frecuencia (Håkansson et al., 2019; Suchman et al., 2017). Además, varios autores indican que los padres y madres que presentan TUS alcanzan menor desarrollo de estas CP por su fuerte énfasis cognitivo, lo que conduce a menor mentalización, menor capacidad de regulación emocional y menor tolerancia al malestar, señalándolo como factor de riesgo que favorece la mantención del consumo y limita el impacto del tratamiento (Luyten et al. 2012; Rutherford et al., 2015).

Esta situación, de partida desfavorable, se agudiza cuando la situación social y familiar se encuentra mayormente comprometida en el caso de los otros tres tipos de CP evaluadas. Concretamente, una red de apoyo conflictiva –por problemáticas de consumo y/o relacionales– o ausente reduce las CP vinculares, formativas y protectoras.

Resulta comprensible que aquellos participantes que no han tenido la oportunidad de vincularse con otros miembros de la sociedad o no han logrado de manera satisfactoria tengan dificultades para realizar estos mismos procesos con sus propios hijos. Es menos probable que presenten un aprendizaje y adecuado entrenamiento de habilidades para el ejercicio de un apego seguro –competencias vinculares–, favorecer el desarrollo, aprendizaje y socialización de sus hijos –competencias formativas– y consolidar estrategias de cuidado y protección –competencias protectoras– (Bernal-Ruiz et al., 2018). De igual manera, la literatura confirma que las personas con un diagnóstico de TUS presentan frecuentemente un grupo familiar con escasas habilidades y oportunidades de proveer asistencia, además de cierta tendencia al aislamiento social, limitando considerablemente el intercambio de apoyo social entre los miembros del grupo familiar y de este con la red sociocomunitaria (Suchman et al., 2017). Además, el consumo de sustancias o tráfico de drogas por familiares se identifica como factor de riesgo para el desarrollo de CP inadecuadas y para la transmisión intergeneracional de patrones de crianza maltratantes (Hafekost et al., 2017).

Por otro lado, observamos que las CP pueden mejorar sustancialmente tras nueve meses de tratamiento en programas SENDA, siendo estas diferencias estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto grande. Lo anterior viene a corroborar las posibilidades de mejora de estas competencias durante los procesos de tratamiento por TUS expuesta por diversos autores, quienes señalan que estas mejoras se relacionan con el entrenamiento de la mentalización, identificación de fortalezas, orientación, estímulo y modelación del comportamiento (Fowler et al., 2014; Morken et al., 2017; Suchman, 2016).

Las CP protectoras son las que experimentan mayor índice de mejora. El menor desarrollo de estas competencias corresponde a insuficiente proporción de cuidados cotidianos, menores garantías de seguridad, limitada vinculación con red de apoyo social y escasa organización de la vida cotidiana, por lo que se configuran como gatillante para las conductas maltratantes (Suchman, 2016). Tal resultado tiene sentido a la luz de los criterios diagnósticos del TUS: las personas invierten una cantidad de tiempo considerable en la adquisición y el consumo de sustancias, limitando su desempeño en el rol parental, pudiendo no estar disponibles para proveer cuidados o vincularse con instituciones que apoyen esta tarea (Akin et al., 2017; APA, 2013; Grant et al., 2011).

Respecto a las variables que facilitan una mejora en las CP tras nueve meses de tratamiento, se repite la influencia de los ASF y de la TCT en tipos de CP específicos. Una situación sociofamiliar más deficitaria al inicio de tratamiento favorece un mayor índice de mejora en CP vinculares, formativas y protectoras y la mayor severidad de la TCT influye en la mejora en CP reflexivas. Estos resultados parecen contradecir a la literatura: aquellos que menos necesitan la terapia son quienes se benefician más de ella (Enck y Zipfel, 2019; Rudilla et al., 2015).

En lo que respecta a los ASF, explicamos este resultado en base al mayor margen de mejora de los usuarios con deficientes ASF. Los programas de tratamiento incorporan entre sus estrategias la vinculación saludable con miembros de la familia y la vinculación con nuevos espacios de participación social (SENDA, 2012, 2015), por lo que los usuarios con deficientes ASF trabajan sobre un aspecto que incide en estas CP (Suchman et al., 2017). En referencia a la influencia de la TCT sobre las CP reflexivas, se trata de un resultado concordante con el trabajo de Suchman et al. (2017). La mayor severidad de TCT podría asociarse con la acumulación de experiencias progresivas de modelación, brindando oportunidades para el desarrollo de elementos de CP reflexivas: aumento de autoeficacia, donde los usuarios pueden experimentar mayores niveles de motivación y percepción de logro, además de aumento en la capacidad para monitorear y afrontar problemas (López-Torrecillas et al., 2002).

