



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**RASGOS DE PERSONALIDAD EN  
MADRES MALTRATADORAS Y NO  
MALTRATADORAS A TRAVÉS DE  
CUATRO ESCALAS DEL MMPI-2**

**TESIS**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:

**GABRIELA OLVERA ORTIZ**



DIRECTOR: MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA  
ASESOR: MTRO. CELSO SERRA PADILLA  
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. MA. DE LOURDES MONROY TELLO

CIUDAD UNIVERSITARIA. MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ÍNDICE**

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 1  |
| Introducción.....   | 3  |
| <b><u>CAPÍTULO UNO. MATERNIDAD</u></b> .....  | 7  |
| 1.1 Definición de Maternidad  |    |
| 1.2 Aspectos Sociales   |    |
| 1.3 Aspectos Clínicos   |    |
| 1.3.1 El Desarrollo Psicosexual de la Niña  |    |
| 1.4 El Rol Maternal y su Importancia en el Desarrollo Psíquico                                  |    |
| 1.5 Inadecuaciones a la Maternidad  |    |
| <b><u>CAPÍTULO DOS. MADRE MALTRATADORA</u></b> .....  | 37 |
| 2.1 Agresión y violencia  |    |
| 2.2 Maltrato Infantil   |    |
| 2.2.1 Historia del Maltrato Infantil  |    |
| 2.2.2 Maltrato Infantil en México   |    |
| 2.3 Tipología del Maltrato Infantil   |    |
| 2.4 Madres Maltratadoras  |    |
| 2.5 Características de la Madre Maltratadora  |    |
| <b><u>CAPÍTULO TRES. RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD<br/>EN LA MADRE MALTRATADORA</u></b> ..... | 68 |
| 3.1 Personalidad y Rasgos   |    |
| 3.2 Psicopatología y Personalidad   |    |
| 3.3 Depresión   |    |
| 3.4 Histeria Conversiva   |    |
| 3.5 Psicastenia   |    |
| 3.5.1 Los Rasgos Obsesivos Compulsivos  |    |

- 3.6 Hipomanía  
3.7 Psicopatología de la Madre Maltratadora y su Influencia en el Hijo

**CAPÍTULO CUATRO. MÉTODO.....94**

- 4.1 Objetivo  
4.2 Justificación  
4.3 Planteamiento del Problema  
4.4 Hipótesis  
4.5 Variables  
4.5.1 Definición Conceptual de Variables  
4.5.2 Definición Operacional de Variables  
4.6 Sujetos  
4.7 Muestreo  
4.8 Procedimiento  
4.9 Instrumento  
4.10 Validez y Confiabilidad  
4.11 Aplicación y Calificación  
4.12 Tipo de Estudio y Diseño de Investigación  
4.13 Análisis de Estadístico  
4.14 Análisis de Resultados

**CAPÍTULO CINCO. RESULTADOS.....103**

**CAPÍTULO SEIS. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....138**

**ALCANCES Y LIMITACIONES.....159**

**BIBLIOGRAFÍA.....161**

**ANEXO**

---

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de ser parte de ella, hecho del cual me siento enormemente orgullosa.

A la Facultad de Psicología, por haberme brindado todos los elementos necesarios para ser no solo una buena profesional sino un mejor ser humano.

Al Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa por brindarme la oportunidad y confianza de trabajar con él y haberme abierto las puertas del Centro de Atención Psicoterapéutica para Mamás (CAPSIM) para la realización de esta tesis. Asimismo quiero agradecer todos aquellos conocimientos y enseñanzas que compartió conmigo durante mi estancia en el CAPSIM.

Al Mtro. Celso Serra Padilla, por siempre atender de manera atenta y con disposición la revisión de esta investigación, así como sus invaluable comentarios que en su momento dieron forma a este trabajo.

A la Licenciada Ma. De Lourdes Monroy Tello, por sus aportes y sugerencias fundamentales para este trabajo, así como la disposición y el tiempo siempre brindado. Por su paciencia, conocimientos y experiencia sin los cuales este trabajo no se hubiera terminado.

A los miembros del Jurado, Lic. Asunción Valenzuela Cota, Lic. Yolanda Olguín García y al Mtro. Sotero Moreno Camacho quienes con sus valiosos comentarios enriquecieron y complementaron esta tesis.

De la misma manera quiero demostrar mi reconocimiento a la invaluable aportación académica que me dieron, ya que no solo fueron parte de esta tesis, sino que además me ayudaron en mi formación académica y personal durante mi estancia en la Facultad de Psicología.

Y finalmente quiero dar un especial agradecimiento a todas las Mamás del CAPSIM, que siempre estuvieron dispuestas a colaborar en esta tesis, pero sobre todo que compartieron conmigo la difícil experiencia de ser madres. Muchas Gracias!

---

## DEDICATORIAS

A mi Mamá por ser una mujer fuerte, que siempre ha sido capaz de enfrentar circunstancias adversas de manera ejemplar siempre brindándome tu apoyo, cariño y confianza a lo largo de esta vida.

A mi Papá por todo tu cariño, amor y paciencia.

A mis Abuelitos, Carmen y Cresencio, por contar con ellos en todo momento y por ser un ejemplo a seguir.

A mi tío Rafael, por infundir en mí esa ambición de conocimiento, responsabilidad y amor hacia todo aquello que emprenda, así como luchar y pelear por todo lo que deseo.

A Juan Manuel, pues eres mi alegría, gracias por compartir y emprender sueños juntos. Por todo lo que me enseñas y todo el amor y confianza que me brindas.

A mis Hermanas, Mónica y Alejandra, por los buenos y malos momentos compartidos y por hacer de la familia algo especial.

A mis amigos, Judith, Elizabeth, Lupita Enríquez, Dr. Juan Antonio Esquivel, Blanca, por la invaluable amistad que me brindan; por todos aquellos momentos que hemos compartido y sobre todo por apoyarme y escucharme en los momentos difíciles y también en los buenos.

Gracias a todos aquellos que me animaron, con su amistad demostrándome su apoyo durante la realización de esta tesis, se que existen más personas, no les olvido, espero comprendan si no les menciono.

## RESUMEN

Tomando en cuenta la importancia de analizar desde diferentes puntos de vista la problemática del maltrato infantil y las personas que se involucran dentro de la dinámica familiar en donde el mayor modo de interacción es la violencia, en específico entre la madre y el niño; la presente investigación tuvo como objetivo el obtener rasgos de personalidad a través de cuatro escalas del MMPI-2 (Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía), en un grupo de 35 madres maltratadoras y compararlo con un grupo de 35 no maltratadoras.

Para llegar al logro de la presente investigación se realizó la comparación de los rasgos entre un grupo de madres maltratadoras, obtenido del Centro de Atención Psicoterapéutica para Mamás (CAPSIM), y un grupo de madres no maltratadoras, para ambos grupos se realizó la aplicación completa del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en su segunda revisión (MMPI-2).

Se realizó un análisis de los datos sociodemográficos para ambos grupos, observándose que en los dos grupos hay similitudes en rubros como la edad, que fue de 36 a 40 años para ambos grupos, en cuanto al estado civil la categoría que más predominó fue la de casada.

Entre las diferencias más notables se encuentra dentro de la categoría de la escolaridad, pues, las madres maltratadoras en su mayoría concluyeron los estudios correspondientes al nivel de licenciatura y las no maltratadoras presentan un nivel de carrera técnica.

La ocupación que mayor frecuencia obtuvo para ambos grupos fue la del hogar, sin embargo, las madres no maltratadoras son más activas laboralmente.

En lo que respecta al número de hijos, las madres maltratadoras presentaron en su mayoría un hijo y las no maltratadoras tienen dos en su mayoría.

Los datos correspondientes a las parejas presentaron diferencias en la edad pues las parejas de las madres maltratadoras osciló entre los 41 a 45 años, en comparación a las parejas de las no maltratadoras que correspondió a la edad de ellas. Asimismo el nivel académico que más se presentó en las parejas de las madres maltratadoras fue la licenciatura y para las parejas de las no maltratadoras fue la secundaria.

Para ambos grupos la ocupación que más ejercen las parejas fue la de empleado. Finalmente el tiempo de vivir en pareja para ambos grupos fue en su mayoría el periodo de 10 a 14 años.

Con respecto al objetivo de la presente investigación, identificar rasgos de personalidad en un grupo de madres maltratadoras a través de cuatro escalas del MMPI-2 (Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía), y encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, únicamente la escala de Hipomanía no presentó diferencias estadísticamente significativas.

Igualmente, en las escalas de Contenido y Suplementarias se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos.

El análisis del perfil arrojado describe las principales áreas de conflicto de las madres maltratadoras, encontrando un déficit en áreas propuestas por Casado (1997), como son un pobre desarrollo emocional, baja autoestima, aislamiento emocional, soledad depresiva y bajo control de la agresión.

Para ambos grupos se observaron diferencias y distintos perfiles.



## INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un incremento dentro del campo de investigación sobre aspectos relacionados con el maltrato infantil, como pueden ser las repercusiones en el niño, los niveles y estados de ansiedad que generan en éste, las diversas formas en que se da el maltrato y el decremento de la autoestima por mencionar algunos.

A pesar del gran número de investigaciones existentes, es mínimo lo relacionado con las características de personalidad en madres maltratadoras, ya que la investigación se ha encaminado hacia otro tipo de particularidades que pudieran presentar ambos padres en ciertas áreas emocionales.

La importancia de estudiar la personalidad en las madres radica en las características que se pueden atribuir a este tipo de mujeres según sus rasgos y el poder comprender una personalidad violenta.

El que una madre presente cierto tipo de rasgos de personalidad puede constituir un factor de riesgo para el maltrato infantil, por lo que es necesario el establecimiento de un abordaje terapéutico que funcione a su vez como un prototipo explicativo del origen de la problemática.

Así la transmisión intergeneracional del maltrato infantil considera que la propia Madre Maltratadora, fue víctima de algún tipo de maltrato en su infancia. Lo anterior goza de un mayor peso explicativo para que se de el maltrato y se considera como una evidencia.

Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en dicha transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a relaciones entre la madre y su hijo en los que predomina el maltrato físico. Las experiencias infantiles de maltrato constituirán una predisposición a que la relación

con los propios hijos se establezca sobre la base de la relación con la imagen sí mismo como niño. Se trataría de una relación de tipo narcisista en la que "el hijo se convierte para el padre en un doble de sí mismo en el que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia", "confrontando (el padre) a una situación que despierta en él un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la excitación subyacente es el reproducirlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad de su propia existencia" (Crivillé, 1984, citado en Echeburúa, 1994)

De lo anterior se desprende la relación que pueden establecer las madres maltratadoras con su propia madre es de vital importancia pues es en base a ésta, que la relación que se establezca con los propios hijos se vera sumamente influenciada.

La psicodinámica que se genera entre la madre maltratadora y su hijo puede revivir en ella eventos de su infancia y poner en activo procesos psíquicos que pongan en riesgo la relación entre ambos.

De aquí la importancia de entender los procesos psíquicos que se llevan a cabo en la mujer para poder ejercer la maternidad; asimismo el que su personalidad no interfiera en un proceso como lo es el maternaje y le impida tener el sentimiento de gozar de sus hijos en un proceso que puede ser central y enriquecedor en su vida.

Por lo que el haber tenido problemas con la propia figura materna coloca a la madre maltratadora en un importante riesgo de reproducir el problema.

Igualmente las características de personalidad que se presenten en las madres maltratadoras pueden ser más poderosas para impedir una relación óptima con su hijo y con el medio en el que se desenvuelven, lo anterior puede tener como consecuencia un generalizado y elevado malestar psicológico, que desemboque en un funcionamiento poco óptimo de su personalidad psíquica llegando sentir un

malestar generalizado e inespecífico (Lahey, 1984, citado en Echeburúa, 1994) que la incapacite en mejorar su vida y situación personal.

La influencia que la actitud y comportamiento de la madre maltratadora ejerza en su hijo será otro aspecto que merezca de atención pues es muy probable que se repita la dinámica de la violencia. Para saber como es que los rasgos de personalidad de las madres maltratadoras son un factor de riesgo para ejercer adecuadamente la maternidad y poner en peligro la relación afectiva que se establezca con el hijo así como el funcionamiento personal y el buen contacto con el medio, el objetivo de la presente investigación fue el encontrar diferencias estadísticamente significativas en un grupo de madres maltratadoras en comparación con un grupo de madres no maltratadoras.

En el Capítulo I, Maternidad, se hace una revisión sobre las principales características de la maternidad, sus aspectos sociales y clínicos, la importancia de la figura materna para el hijo y la inadecuación a la maternidad.

En el Capítulo II, La Madre Maltratadora, se describen las características de la agresión, a su vez se hace una descripción del maltrato infantil, su historia y panorama en México, posteriormente se describe brevemente los tipos de maltrato infantil y finalmente se abordan las características de las madres maltratadoras y la psicodinámica de su maltrato.

En el Capítulo III, Características Clínicas de la Madre Maltratadora, se hace la descripción de las principales características clínicas de las escalas que se midieron en la presente investigación (Depresión, Histeria Conversión, Psicastenia e Hipomanía), así como la importancia de la Psicopatología en la Madre Maltratadora y su relación con el hijo.

El Capítulo IV, aborda toda la metodología empleada.

El Capítulo V, Resultados, hace una descripción de los resultados obtenidos para ambos grupos.

El Capítulo VI, Discusión y Conclusión, se analizan y discuten los resultados obtenidos, así como las limitaciones y sugerencias dentro de esta investigación

*CAPÍTULO UNO*  
*MATERNIDAD*

## **CAPÍTULO UNO**

### **MATERNIDAD**

La función de la maternidad es un proceso que se encuentra implícito dentro de la vivencia femenina que lleva a cabo cada mujer, independientemente de si ésta se plantea el hecho de ejercer dicha función en cualquiera de sus áreas.

La maternidad es acompañada de cambios y consecuencias importantes dentro de tres aspectos básicos en la vida de todo ser humano como lo son; lo biológico, lo social y el psicológico. Estos jugarán un papel definitivo y constante dentro de la personalidad femenina la cual, según sea el caso de cada mujer ayudarán al buen o mal desempeño del ejercicio de la maternidad.

Asimismo no se puede olvidar un aspecto importante como lo es la psique femenina, la cual iniciará un permanente proceso de adaptación que efectuará a lo largo de toda su vida cada mujer.

Para Martínez (1998) la maternidad se asocia a menudo al deber enfrentar situaciones desagradables ya que como afirma Ussher (1991) la decisión de ser madre lleva a cabo cambios importantes de circunstancias y estilo de vida incluyendo interrelaciones de importancia y cambios en el estatus ocupacional.

Cuando llega el momento de ejercer la maternidad esta hará brotar ciertos aspectos de la personalidad de aquella mujer que ejercerá este nuevo y permanente aspecto de su vida. Lo anterior se verá íntimamente ligado con su propia historia de vida y con la nueva interrelación que llevará a cabo con su hijo.

La madre realizará una función que iniciará con cada uno de sus hijos, desde el momento de la concepción hasta después de la crianza, ya que dependerá de ella dar todo el torrente de información proveniente del medio hacia el bebé y en la forma en que lo haga, éste último logrará una adaptación óptima o desfavorable hacia su función como individuo.

Según Bowlby (1972, citado en Martínez, 1998) habrá madres cuyo caudal natural de afecto, protección y posesividad hacia su hijo, las capacite emocionalmente para asumir el papel auxiliar del yo del niño otras en cambio necesitarán ayuda. Agrega que cuando las dificultades de la personalidad de la madre o sus carencias no son excesivas bastará con esclarecer los requisitos que pueda presentar el yo en desarrollo del infante.

Es por lo anterior que la calidad de cuidado y amor maternal procurada hacia el niño son de suma importancia, sin embargo, hay un aspecto que se remite hacia la madre y el cual es de aspecto diverso.

La maternidad según Molinsky (citado en Salvatierra, 1989) puede plantear tres realidades evidentes que se perciben de modo distinto en cada mujer:

- o La aparición de un nuevo ser, un tercero en la relación hasta entonces diádica, entre hombre –mujer.
- o Un cambio en el papel social
- o Un cambio continuo en la identidad individual de cada mujer.

Dichos cambios pueden aparecer acompañados de dificultades, preocupaciones y situaciones que muchas mujeres no habían llegado a considerar debido a las expectativas que suelen crearse en torno a la maternidad.

Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas en la mujer. Por un lado existe un profundo "deseo de un hijo" con la íntima convicción de que "debe cumplirse" ya que es el objetivo cumbre de cada mujer. Por otro lado, ese deseo se acompaña de un conflicto, centrado alrededor de la aceptación o rechazo de dicho evento. (Molinsky, citado en Salvatierra, 1989).

Es común que frente a la maternidad las mujeres enfrenten una marcada ambivalencia; pues se teme los efectos o las consecuencias. Por lo que se pueden llegar a presentar situaciones de ansiedad, determinada en buena medida por demandas de tipo social o individual. (Salvatierra, 1989)

La mujer al convertirse en madre tiene que cumplir varios objetivos como es el crecer y madurar al llevar a cabo su función materna, lográndolo a través de la aceptación y adaptación al papel materno y el establecimiento de una eficaz unión con su hijo.

### **1.1 Definición de maternidad**

Por ser la maternidad un campo de estudio de suma importancia y pleno de interés han sido numerosos los autores que se han dado a la tarea de definirla (Badinter 1981, Deutsch 1960, Burin 1987, Chodorow 1984)

Los orígenes etimológicos de la palabra maternidad provienen del latín:

*Mater*: materno, maternal

*Idad*: (sufijo del latín *tatem*) que significa bondad

*Bondad*: cualidad de lo que es bueno

De lo que resultaría que su significado es "la bondad de ser madre" (Cabañas y Fregoso, 1995).

Helen Deutsch (1960) teórica psicoanalista definió la maternidad como "la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo, dicha relación



se inicia desde la concepción, y se extiende con los posteriores procesos fisiológicos de la preñez, nacimiento, alimentación y crianza en general "

Badinter (1980) considera que la "maternidad es solo un sentimiento humano y como tal es incierto, frágil e imperfecto"

Chodorow (1984) llegó a definir la maternidad de la siguiente manera "el ejercicio de la maternidad, intenta explicar porque las mujeres se viven como madres, planteando que ellas desarrollan una estructura de personalidad distinta por la manera diferencial en las que fueron tratadas".