Finalmente, se observa la ausencia de capacidad de influencia de la SJ en medida pretest y postest de CP, en contradicción con la li-

teratura. Aquellos hijos de padres o madres que presentan antecedentes judiciales además de TUS muestran mayor tasa de ingresos y mantenimiento en residencias de protección y además tienen menor probabilidad de reunificación exitosa (Akin et al., 2017; Grant et al., 2011; Parolin y Simonelli, 2016). Este resultado adverso puede ser explicado por el menor nivel de gravedad de la situación judicial de los participantes en comparación con los estudios revisados.

Igualmente, creemos importante señalar la ausencia de influencia del sexo del usuario, considerada variable control en los modelos predictivos sometidos a análisis. Esto viene a corroborar que usuarios padres y madres se benefician de la intervención, independientemente de su sexo. Pese a que la evidencia muestra que los hombres con TUS poseen un estilo de crianza con mayor presencia de conductas hostiles y agresivas, menores habilidades de resolución de problemas y menor sensibilidad y calidez, la incorporación de la intervención de CP en programas de tratamiento por TUS para hombres ha sido escasamente considerada, limitándose la opción de desarrollo de estas competencias y desatendiéndose la preocupación de algunos hombres respecto de sus competencias y la necesidad expresada de tener intervenciones orientadas al desarrollo de éstas (Arria et al., 2013; Stover, 2013; Stover et al., 2018; Rubenstein y Stover, 2016).

En conclusión, podemos señalar que el TUS deteriora las CP de los participantes y facilita el desarrollo de comportamientos negligentes hacia los hijos. Este nivel deficitario de CP mejora mediante el tratamiento por consumo de drogas en programas SENDA, a pesar de que este no sea un objetivo de intervención. Por ello, consideramos que estos programas presentan un potencial para la intervención y desarrollo de estas CP no apreciado por los tribunales de familia en la toma de decisiones judiciales que limiten o prohíban el contacto directo y regular con los hijos de usuarios de programas de tratamiento. Esta observación es de especial relevancia en el caso de las CP protectoras, considerada su menor desarrollo como gatillante de las conductas maltratantes y la que ha experimentado mejores niveles de mejora en este estudio. Además, este trabajo releva el papel de la TCT en el desarrollo y mejora de las CP reflexivas y el papel de los ASF sobre el desarrollo y mejora de las CP vinculares, formativas y protectoras. Su consideración por parte de los equipos terapéuticos y las instituciones encargadas de los procesos de protección de derechos de NNA sería un aporte sustancial para el diseño de estrategias de intervención. Finalmente, señalamos la necesidad de que los programas de tratamiento, independiente del sexo del usuario, pongan a disposición intervenciones centradas en el desarrollo de CP con el objetivo de favorecer el ejercicio del rol parental y de contribuir a la erradicación de las conductas de maltrato infantil.

El reducido tamaño muestral, la falta de representatividad y la ausencia de un grupo control implica que los resultados y conclusiones obtenidas en este estudio no puedan ser generalizados. La EPP corresponde a un instrumento de autorreporte que no cuenta con control de deseabilidad social. Además, la pauta de compromiso biopsicosocial, si bien es de juicio profesional estructurado, es completada a partir de la información proporcionada por el usuario, por lo que las respuestas a ambos instrumentos pueden verse sesgadas.

Como lineamientos para futuras investigaciones se considera mejorar la calidad muestral, controlar la deseabilidad social e incorporar un grupo control además de otras variables al estudio que pudieran afectar el informe de CP, como experiencias previas en el ejercicio del rol parental, autoeficacia parental y mantención de los logros alcanzados tras el egreso de programas de tratamiento, entre otras.

Extended Summary

Parenting skills (PS) are the practical capabilities of parents to respond to their children's needs in terms of care, protection, and education, which together ensure correct development. They fall into four large groups (Barudy & Dantagnan, 2005): bonding, formative,

protective, and reflective capabilities. The evidence shows that insufficient development of PS is related with the development of harmful behaviours towards children (Akin & Gomi, 2017; Arria et al., 2013; Moreland & McRae-Clarck, 2018). Here we stress alcohol and drug consumption among the risk factors for the development of inadequate PS (Appleyard et al., 2011; Contreras et al., 2018; Evans et al., 2013).