Christine Everingham (1997) argumenta la definición de maternidad de la siguiente forma "Puesto que la crianza tiene fuertes vínculos para atar los sentimientos y los cuerpos de las mujeres con sus hijos e hijas, queda excluida de la esfera de las mediaciones humanas, de la libre voluntad y situada en el campo opuesto, el de la pura naturaleza. Aquí es considerada como actividad atemporal e inalterable, guiada por leyes naturales y asociada con los atributos naturales de las mujeres"

Burin (1987, citado por Cabañas y Fragoso, 1995) conceptualiza a la maternidad como: "el otro trabajo invisible " y que es el que realiza el aparato psíquico de la persona que realiza la labor de maternaje y que consiste en una serie de prestaciones yóicas diversas, puestas en juego con carácter de necesidad y en forma permanente. Tales prestaciones yóicas con las que realiza el yo materno para lograr que el infante humano devenga en sujeto psíquico.

De acuerdo con las anteriores definiciones se concluye que la maternidad es un proceso multicausal que cuenta con importantes consecuencias en el campo de lo individual, enfocándose desde los cambios que fomentará en todo individuo en el ámbito personal, hasta lo social. En este último caso haciendo referencia al papel que desempeña la madre dentro de la familia y las derivaciones que se tengan a través del ejercicio de su función.

## 1.2 Aspectos Sociales

El ajuste a la maternidad constituye uno de los grandes retos y problemas de los adultos. La madre ha de ajustarse a aspectos de tipo económico y social. Que intervendrán directamente en la actitud de ella hacia el maternaje, la protección y la crianza del niño.

El desarrollo de la maternidad por lo tanto ocurrirá dentro de un ámbito cultural que impone marcadas exigencias.

El ser madre es un proceso que dentro de aspectos psicosociales tendrán que interactuar los esfuerzos psicológicos de la madre y las demandas del medio social, por lo que la sociedad esperará determinados comportamientos. Tales expectativas de conducta, variables según cada cultura, constituyen exigencias que deben afrontarse mediante un trabajo interno de aceptación primera y de cumplimiento con éxito después.

En cada cultura existen creencias en torno a la conducta apropiada de la maternidad. Las mujeres que lleven a cabo la maternidad tendrán que adaptarse a dichas creencias las cuales condicionan sus expectativas y su conducta (Salvatierra, 1989)

Dichas creencias en sociedades primitivas nos pueden llegar aparecer irracionales o absurdas.

Por mencionar algunos ejemplos; las mujeres de las Islas Marquesas, estudiadas por Kardiner cuentan con una equidad social y sexual al lado de los hombres; sin embargo, tienen que reprimir todo instinto maternal, ya que meses después de dar a luz tienen que ceder a su hijo a un varón, trayendo como consecuencia prácticas como el aborto, uso de anticonceptivos y rechazo de la maternidad.

Otro caso es el que se daba en Francia antes del siglo XVIII, en donde la maternidad no tenía ningún papel fundamental dentro de lo social y lo familiar y los padres podían incluso matar a sus hijos sin que se les juzgase de forma alguna.

En nuestra sociedad el peso que se le da al papel de la maternidad es muy fuerte, dando con ello incluso otro estatus a aquellas mujeres que son madres.

En México la importancia de la función maternal dentro de las relaciones parentales que se dan internamente en la estructura del núcleo familiar son muy destacadas debido a la tarea que desempeña la mujer.

Desde el México antiguo la maternidad de ningún modo era atribuida a la gracia femenina sino todo lo contrario a la presencia de la principal deidad, Quetzalcoatl. Y por lo tanto todo el desarrollo de la maternidad se encontraba envuelto en diferentes rituales. La mujer embarazada no podía de ningún modo vanagloriarse de esta nueva etapa de su vida pues tenía que agradecer a fuerzas sobrenaturales la dicha de su embarazo.

Asimismo en una cultura tan tradicional como la nuestra las características de la mujer en torno a la maternidad siguen siendo extremadamente similares de las que se tienen en la actualidad. El historiador Francisco Clavijero (citado en AIN, 1979) describe las características que debería reunir una buena madre resumiéndolas de la siguiente manera:

*“La propiedad de la madre es tener hijos y darles leche; la madre virtuosa es vigilante, ligera y veladora, solícita y congojosa; cría a sus hijos, tiene continuo cuidado de ellos, tiene vigilancia en que no les falte nada, regálalos es como esclava de todos los de su casa, congojase por la necesidad de cada uno de ninguna cosa necesaria en la casa se descuida, es guardadora, es laboriosa y es trabajadora”:*

En el presente la población mexicana maneja conceptos muy similares hacia la figura materna.

En los estudios de Díaz-Guerrero (1993) los mexicanos ven a la madre ante todo como una fuente de amor y comprensión. Acentúan la relación de la madre con los hijos, más que con el esposo.

Esto sugiere que sus fuertes referencias al amor y a la comprensión se basan predominantemente, en lazos afectivos entre ella y los hijos. Se destaca el rol de ayuda, protección y sacrificio por parte de la madre. Díaz –Guerrero (1994) describe como sus principales características de personalidad, a la bondad y la ternura y dice que se asocia a la madre comúnmente con la vida.

Por otro lado en la cultura mexicana la madre es una figura mayor, más poderosa, más activa y más significativa (Díaz Guerrero, 1993)

Cabe destacar que el papel maternal socialmente hablando se remite hacia la familia pues su función dentro de ésta es de carácter importante.

La mayor parte de la educación es a través de la familia y esta se basa en la madre como su principal agente para transmitir todo el bagaje cultural y las normas sociales.

Así la madre, el primer maestro del niño; es la primera persona que imprime en él la pauta cultural porque la educación de los niños refleja las exigencias higiénicas, e ideológicas de una civilización (Benedek, citado por Fromm, 1986)

La imagen y los patrones que recaen en la mujer mexicana al ejercer la maternidad suelen ser de cuidado, cariño, afecto acompañados con fuertes sentimientos de amor y dedicación.

Las características de los roles dominante reflejan la idea de interdependencia, los ideales de unidad y cohesión familiar por encima de lo individual (Díaz Guerrero, 1993).

Esto nos habla de la gran función social que tienen las madres de familia, en este punto la relación que tiene mayor énfasis dentro de este agente socializador es la que se lleva a cabo entre los hijos y la madre. La madre –biológica o no- a través de la relación diádica con el niño será la encargada de transmitir todas aquellas pautas que establezcan un adecuado proceso de socialización.

Según Díaz Guerrero (1993) los mexicanos también acentúan el rol de ayuda, protección y sacrificio de la madre. Ella es la fuente de salud física y mental.

Finalmente en el ámbito social es importante destacar la trascendencia de la relación madre-hijo ya que como señala Benedek (citada por Fromm, 1986) que el valor radica en la comprensión de los procesos psicodinámicos que motivan la maduración emocional del individuo y la especificidad de las relaciones interpersonales en nuestra cultura, no solo dentro de la familia sino también de generación en generación.

### **1.3 Aspectos Clínicos**

Como se dijo al inicio del presente capítulo, en la mujer que esta por desempeñar la maternidad, se presentaran diferentes aspectos que cambiaran definitivamente su vida.

En la realización de la maternidad se ve involucrado un fuerte trabajo de adaptación hacia las nuevas funciones que están por desempeñarse, en otros la resolución de conflictos o bien el surgimiento de dificultades que pueden llegar a entorpecer el desarrollo positivo de dicha tarea.

A partir de lo anterior se puede llegar a inferir que el grado de adaptación es un indicador de la salud psíquica que predomina en cada mujer.

Salvatierra (1989) considera dos aspectos fundamentales para el desempeño óptimo de la maternidad, los cuales son; la confianza de la mujer en la propia capacidad como madre, es decir, el dominar ciertas dudas y la asimilación de que puede llegar hacer bien las cosas.

Por otro lado la adaptación madre-hijo, que tendrá que ser una interacción afectuosa gratificante para ambas partes.

Pero entorno a la maternidad son muchos los aspectos que definen diversas situaciones las cuales determinaran posteriormente actitudes o comportamientos de la madre hacia el niño.

Por mencionar algunos ejemplos, se encuentra el estrés producido por la transición a la maternidad, el nacimiento del hijo y los cuidados que implica éste.

Helene Deutsch (1960) refiere que como cuidados maternos se tienen presentes dos ideas:

- a) Una cualidad definida de carácter que imprime la totalidad de la personalidad de la mujer
  
- b) Aquellos fenómenos afectivos que parecen estar relacionados con la impotencia del niño y la necesidad de cuidarlo.

Por un lado se tiene la personalidad femenina sujeta a constantes cambios y procesos que se relacionan con la historia de la mujer, la capacidad para visualizarse como madre y de proporcionar cuidados a su hijo. Además de las representaciones que la mujer haga en relación con su identidad femenina y por último su estructura de personalidad.

En siguiente lugar los acontecimientos afectivos y la ligazón afectiva dada entre la madre y el niño. De lo anterior se puede resumir algunos puntos que devienen en fenómenos importantes como la aceptación del papel maternal desde lo cognitivo o afectivo, la aceptación del hijo, individuación del niño, asignándole como postuló Caplan (citado por Salavatierra, 1989), una "identidad basada en la realidad" y por último una reactividad hacia el niño, es decir, la capacidad para responder a sus "señales" de forma adecuada con un contacto físico afectuoso, con la palabra o la risa, estimulándolo cariñosamente (Shereshesky y Yarrow, 1973, citados por Salavatierra, 1989).

### 1.3.1 El Desarrollo Psicosexual de la Niña

Dentro del extenso campo de la Psicología, el Psicoanálisis es una de las disciplinas que ha hecho aportaciones más significativas al estudio de la mente del individuo, de la personalidad y de la psicopatología individual.

El estudio principal de la teoría psicoanalítica es el individuo y los principales procesos psíquicos que se elaboren de manera inconsciente cuando éste lleva a cabo alguna interacción.

Freud logró una adecuada fundamentación de su teoría al centrar el Psicoanálisis entorno a la sexualidad del ser humano y dándole como base una teoría de los instintos (Langer, 1964)

Asimismo el Psicoanálisis contiene un conjunto de conceptos que es primordial para la comprensión de las mujeres, de los hombres y de la sexualidad, es una teoría de la sexualidad en la sociedad humana y, lo más importante es que ofrece un descripción de los mecanismos por los cuales los sexos son divididos y de cómo los niños con impulsos bisexuales son transformados con una identidad femenina o masculina (Rubin, 1986 citado por Cabañas y Fregoso, 1995).

Debido a la riqueza de aportaciones hechas por la teoría psicoanalítica al estudio de la personalidad a partir de esta se puede entender que pasa en el desarrollo de la mujer, en que forma lleva a cabo su feminidad y las posibles vías o consecuencias que recaen en el deseo de ser madre.

Con respecto a lo anterior para Allport, G. (1970), nunca la sexualidad parece desempeñar el mismo papel en dos personalidades, sus atracciones, sus significaciones y la conducta asociada a ella; se encuentran entre los fenómenos más individuales de toda la vida mental, pese a sus aspectos biológicamente

uniformes, en su organización psicológica tiene características en extremos personales.

Helen Deutsch (1960) considera que en la mujer difícilmente se puede separar su vida sexual de la maternidad; de todos modos; su existencia psíquica es una trama formada por innumerables hilos que se dirigen a las tareas de la reproducción y a las relaciones con el hijo.

Con respecto a esto cabe destacar la importancia del desarrollo psicosexual en la niña para poder comprender como vivió dicho momento de su vida y las consecuencias que tiene dentro de feminidad y las derivaciones que se tendrán en torno al deseo de ser madre.

Los estudios sobre la sexualidad femenina dentro del psicoanálisis freudiano se llevaron acabo en los inicios del siglo pasado, pues incluso el mismo Freud admitió que el estudio de la Psicología sexual femenina se tomaba difícil y lleno de misterio. El proceso que transforma a la niña en mujer aborda dos grandes periodos, jalonados a su vez por varias fases importantes (Badinter, 1981).

Para entender el desarrollo sexual de la niña hay que mirar hacia el primer objeto de amor que para ella al igual que el niño fue la madre. En el complejo de Edipo llevado un curso normal se concluye que el niño terminará fijado del progenitor del sexo opuesto, mientras que el sentimiento que resulta con el progenitor del mismo sexo es de adversidad.

Sigmund Freud (1931), propone que las niñas básicamente enfrentan el mismo proceso en el desarrollo psíquico que el varón; hasta llegada la fase fálica y por lo tanto el complejo de Edipo, pero ante todo cabe destacar que lo anterior remite al complejo de castración, el cual comparte dos momentos tanto para el niño como para la niña, sin embargo, en ésta última se vivencia definitivamente de forma completamente distinta.



La diferencia con el varón radica en que éste tiene una sola zona rectora y la mujer dos; la vagina de carácter femenino y el clítoris el cual se presenta como un análogo del pene.

El desarrollo de la sexualidad femenina se encuentra dirigido al cambio en la zona genital ordinariamente rectora, el clítoris por una nueva, la vagina, lo que complica el desarrollo de la sexualidad femenina (Freud, S, 1931).

La forma en que se vivencia la castración tanto en el niño como en la niña es de manera inconsciente y es determinante para establecer la función dentro de la identidad sexual.

Tanto para el niño como para la niña existe la ficción infantil en la cual no existen diferencias anatómicas entre los genitales femeninos y masculinos, es decir, para ambos hay una universalidad del pene. La niña ignora la existencia de la vagina y es preponderante desde su punto de vista el clítoris como miembro análogo al pene.

La niña al igual que el niño percibe la universalidad del pene; creyendo que ambos padres poseen un pene (clítoris) por lo tanto todos aquellos que le rodean; también esta percepción es en base a su clítoris que es el miembro equivalente al pene. El segundo termino de gran importancia es el papel que juega la madre, en todo este asunto, pues para la niña esta será muy importante ya que todo su amor se centra sólo en ella, de esta forma cuando la niña percibe su falta corporal sobrevendrá una separación basada en el odio hacia la madre. El momento de separación es vivido con una fuerte carga de angustia, pues es la segunda ocasión en que la niña se separa de su madre, el primer momento de separación fue el destete, o la privación del seno materno, el segundo es el inicio del complejo de Edipo.

Según Freud la mujer no se consuela jamás de semejante separación y por consiguiente llevará en sí la huella del resentimiento por haber sido dejada en la insatisfacción (Nasio, 1988).

De acuerdo con Nasio (1988) podemos esquematizar este acontecimiento en la sexualidad femenina de la siguiente forma:

- o *Primer tiempo: todo el mundo tiene un pene (el clítoris es un pene)*

La niña ignora la diferencia entre los sexos y la existencia de su propio órgano sexual, es decir, la vagina.

- o *Segundo tiempo el clítoris es demasiado pequeño para ser un pene: "Yo fui castrada"*

Es el momento en que la niña descubre visualmente la región genital masculina. La visión del pene la obliga a admitir, de modo definitivo, que ella no posee el verdadero órgano peniano. Ante la visión del pene, la niña reconoce al instante que ella fue castrada -la castración ya fue realizada: "yo fui castrada ". Es llegado este punto cuando la niña experimenta el deseo de poseer lo que vio y de lo cual ella fue castrada.

- o *Tercer tiempo: la madre también esta castrada; resurgimiento del odio hacia la madre.*

Cuando la niña reconoce su castración en el sentido de que su clítoris es más pequeño que el pene, solo se trata todavía, de un "infortunio individual"; pero poco a poco toma conciencia de que las otras mujeres -y entre ellas su propia madre- padecen igual desventaja. La madre es depreciada por la niña por haber podido transmitirle los atributos fálicos y más adelante, por no haber podido enseñarle a valorar su cuerpo de mujer.

Por lo tanto el descubrimiento de la castración de la madre conduce a la niña a separarse de ésta una segunda vez y a elegir de ahí en más al padre como objeto de amor.

Finalmente la niña tomará tres tipos de resolución para poder dar inicio al complejo de Edipo que dará lugar a un destino dentro de su feminidad. Al comparar la dimensión de su clítoris con el pene del varón, renuncia a perseguir su deseo fálico y anula cualquier tipo de sexualidad dentro de su vida. La segunda será una obstinación ante el hecho de una masculinización *"la esperanza de tener alguna vez un pene persiste hasta épocas increíblemente tardías"* (Freud S., 1931). La última de estas resoluciones será el cambio de objeto, que a su vez puede tomar tres diferentes salidas, que se resumen de la siguiente manera: el abandono de la madre para recurrir al padre y dar inicio al complejo de Edipo, el cambio de la zona erógena el clítoris transfiere su lugar a la vagina y por último el cambio del deseo del pene por el de tener un hijo, *en esta última solución la mujer encontrara satisfacción ilimitada en su función de madre no en la de mujer* (S. Freud, 1933, citado por Ferro, 1991).

Langer (1964) puntualiza tres momentos decisivos en el desarrollo de la niña para cumplir un desarrollo normal; Debe abandonar a su madre por su padre, desplazar la mayor parte de la excitabilidad del clítoris hacia la vagina y transformar sus fines sexuales activos en pasivos.

En conclusión la resolución de la parte Edípica y las motivaciones de desarrollo originadas en el desarrollo de la parte psicosexual de la personalidad, determinaran en gran parte aquellas representaciones hechas por el niño en torno a sus progenitores y las experiencias que se tengan con estos influirán sobremanera con la propia experiencia futura como progenitor (Anthony, 1983).

Otra autora que hizo investigaciones sobre el desarrollo psicosexual infantil fue M. Klein, quien al estudiar, las vivencias psicológicas del primer año de vida y basándose en el concepto de la fantasía inconsciente, logró demostrar como, tanto la niña como el varón, reaccionan prácticamente desde el principio de su vida de acuerdo con su sexo y su biología (Langer, 1964).