Substance consumption interferes in child-raising because it diminishes parents' knowledge, mentalisation, and sensitivity in the presence of signs from the child and the environment; it limits motor response, judgement, executive functioning, and emotional regulation. All these effects could result in slow response time, perceived as a lack of affection (Barrocas et al., 2016; Chrzan-Detkos & Walczak, 2017). A number of authors point to the association between addiction and behaviours which trigger legal conflicts, which in turn result in loss of personal care of the children, as well as physical violence, negligence, and abandonment (Akin et al., 2017; Contreras et al., 2018; Gómez et al., 2009; Grant et al., 2011).

For these reasons, some substance addiction treatment centres have incorporated PS development strategies into their intervention programmes, with good results (Akin et al., 2017; Håkansson et al., 2019; Moreland & McRae-Clark, 2018; Suchman et al., 2017). Nonetheless, only 28% of treatment centres rate the development of PS as very important.

The aim of this study is to establish the influence of substance addiction on the development of behaviours of child neglect among users of treatment programmes provided by the National Service for the Prevention and Rehabilitation of Drug and Alcohol Consumption (SENDA, 2012, 2015) in Chile, and to analyse the influence of drug addiction treatment on PS, considering the consumption and treatment path (CTP), the legal situation (LS), and the socio-family background (SFB).

Method

Participants. The sample consisted of 67 users of SENDA Programmes with nine months of treatment. The sample contained 68.7% women ($n = 46$); mean age was 29.8 years ($SD = 6.79$); 59.7% of participants ($n = 40$) presented addiction to two or more substances. All the participants had at least one child aged under 12 years.

Instruments. i) Specially designed socio-demographic questionnaire; ii) Positive Parenting Scale (EPP; Gómez & Muñoz, 2015) evaluating the PS described by Barudy and Dantagnan (2005). The higher the score, the better the performance in PS; iii) Bio-psychosocial commitment (SENDA, 2012) uses structured professional judgement to evaluate 18 indicators of the severity of contextual, health, and substance consumption variables. We extracted three factorial indices covering the most important indicators (Table 1): CTP, LS, and SFB. High scores indicate problematic conditions.

Procedure. One researcher interviewed all possible participants before they started the treatment programme to invite them to participate. After signature of informed consent, the socio-demographic questionnaire was applied followed by the EPP (pre-test measurement). The treatment team provided the information on the bio-psychosocial commitment instrument. After nine months of treatment the EPP was applied for a second time (post-test measurement) to participants who achieved an indicator of success in their change process (at least one month's abstinence).

Data analysis strategy. We checked parametric assumptions using Levene and Kolmogorov-Smirnov tests. Indices of improvement in PS were calculated by subtracting the scores in the EPP pre-test from those obtained in post-test. The predictive technique used was binary or multiple logistic regression. Measurements were compared with Student's t -test for related samples and Cohen's d to calculate the effect size.

Results

On hundred percent of the participants presented some degree of negligence in the care of their children; high CTP scores influenced more severe negligent behaviour (CTP: $B = 1.226$, $SE = 0.420$; $Wald = 8.505$, $df = 1$, $p < .000$; Model: $\text{Exp}(B) = 3.409$, $r^2 = .246$, $p = .004$). The mean score in the PS pre-test was in the risk zone. Less severe SFB influences greater development of bonding, formative, and protective PS before treatment. Less severe CTP influences greater development of reflective PS. LS presented no influence value in these models (see Table 2).

In the post-test measurement, mean PS scores were in the optimum zone. Differences between mean pre-test and post-test scores were statistically significant in all cases (see Table 3). Greater severity in the SFB influenced a higher index of improvement in bonding, formative, and protective PS. Greater severity in CTP influenced higher indices of improvement in reflective skills. LS did not influence an improvement in PS after nine months of intervention (see Table 4).

Discussion

As reported in the literature, substance addiction deteriorates participants' PS and facilitates the development of negligent behaviour (Contreras et al., 2018; Gómez et al., 2009; Kepple, 2018). As other international intervention programmes have shown (Akin, 2017; Håkansson et al., 2019; Moreland & McRae-Clark, 2018; Suchman et al., 2017), PS improve with treatment for drug consumption, even though this is not established as an object of the intervention (SENDA, 2012). Protective PS present the best improvement index; deterioration of protective skills is identified in the literature as triggering maltreatment behaviours (Akin et al., 2017; APA, 2013; Grant et al., 2011). We therefore consider that drug addiction treatment programmes present a potential which is unappreciated by family courts in legal decisions.