Dice M. Klein que desde su punto de vista, el miedo más profundo es el de que el interior de su cuerpo sea robado y destruido (Paz, 1984)

Klein (citado en Paz, 1984) hace énfasis en que al entrar en la fase edípica desde su primer año de vida, la niña entra también en rivalidad con su madre, siente sensaciones genitales y quisiera recibir el pene del padre dentro de ella, quisiera también que la llenara de niños como a mamá, que para la niña siempre está llena de leche de hijos y de penes que papá le da. Pero como la niña en sus fantasías, por la envidia y sus celos tempranos atacó el interior del cuerpo de mamá y le robó sus valiosos contenidos, teme que ésta le ataque a su vez, o que la haya atacado y que haya destruido dentro de ella a los niños que gracias a papá hubiera podido tener. El temor de la niña de ser vaciada y destruida internamente en castigo por sus malos pensamientos y acciones corresponde al temor de castración en el varón.

Frente al temor del ataque de la mamá, o al miedo de estar ya destruida internamente, surge en la niña el deseo defensivo de ser varón, piensa que si tuviera un pene podría cerciorarse de estar intacta físicamente podría reparar a mamá devolviéndoles lo robado aplacándola por lo menos (Langer, 1985, citada en Martínez, 1998).

Siguiendo el esquema evolutivo, cuando la menstruación haga su aparición en la niña, se pondrán de manifiesto nuevas ansiedades. Según Melanie Klein, la sangre puede llegar a poner de manifiesto temores arcaicos cuyo contenido puede ser el temor a confirmar la destrucción interna de su cuerpo y por consiguiente la imposibilidad de tener hijos.

Pero también se puede tener otra resolución, la cual al establecer bien su posición femenina, la niña experimenta la menarquía y la menstruación posteriormente como la posibilidad de ejercer a futuro un rol maternal y por consiguiente asegurándose en su feminidad.

Por consiguiente la comprensión de aquellas fantasías que pudieran originarse en la niña es algo importante pues en base a esta se pueden comprender distintas organizaciones neuróticas que pudiera presentar la mujer. Las fantasías en torno a la menstruación y a la reactivación de todas las ansiedades consiguientes y la relación con los hijos, termina en poner en contacto a la mujer con "su interior" (Paz, 1984).

#### **1.4 El rol maternal y su importancia en el Desarrollo Psíquico.**

Ya se ha mencionado algunos aspectos que intervienen en el desarrollo de la mujer y que por lo tanto intervendrán en el ejercicio de la maternidad, éstos se han basado en la teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual. Sin embargo también se mencionó que la conducta maternal tiene que ver con una cualidad de personalidad en la mujer que solo implica una parte dentro de esta temática. Y por otro lado los fenómenos afectivos que se darán de la interacción madre-hijo.

En principio son importantes las características que presente la madre, o el "responsable primario" encargado del cuidado del niño, ya que la relación que se establezca con ésta será muy particular a la que se llegue a establecer con otras personas.

Con la madre el niño establecerá una ligazón especial quedando unidos de por vida. "la madre es el "primer objeto" amado, el primer afecto para los niños, independientemente del sexo que tenga, la criatura" (Friday, 1994).

Una pregunta muy común dentro del análisis de la maternidad es el porque las mujeres ejercen el rol maternal. Según Heffner (1980) la maternidad es cometido de la mujer precisamente a que ella es la mujer y por lo tanto presenta características femeninas.

Asimismo Deutsch (1960), menciona como características de la mujer femenina la existencia de un juego armónico entre tendencias de tipo narcisista y la disposición masoquista para sacrificarse y amar dolorosamente; por otro lado en la mujer maternal, el deseo narcisista de ser amada, tan típico de la mujer femenina sufrirá una transformación y se transfiere desde el yo hasta el hijo o sustituto.

Al hablar de sentimientos narcisistas se hace referencia a que la madre se considera absoluta y exclusivamente indispensable para su hijo exigiendo particulares atenciones hacia su hijo. En lo referente a los componentes masoquistas Deutsch menciona que se manifiestan en la disposición de la madre para el autosacrificio pero sin exigir pago alguno por parte del objeto, es decir, el niño, así como para someterse al dolor en beneficio de sus descendientes y para renunciar a la independencia de niño cuando llegue el momento de la individuación.

En último lugar, también la actividad protectora de la madre es acompañada de elementos agresivos que existen en la crianza y en una actitud defensiva de esta hacia el niño.

No obstante el que estas características se reúnan dentro de la psique femenina de cada mujer no aseguran de ninguna forma que se establezca una buena función maternal o que la relación madre-hijo sea lo más óptima posible. La mujer que esta apunto de convertirse en madre tendrá que estar consciente de que su hijo necesita de parte de ella un involucramiento de "tiempo completo".

No hay que olvidar que en esta nueva interacción que surgirá en la relación madre-hijo el intercambio es hacia dos polos: la madre y el niño.

Ferenczi (citado en Lorenzer, 1987) menciona que el acoplamiento en una relación reciproca satisfactoria no es un fenómeno de adaptación unilateral del niño sino que a su vez la madre hará una intensa adaptación a las exigencias de su hijo.

Conjuntamente la madre debe de aprender a reconocer las necesidades objetivas del bebé y responder a ellas sin aplazar mucho su satisfacción.

Este proceso de aprendizaje puede enriquecerse por la cualidad maternal, pero esencialmente es cuestión de aprender a reconocer el significado correcto de las demandas y acciones infantiles y destinar la respuesta adecuada (Everingham, 1997).

Igualmente cuando la madre comienza este proceso de aprendizaje la relación con su bebé hará que en ella se despierten recuerdos de la relación que ella tuvo con su propia madre.

El sentimiento de una madre por su bebé y la conducta hacia él también están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo aquellas que tuvo y puede estar teniendo aún con sus propios padres. (Bowlby, 1995).

Entonces es importante insistir, en que una actitud positiva por parte de la madre fortalece al yo en desarrollo del bebé, pero para que ésta sea capaz de proporcionar el amor y los cuidados que el bebé necesita, es necesario que a su vez haya introyectado la imagen de una madre buena, cariñosa, tolerante, racional, accesible con alta autoestima, en otras palabras psicológicamente madura (Martínez, 1998)

Anthony (1983) asevera que la actitud afectiva de la mujer hacia la maternidad, su conducta de cuidado materno y su cualidad maternal son otros tantos retoños de la identificación que ella, en su proceso de desarrollo estableció con su propia madre. Una cualidad maternal primaria es el resultado de una identificación positiva con la madre.

Lo anterior tiene su importancia en que si la madre gozó de una relación positiva con su propia progenitora se puede despertar en ella el deseo de dar y de

involucrarse con su hijo, de quien tiene mucho que aprender y también adaptarse a los constantes cambios provenientes de él.

Entendiendo que esta por comenzar una interrelación en donde ella se ajustara a él y a su vez el niño también aprenderá y tomara de ella su principal objeto primario.

El ser humano nace en un desamparo total, con un cúmulo de necesidades básicas que lo hacen estar a merced de la actitud de las personas y del ambiente que le rodea, esta dependencia que comprende atenciones y cuidados fundamentales así como ternura cercanía y amor, se prolonga por un periodo de tiempo largo.

El recién nacido es un ser por completo dependiente de la madre pues será ella la encargada de complacer o frustrar las exigencias que demande el bebé, es decir, el niño esta completamente sujeto a las atenciones e intereses y cuidados que pueda procurarle este objeto relacional primario que es la madre hasta que pueda desarrollarse lo suficiente y ser capaz de adaptarse y responder por sí solo a lo que el medio le plantee.

Para lograr una óptima maduración no solo basta que se cumplan las necesidades básicas que demanda el niño a su madre o "al responsable primario" encargado de su cuidado, sino que se comience por interactuar con una parentalidad segura.

En la crianza se establecen lazos afectivos muy fuertes entre la madre y el niño, dando como resultado una ligazón especial que hará que ambos queden unidos de por vida.

Para el niño la madre es la primer figura en quien puede confiar de quien espera sensibilidad, protección y seguridad.

Erikson plantea que el lactante se encuentra en el desgarrador dilema de confiar o desconfiar de las cosas y la gente que le rodean, el sentido de confianza se



desarrolla, si las necesidades del lactante son satisfechas sin demasiada frustración.

Durante la infancia el niño exige que reciba la satisfacción apropiada de sus necesidades básicas, en específico la de ser atendido (Dicaprio, 1995).

Como consecuencia la calidad del cuidado materno la ausencia de ansiedad, una constancia en la satisfacción –a las demandas del niño- hará que se desarrolle lo que Erikson denominó "confianza básica". Lo anterior no es posible si la madre no armoniza con las necesidades del niño:

*"Las madres infunden un sentido de confianza en sus hijos mediante la clase de sus cuidados la cual en su calidad combina la atención sensible de las necesidades individuales del bebé" (Erikson, 1968, citado por Dicaprio, 1995).*

En esta primer fase del desarrollo, la madre es la realidad externa con la que se enfrenta el niño. Ella actúa como la fuente de gratificación y otras como de frustración. En esta fase el bebé no asocia aún sus acciones a lo "bueno" o a lo "malo", pero sí a satisfacción o insatisfacción (Everingham, 1997).

Anna Freud (1985) asegura que de la relación que se establezca entre la pareja madre-hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y en qué medida, que el placer o el displacer sean las experiencias centrales de la vida, que a los fines de la gratificación, su atención pase paulatinamente de su cuerpo y persona incipiente hacia el objeto que provee sus necesidades y que al mismo tiempo es para él, el primer representante del mundo externo quedando el yo del infante como principal receptor de la calidad de los esfuerzos educativos que haga la madre.

En este punto A. Freud (1985) hace referencia a la función yoica en el niño, el cual se encuentra en una constante de cambios y su desarrollo es parte esencial en la vida futura para todo ser humano. Es el yo el que debe mediar entre las exigencias ambientales, las demandas del superyó y los implazables requerimientos de la

gratificación instintiva, lo que el yo del niño en su periodo de formación carece de capacidad para llevar a cabo.

Finalmente esta autora señala que el papel de la madre va mucho más allá de la misión de brindarle bienestar, satisfacer sus necesidades y ofrecerse como el primer objeto de sus tendencias emocionales. Su tarea debe rehacer también sobre el yo en desarrollo del hijo. Es la madre quien debe actuar como una coraza protectora contra la excitación indebida hasta que el niño erija su propia barrera contra los estímulos.

Es el manejo materno de los deseos del hijo y el equilibrio que ella establezca entre satisfacción, frustración y postergación lo que servirá de prototipo para el ulterior manejo de los instintos por parte del propio yo del niño.

Asimismo la primitiva relación del niño con la madre es la base de su capacidad para establecer los vínculos ulteriores y a la vez sirve de prototipo para éstos. Pero a pesar de lo importante que es, esa relación por sí sola no garantiza la futura salud mental. El vínculo madre-hijo está sujeto a numerosas alternativas.

A mediados del siglo pasado en el campo de estudio del desarrollo infantil se hicieron importantes aportaciones al estudio de la privación materna y las consecuencias que esta trae al desarrollo del infante. Autores como Bowlby y Rene Spitz se dieron a la tarea de investigar cuales eran las reacciones suscitadas en el infante después de un periodo prolongado de estar en contacto con su figura materna.

Para Bowlby las primeras etapas de la vida son una base para el establecimiento de los vínculos afectivos que perduraran a lo largo de la vida de todo individuo.

La figura materna que Bowlby propone es similar a la que plantea Anna Freud en cuanto a servir como un yo auxiliar para el niño. Bowlby (1950, citado en Dallal, 1997) considera a la madre no solo como una organizadora del psiquismo infantil,

sino como una estructura externa que funciona como un Yo y un Superyo auxiliares del infante mientras éste va adquiriendo la capacidad para la autorregulación en su aparato psíquico, y afirma *“para que el infante pueda crecer sano física y mentalmente requiere de una relación cálida, íntima y continuada con su madre –o sustituto- en donde ambos encuentran satisfacción y placer”*.

Entonces la necesidad que tiene el bebé de la presencia y atención de su madre son tan importantes como la satisfacción de sus necesidades básicas, por lo que, si la relación madre-hijo presenta algún tipo de interrupción contribuirán a un desarrollo distorsionado del niño. Para Bowlby en esta relación diádica se encuentra la base de la salud mental y el desarrollo del carácter.

El que una madre se encuentre dispuesta a brindar cuidados, esta íntimamente relacionado con la capacidad para establecer vínculos afectivos con otros individuos en específico con su propio hijo. Lo anterior se encuentra relacionado con el fenómeno del apego el cual designa las primeras etapas en el establecimiento de vínculos afectivos, de una relación emocional que se mantiene en la vida adulta y la vejez.

La presencia y atención que el niño requiere de la madre son de primordial importancia para poder establecer con ella un adecuado vínculo materno-filial; por lo que aquellos eventos que desorganicen esta relación primaria con la madre (separaciones, problemas en el vínculo y distorsiones en la calidad del mismo serían determinantes de un desarrollo distorsionado y de las dificultades en las relaciones interpersonales que más adelante se presenten (Lartigue, (citado en Dallal, 1997).

La conducta de apego se caracteriza por la búsqueda de proximidad con una figura de apego –generalmente, la madre- confiable cuya función desde el punto de vista evolutivo es la de proteger al infante de los diversos peligros. Al principio el infante dirige las señales con las cuales comunica una búsqueda de proximidad

a cualquier figura primaria que responda a su llanto, sujeto que lo estimula y lo engancha en el inicio de una interacción social.

Una vez apegado, el infante será capaz de utilizar a dicha figura como una base segura para, a partir de ella, llevar a cabo una exploración creciente del medio ambiente, y para regresar a ella con el fin de obtener un adecuado reaseguramiento. La sensibilidad de la madre para responder a las señales del infante deviene un factor determinante para el establecimiento de un apego seguro.

Los principales determinantes del curso que sigue el desarrollo de la conducta de apego en un individuo dado, y la forma en que dicho comportamiento se organiza, son las experiencias con sus figuras de apego durante los años de inmadurez y el patrón de los vínculos afectivos que un individuo específico va estableciendo en el curso de su vida dependen de la forma en que su conducta de apego se organizó durante la etapa de estructuración de su personalidad.

Así cuando por diversas circunstancias no es posible la continuidad en el proceso madre-hijo, la "privación materna" trae múltiples resultados en la experiencia infantil.

Según Bowlby (1985) afirma que la privación parcial produce ansiedad, una excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultado de estos últimos, sentimientos de culpa y depresión.

Entre los más destacados síntomas están una dificultad del niño para poder asumir ante un rostro humano o responder ante un muestra de cariño, hay una disminución del apetito, baja de peso a pesar de ser bien alimentado, alteraciones en el sueño y la falta de iniciativa.

Robertson (citado en Dallal, 1997) realizó estudios observacionales donde analizaba la conducta de niños que habían sido hospitalizados o asignados a guarderías por periodo breve de tiempo. Encontrando una serie de conductas por

parte del niño después de haber perdido contacto con su madre, la secuencia se puede dividir en tres etapas:

- a) **Protesta.** Esta conducta inicia enseguida o puede esperar un breve periodo y su duración va desde unas pocas horas hasta una semana o más. Se caracteriza por llanto frecuente, agita su cuna, da vueltas por su cama y sobre todo guarda ansiosamente toda visión o sonido que pueda dar señal de su progenitora. Finalmente no es capaz de aceptar ayuda de alguien como figura sustituta.
- b) **Desesperación.** Sigue existiendo la preocupación del infante por la ausencia de la madre, sin embargo se pierde toda esperanza de recobrar a la madre. El llanto continúa de forma ininterrumpida y monótona. Esta etapa es la de mayor inactividad del infante, mostrándose pasivo y retraído.
- c) **Desapego.** El niño comienza a tener interés por lo que le rodea, mostrando una "recuperación de la pérdida" de la figura materna. No hay más rechazo por las figuras que pudiesen ofrecer ayuda, aceptando los cuidados que se le brindan.

Sin embargo cuando la madre hace su aparición el niño reaccionará hacia ella de forma indiferente sin hacer esfuerzo alguno por acercarse a sus brazos. El niño ha perdido todo interés en ella.

Bowlby concluye señala que después de que el niño ha sufrido de un continuo de experiencias perturbadoras de este tipo, donde la pérdida de las figuras maternas es constante, llega el momento en que su capacidad para confiar, para entregarse afectivamente a otras personas se vera disminuida y le será difícil encariñarse con otras personas.

La importancia de una cálida relación entre la madre y su hijo es de fuertes dimensiones y las consecuencias que tiene en etapas posteriores en la vida de todo individuo no pueden ser desapercibidas.

De aquí que los eventos que perturbaran esta relación primaria con la madre serían determinantes de un desarrollo distorsionado y de las dificultades en las relaciones interpersonales que más tarde en la vida presentará el individuo que las haya sufrido.

Su relación con el ejercicio de la maternidad es amplia pues en caso de que una madre las haya sufrido no podrá vincularse adecuadamente con su hijo y establecer una buena interacción con él.

Otro aspecto dentro de la importancia del rol maternal dentro del desarrollo de todo infante es la reacción de la madre ante los acontecimientos específicos que indican madurez en la vida del niño, como lo es la separación de éste último dentro de la díada materno filial.

Si bien el niño pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad, estos deben separarse y disociarse cuando el desarrollo sigue los cauces de la normalidad (Winnicott, 1981), el niño deberá alcanzar una independencia mental con respecto a la madre, es decir, una diferenciación que le otorga una personalidad propia.

Winnicott (1981) afirma que es posible proveer un buen cuidado inicial pero no lograr completar el proceso debido a la incapacidad para permitir que llegue a su fin natural, con lo que la madre tiende a permanecer fusionada a la criatura y a demorar la separación. Es, en todo caso, difícil para una madre separarse de su criatura con la misma celeridad que ésta necesita de la madre.

Según M. Mahler (citada en Anthony, 1983) cuando se llega el momento de la separación dentro de la relación simbiótica, si bien no todas las madres muestran, sea un pronunciado empeoramiento, sea un significativo mejoramiento en el desempeño de sus funciones maternas, entre aquellas que sí los hacen, la "adaptación" o "ajuste" de su conducta a lo que parecen ser actos propios de la maduración en los dos primeros años de vida.