Higher severity of CTP influences cognitive capabilities for integrating the necessary information into identification of, or response to, a child's needs, i.e., reflective skills (Fernández-Serrano et al., 2011); this is to be expected in people with a diagnosis of substance use disorder (Luyten et al., 2012; Rutherford et al., 2015). At the same time, the greater the deficiencies of the SFB, the less likely the participants will achieve learning and sufficient training in skills for: (1) forming a secure bond – bonding skills; (2) supporting the development, learning and socialisation of their children – formative skills; and (3) consolidating care and protection strategies – protective skills (Bernal-Ruiz et al., 2018; Hafekost et al., 2017). Contrary to expectation (Enck & Zipfel, 2019; Rudilla et al., 2015), more severe SFB influences an improvement in bonding, formative, and protective PS, while more severe CTP influences an improvement in reflective PS. We explain this unexpected result by the greater margin of improvement in users with deficient SFB, and the greater accumulation of modelling experiences in participants with sufficient CTP. Finally, the absence of influence value of the LS is explained by the slight severity of participants' legal situation (Akin et al., 2017; Grant et al., 2011; Parolin & Simonelli, 2016).

This study clearly shows the role of CTP and SFB in the development of PS. Their inclusion in programmes for addiction treatment, rights protection, and family reunification could be a substantial contribution to the design of intervention strategies oriented towards developing parental role and eradicating maltreatment behaviours.

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Akin, B., Brook, J., Lloyd, M. y McDonald, T. (2017). Effect of a parenting intervention on foster care reentry after reunification among substance-affected families: A quasi-experimental study. *Child Maltreatment*, 22(3), 194-204. <https://doi.org/10.1177/1077559517702743>
- Akin, B. y Gomi, S. (2017). Noncompletion of evidence-based parent training: An empirical examination among families of children in foster care. *Journal of Social Service Research*, 43(1), 52-68. <https://doi.org/10.1080/01488376.2016.1226229>
- American Psychiatric Association (APA, 2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson.
- Appleyard, K., Berlin, L., Rosanbalm, K. y Dodge, K. (2011). Preventing early child maltreatment: Implications from a longitudinal study of maternal abuse history, substance use problems, and offspring victimization. *Prevention science*, 12(2), 139-149. <https://doi.org/10.1007/s1121-010-0193-2>
- Arria, A., Mericle, A., Rallo, D., Moe, J., White, W., Winters, K. y O'Connor, G. (2013). Integration of parenting skills education and interventions in addiction treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e318270f7b0>
- Barrocas, J., Vieira-Santos, S. y Paixao, R. (2016). Parenting and drug addiction. A psychodynamic proposal based on a multifactorial perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 161-178. <https://doi.org/10.1037/a0037344>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Editorial Gedisa.
- Bernal-Ruiz, F., Rodríguez-Vera, M., González-Campos, J. y Torres-Álvarez, A. (2018). Competencias parentales que favorecen el desarrollo de funciones ejecutivas en escolares. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 163-176. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16109>
- Chrzan-Detkos, M. y Walczak-Kozłowska, T. (2017). Addicted parents - vulnerable children. Distortions in parent-infant relation and possibilities of help. *Psychotherapia*, 181(2), 21-36. https://www.researchgate.net/publication/320694814_Addicted_parents_-_vulnerable_children_Distortions_in_parentinfant_relation_and_possibilities_of_help
- Contreras, L., Paulsen, C. y Gómez, E. (2018). Serious violations of rights in children and adolescents: Variables of family functioning. *Universitas Psychologica*, 17(3), 96-108. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-3.gvdi>
- Elosua, P. y Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Enck, P. y Zipfel, S. (2019). Placebo effects in psychotherapy: A framework. *Frontiers in Psychiatry*, 10(456). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00456/full>
- Evans, G., Li, D. y Whipple, S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342-1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Fernández-Serrano, M., Pérez-García, M. y Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.04.008>
- Fowler, C., Rossiter, C., Sherwood, J. y Day, C. (2014). New understandings of mothering: Mothers in an abstinence-based drug treatment program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(2), 173-184. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9518-x>
- Gómez, E., Cifuentes, B. y Ross, M. (2009). Previendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9(3), 823-839. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-3.pm>
- Gómez, E. y Muñoz, M. (2015). *La escala de parentalidad positiva, manual*. Fundación ideas para la infancia. <http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/Manual-de-la-Escala-de-Parentalidad-Positiva.pdf>
- Grant, T., Huggins, J., Graham, J., Ernest, C., Whitney, N. y Wilson, D. (2011). Maternal substance abuse and disrupted parenting: Distinguishing mothers who keep their children from those who do not. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2176-2185. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.07.001>
- Hafekost, K., Lawrence, D., O'Leary, C., Bower, C., O'Donnell, M., Semmens, J. y Zubrick, S. R. (2017). Maternal alcohol use disorder and subsequent child protection contact: A record-linkage population cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 72(1), 206-214. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.010>
- Håkansson, U., Watten, R., Söderström, K. y Øie, M. (2019). The association between executive functioning and parental stress and psychological distress is mediated by parental reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Stress and Health*, 35(4), 407-420. <https://doi.org/10.1002/smi.2868>
- Kepple, N. (2018). Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. *Child Abuse & Neglect*, 76(1), 44-55. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.015>
- León-Palacios, M., Garrido-Fernández, C., Senín-Calderón, S., Perona-