Por lo que la madre puede responder a uno de los aspectos evolutivos de su hijo como si representaran una pérdida de la dependencia simbiótica con el niño, como consecuencia puede resultar bastante penoso para algunas madres el proceso de separación individuación de su hijo.

De igual forma la "individuación", haciendo referencia a los avances intrapsíquicos que marcan en el niño el desarrollo de destrezas, estilos y características individuales, puede representar para la madre el disipar la integridad y unicidad de su unión simbiótica con el hijo, pese a todos los deseos por parte de esta de preservarlos.

La importancia que presenta el que una madre sea capaz de establecer una relación materno-filial, pues la mujer que ejerce la maternidad para poder establecer un vínculo sano con su hijo, necesita ser un individuo maduro, la cual posea una representación mental (emocional e ideacional), de sí misma nítida y correspondiente a la realidad; así como representaciones mentales de los otros que le rodean, correspondientes a la realidad implicando así una individualización e identidad sin defectos y una orientación emocional y cognoscitiva dada por el principio de realidad.

Por lo que si una madre no cuenta con un nivel de madurez adecuado la maduración que el niño pueda proporcionar a la madre y la oportunidad de encontrar una experiencia de verdadera vinculación dentro de la relación que tiene con éste, así como la base para identificación con él pueden impedirle el establecimiento de una adecuada relación o incluso pueden hacerla sentir que su relación con el niño es agobiante.

### **1.5 Inadecuaciones a la Maternidad.**

La maternidad y su desempeño que se enfoca en la crianza de los hijos siempre es una labor llena de exigencias, aún cuando en la mujer represente un ideal o bien una forma de realización dentro de su rol femenino. La maternidad requiere el desarrollo de ciertas habilidades, destrezas y virtudes que en algunos casos son difíciles de reunir en un individuo (A. Freud, 1985).

Agrega también que la madre tiene que consagrarse a las imposiciones de sus hijos sin resentirse y consagrarse a su tarea sin esperar beneficios inmediatos, a su vez tiene que salvaguardar de los peligros a su niño sin interferir demasiado con el amor por la aventura que el pequeño tenga y ejercer autoridad sin dañar el sentido de independencia que va desarrollándose en él.

Así que por lo que corresponde a la maternidad es un compromiso que debido a la magnitud de su importancia implica en la mujer un compromiso para toda la vida. La mujer debe de ser empática afectivamente con las relaciones que surjan del ser madre, y de las necesidades emotivas que tenga que cumplir o demandar. Aunque las fallas en la empatía hacia la maternidad nunca faltan.

Lo anterior nos remite a que la maternidad no siempre se vive como un hecho pleno de alegría y satisfacción, pues los procesos psicológicos y los cambios que llega a enfrentar la mujer antes, durante y después de emprender esta nueva faceta de su vida –donde se supone realizará su tarea de manera óptima por mujer- están acompañados de sensaciones de angustia, de temores constantes y de una fuerte ambivalencia por aquello que esta por venir y cambiar su vida para siempre.

Una vez que se esta dentro de este proceso, la mujer no puede dar marcha atrás y en ocasiones la madre se da cuenta que muchos aspectos de algo que anhelaba nos son lo que ella esperaba.



Muchas mujeres no encuentran una satisfacción emocional en la maternidad, y cada paso que dan dentro de este proceso lo viven como una contrariedad, sintiendo angustia, miedo y ansiedad. Algunas madres no son capaces de cumplir con un requisito indispensable dentro de la maternidad que es la capacidad de dar y de autosacrificarse por su hijo.

Según Benedek (1986, citado en Fromm) depende de la satisfacción emocional que aquélla encuentre en la maternidad, de su disposición a cuidarle y a amamantarlo, a satisfacer sus necesidades físicas y a envolverle en una agradable atmósfera de amor. La actitud de la madre determinará también si el niño, refugiado en la seguridad de su confianza en la madre, aprenderá de ésta fácilmente o, al contrario, si cada paso adelante significará la aparición de sentimientos de temor y hostilidades.

Un aspecto importante es la aparición de los hijos, cada uno se vivenciará de manera completamente diferente, haciendo una revivencia a nivel inconsciente de una parte específica de la personalidad de la madre y alterando la relación diádica entre madre- hijo.

Para muchas mamás los hijos representan una amenaza pues hacen grandes exigencias y viven el momento de satisfacer sus exigencias como una pérdida de las propias necesidades, trayendo como consecuencia que la madre experimente el sentimiento de estar perdiendo su individuación como persona. En ocasiones percibiendo de manera inconsciente al niño como un objeto abrumador que pone en riesgo su integridad como persona.

El tener un hijo implica para la madre el término de su unidad sola como mujer y el inicio de la relación madre-hijo. Por lo que la mujer sufre cambios en su identidad y en la concepción de sí misma.

Se trata de la pérdida de la identificación como persona autónoma y la asimilación de una nueva función como madre. Ussher (1991) menciona que la transición no

siempre es fácil, la mujer en la mayoría de los casos acepta el rol maternal, sin embargo, al mismo tiempo, experimenta una pérdida del yo, que deja a muchas mujeres confusas y deprimidas, que en muchos casos puede terminar en una crisis de identidad y la escisión de ésta.

Cohen (1966, citado en Salvatierra, 1989) presentó estudios de casos clínicos en donde expone indicadores de una incapacidad en la adaptación del papel maternal como podrían ser: rechazo al papel materno, no hay una afiliación emocional o afectiva con el feto y el fallo en percibir al niño como un individuo real.

La incapacidad que pudiese presentar la mujer para asumir su faceta de madre tiene origen en conflictos de orden inconsciente y trastornos de tipo neurótico.

Marie Langer (1951), lo expone de manera más clara: *la mujer que esta en conflicto con ella misma como tal, puede expresar, sin tener conciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos. Puede tener dificultades con sus hijos, puede sufrir distintos trastornos en su vida procreativa, puede, si el conflicto es demasiado grande, esquivar del todo la maternidad. De las tres manera expresa su rechazo de ser madre y por lo tanto pone de manifiesto un desacuerdo con su propio sexo y por lo tanto con su propia existencia.*

Nilson y Almgren (1970, citados en Salvatierra, 1989), realizaron estudios que arrojaron datos muy interesantes, en el estudio de la salud psíquica de la mujer y su relación con el ejercicio de la maternidad, concluyendo que se puede dividir en tres grupos la conducta de las mujeres:

1. Mujeres con conflictos superficiales, en las cuales solo se presentaran síntomas de tipo funcional
2. Disturbios psíquicos de la función sexual-reproductora, con inseguridad y ambivalencia hacia el papel femenino, mal ajuste sexual y experiencias traumáticas.

3. Profunda perturbación del papel de género, con rechazo de la maternidad y del hijo. Estas mujeres no tienen síntomas durante la gestación. Sólo la aparición del niño causa una reacción expresa con un disturbio de tipo mental.

Por último la maternidad y todos aquellos eventos que la rodean desde del plano social, lo individual, y todos los procesos psíquicos que se despiertan en la mujer, pueden generar diversos sentimientos, *que podrían amenazar a la mujer en el hundimiento total de su personalidad cuando adquiere conciencia de que no experimenta y disfruta los sentimientos normales de la maternidad.*

*CAPÍTULO DOS*  
*MADRE*  
*MALTRATADORA*

## CAPÍTULO DOS

### MADRE MALTRATADORA

La relación entre una madre y su hijo siempre esta llena de matices y de momentos únicos. En esta relación singular la mayor parte de las veces la madre tendrá que estar dispuesta a dar y recibir lo que su hijo le proporcione, por lo tanto hay un aprendizaje de ambas partes. Lo anterior es una de las bases para que pueda desarrollarse una buena comunicación de la madre con su hijo la cual se manifestará a través de una proximidad afectiva.

Pero para que se realice lo anterior, la madre debe estar dispuesta a llevar a cabo ese vínculo permanente con su hijo; lo que dependerá de intensos intercambios afectivos que brotarán de la díada y que se volverán en exceso personalizados para la madre; ya que las acciones que realice el niño producirán efectos en ésta de tanta relevancia como lo son los producidos por las acciones, maternas en el niño (Everingham, 1994).

Como consecuencia la interacción de comportamientos y actitudes entre una madre y su hijo es un fenómeno dinámico y cambiante; por lo tanto los sentimientos que se generan no pueden ser estáticos (Bolio, 1988).

Desde el momento en que una madre se enfrenta con la labor de criar a su hijo se establecerán ciertas expectativas en torno a la criatura las cuales pueden sufrir cambios en el momento en que se confronta la realidad; rompiendo el equilibrio que existe entre ambos.

La madre puede verse amenazada en su deseo de encontrar en la maternidad una forma de gozar, de experimentar en este proceso una continuación de su yo, un desarrollo pleno de su personalidad, revivir su pasado y sus esperanzas (Benedek, citado en Fromm, 1986).

Sin embargo la constante dinámica que vivencian las emociones de la madre puede hacer que ésta se confronte con ansiedades que puede tener reprimidas, inconscientes y que son producto de las propias experiencias que pudo haber tenido dentro de su crianza con sus propios padres y que no pudieron resolverse adecuadamente (Romano, en Loredó, 1994).