- Garcelán, P. y Rodríguez-Testal, J. (2019). Evaluación de las experiencias vitales tempranas: la escala ELES y su uso clínico. *Anales de Psicología*, 35(2), 195-203. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.304501>
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 33-51. <https://masterforense.com/pdf/2002/2002art3.pdf>
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., y Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. En A. W. Bateman y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-65). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Moreland, A. y McRae-Clark, A. (2018). Parenting outcomes of parenting interventions in integrated substance-use treatment programs: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.005>
- Morken, K., Binder, P., Molde, H., Arefjord, N. y Karterud, S. (2017). Mentalization-based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: A pilot study. *Scandinavian Psychologist*, 4, e16. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e16>
- Parolin, M. y Simonelli, A. (2016). Attachment theory and maternal drug addiction: The contribution to parenting interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 7(152). <https://doi.org/10.3389%2Ffpsy.2016.00152>
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E. y Máizquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18(2), 113-120. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n2a3>
- Rubenstein, B. y Stover, C. (2016). Intimate partner violence, fatherhood, and co-parenting of men in residential substance misuse treatment. *Advances in Dual Diagnosis*, 9(4), 119-129. <https://doi.org/10.1108/ADD-10-2015-0022>
- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A. y Galiana, L. (2015). Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*, 12(2-3), 315-334. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51012
- Rutherford, H., Booth, C., Luyten, P., Bridgett, D. y Mayes, L. (2015). Investigating the association between parental reflective functioning and distress tolerance in motherhood. *Infant Behavior and Development*, 40, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.04.005>
- Santelices, M., Carvacho, C., Farkas, Ch., León, F., Galleguillos, F. y Himmel, E. (2012). Medición de la sensibilidad del adulto con niños de 6 a 36 meses de edad: construcción y análisis preliminares de la Escala de Sensibilidad del Adulto, ESA. *Terapia Psicológica*, 30(3), 19-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300003>
- Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2012). *Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas*. http://www.senda.gob.cl/wpcontent/uploads/2012/08/OrientacionesTécnicas_CentrosdeTratamiento.pdf
- Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2015). *Décimoprimer estudio nacional de drogas en población general*. <http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Informe-Ejecutivo-ENPG-2014.pdf>
- Stover, C. (2013). Fathers for change: A new approach to working with fathers who perpetrate intimate partner violence and substance abuse. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(1), 65-71. <http://jaapl.org/content/jaapl/41/1/65.full.pdf>
- Stover, C., Carlson, M., Patel, S. y Manalich, R. (2018). Where's dad? The importance of integrating fatherhood and parenting programming into substance use treatment for men. *Child Abuse Review*, 27(4), 280-300. <https://doi.org/10.1002%2Fcar.2528>
- Suchman, N. (2016). Mothering from the inside out: A mentalization-based therapy for mothers in treatment for drug addiction. *International Journal of Birth and Parent Education*, 3(4), 19-24. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199743100.003.0020>
- Suchman, N., Decoste, C., McMahan, T., Dalton, R., Mayes, C. y Borelli, J. (2017). Mothering from the inside out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and Psychopathology*, 29(2), 617-636. <https://doi.org/10.1017/s0954579417000220>
- UNICEF. (2012). *4º estudio de maltrato infantil*. https://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/maltrato%20infantil.pdf