Asimismo otro factor importante es la ambivalencia que se muestra en todas las relaciones madre-hijo, y que será determinada de igual forma por la experiencia individual, sin embargo se debe tener en cuenta la trascendencia de poder manejar este aspecto, más directamente con la vivencia que se tuvo directamente con la propia madre. (Parker, en Hollway, 1997)

No obstante muchas madres ignoran o desconocen, los sentimientos que despiertan sus hijos en ellas sin poder manejarlos y encauzarlos para no caer en una dinámica abrumadora y obstaculizante tanto para el infante como para ella.

Cuando la madre no puede manejar los sentimientos ambivalentes y contradictorios que pudiese sentir hacia su hijo la relación entre ambos tomará otra dimensión en donde la agresión y la violencia pueden tomar su lugar como las principales formas de interacción entre ambos, generando entonces una situación que podría desembocar en un estado de destructividad constante que dejará huellas indelebles para ambas partes.

De tal forma que cuando el establecimiento de la agresión y la violencia son evidentes y constantes como formas de interrelación en esta díada, puede determinar patrones de conducta que originaran una forma violenta de actuar generando en la madre una manera errónea de conceptualizar y tratar a su hijo (Atriles de León, 1989, citado en SEP, 2001).

## 2.1 Agresión y Violencia

La violencia es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad y que puede generarse sin distinción alguna de culturas, clase social, edad y sexo.

El fenómeno de la violencia es multicausal, diferentes factores contribuyen para que este problema se reproduzca en la sociedad a nivel macrosocial (económico, político, histórico, social y culturales) y a nivel microsociales (familia y escuela), determinando así los patrones de conducta que propician una forma de actuar violenta (Atriles de León, 1989, citado en SEP, 2001).

De esta forma la violencia se puede originar y manifestar de muchas formas y acciones diferentes y asimismo ser fuente de diversos conflictos, desde lo social hasta lo personal.

La violencia es la manifestación de un fenómeno vincular multideterminado en el cual lo individual y lo social están interconectados. La disposición a la violencia es parte potencial del bagaje disposicional del ser humano, y a través de su efecto devastador en las víctimas, hace estragos en el tejido social.

El acto violento se encuentra directamente ligado a la agresión, cumpliendo con las tres características que se consideran definitorias: intencionalidad, direccionalidad y transitividad.

La violencia es agresión cuando esta se convierte en una acción de fuerza que pretende física, intencional y simbólicamente desconocer al otro como tal, en tanto diferente.

Así la agresión es un evento de diferentes matices, así como puede ser un evento observable y objetivo al criterio de muchas personas, también puede tener carácter de subjetiva pues se debe entender cuáles son los eventos y procesos que determinarán que una persona la lleve a cabo como forma predominante de interacción y por otro lado para ser el objetivo del daño.

La palabra clave para definir las agresiones, por tanto, la intención de dañar y es además la que la diferencia de otros tipos de violencia, en la que el motivo, puede ser, por ejemplo, la autoafirmación u obtener supremacía y que se define como la coerción física o psíquica ejercida sobre una persona para obligarla a hacer un determinado acto en contra de su voluntad.

La violencia es una forma de agresión maligna consistente en el uso intencional de la fuerza en contra de otro con el propósito de abusar, dominar, humillar, torturar, ultrajar. La violencia es una irrupción sobre el psiquismo con características de trauma psíquico. Éste último es una situación disruptiva de la trama subjetiva, en que cualquiera sea su origen, desemboca en una *inundación del yo*, el cual desorganizado, se vuelve incapaz de administrar dicha situación reactivando una primitiva vivencia de desvalimiento.

La vivencia traumática de la violencia depende del momento vital en que se produce, y de la resonancia que puede tener con la propia historia, que determinará el procesamiento que se pueda hacer frente a esa experiencia. La víctima lucha por preservar su identidad en circunstancias adversas.

Berkowitz (1996) define la agresión como una conducta tanto física como simbólica que se ejecuta con la intención de herir a alguien.

De igual manera la agresión tiene sus objetivos que pueden ser no hirientes como son el controlar e influir en la conducta de otras personas, la obtención de poder y dominio o dar cierta imagen hacia las personas con las que se convive. No obstante la agresión también puede perseguir el objetivo de dañar a otros; en esa dinámica el agresor sabe que su objetivo es el ocasionar un daño intencionado a su víctima y a su vez sabe que a ésta no le gusta lo que esta haciendo.

No se habla de violencia cuando solamente se utiliza la agresión en un ataque físico, también hay, cuando hay maltrato, que es como se le llama a y toda forma de coacción emocional sobre otro, sin que en muchas ocasiones haya maltrato físico.



Otro punto a observar son los sujetos que llevan a cabo en diferentes grados su agresión de manera consciente percatándose de cual es su finalidad; y a su vez hay personas que no se encuentran conscientes de su agresión sino que la llevan a cabo debido a impulsos que subyacen a la naturaleza de su personalidad, así como una intensa agitación emocional. Su atención se centra principalmente en lo que prefieren hacer en ese momento, su propósito agresivo, sin tener en cuenta recursos de acción alternativos ni posibles consecuencias negativas (Berkowitz, 1996)

Este mismo autor señala que algunas personas tienen una inclinación permanente a la violencia, dichas tendencias violentas pueden tener su origen debido a influencias muy diversas provenientes de la infancia en donde sus padres llevaron prácticas parentales poco adecuadas aunado a un fracaso en la realización de sus vidas, sin embargo, no se puede hablar de una causa excesiva de la agresión como tampoco existe una única vía para desarrollar un carácter violento. Aunado a lo anterior la persona que agrede puede percibir ciertas situaciones o eventos como particularmente provocadores, lo que podría incitar al sujeto a descargar una conducta violenta.

Renfrew (2001) refiere que básicamente todas las personas han resultado afectadas de alguna manera por la agresión ya sea que hayan sido blanco de ésta, que hayan participado en ella o que se hayan encargado de observarla y controlarla en otras personas.

Por lo general siempre se dirigirá la violencia del fuerte al más débil, en este caso un ejemplo muy claro son los niños, los cuales son considerados como vulnerables y sus derechos se llegan a quebrantar de manera fácil.

En el caso de los niños el ejercicio de la violencia se identifica con el maltrato infantil y tiene lugar sobre todo en el hogar, donde es el espacio más oculto y menos controlado donde se ejerce la violencia (Malher 1990, citado en Hajar-Medina, 1994).

## **2.2 Maltrato Infantil**

Hoy día a pesar de que la violencia hacia los niños ya no es una práctica socialmente valorada y a pesar de las acciones emprendidas en las últimas décadas para erradicarla, continúa subsistiendo y manifestando su capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias. Son diversas y a veces muy sutiles las distintas formas de la violencia que se cometen en contra de los niños de manera silenciosa en el hogar, la escuela y la calle. El maltrato infantil es un problema social y multicausal, es el abuso del infante por parte del adulto que lo tiene a su cuidado, aparece como una situación crítica en la familia o en la escuela; y en muchas ocasiones es silenciado, aceptado y justificado socialmente en nombre del amor, "de la educación", o "de la disciplina". (Sánchez citada en SEP, 2001)

El hablar sobre los orígenes del maltrato infantil es remontarse a los inicios de la humanidad, ya que un fenómeno como este ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad y por lo tanto también ha cambiado la forma en que se ha tomado en cuenta por parte de la sociedad.

### **2.2.1 Historia del Maltrato Infantil.**

La historia del maltrato infantil se encuentra implícita en la historia de la humanidad. Lloyd de Mause (1974) afirma que cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de cuidados procurados a los niños y más expuestos están éstos a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales.

Este mismo autor afirma que la historia de la infancia se puede dividir en seis momentos que se distribuyen desde la Edad Antigua hasta la Época Contemporánea; los cuales son infanticidio, abandono, ambivalencia, intrusión, socialización y ayuda.

Estas etapas siempre han ido acompañadas de las relaciones paterno filiales y los hechos característicos en relación con el maltrato infantil a través de diferentes momentos históricos (Casado, 1997).

Así en la época referente al infanticidio los padres presentaban en mayor medida impulsos filicidas tomando las consecuencias de sus actos como hechos cotidianos y aceptados; dentro de ésta práctica se solía dejar vivir al primogénito. Por ejemplificar algunos casos cuando un niño era considerado poco apegado a lo que se esperaba se le daba muerte. Muchos niños en esta época de la historia fueron arrojados en zanjas o ríos, sacrificado o incluso emparedados en muros o catacumbas con el fin de fortalecer los cimientos de los edificios.

En lo referente a la época del abandono, ésta abarca aproximadamente del siglo IV al XII D.C. ya para entonces se reconoce que los niños tienen alma, sin embargo el conducto de los padres hacia los hijos es mínimo y la forma de abandono más utilizada, es cuando el niño es cedido a una ama de crianza o nodriza. La mortalidad infantil era mucho más alta entre los niños confiados a amas de cría que entre los criados en el hogar (De Mause, 1974).

La ambivalencia abarca del siglo XIV al XVII, en donde comienza la existencia de un involucramiento afectivo por parte del niño en la vida de los padres los cuales tendrían que moldear al niño. Sin embargo la ambivalencia se presenta dentro de la relación padres e hijo.

Para el siglo XVIII la empatía es el modelo de relacionarse con el niño; la madre se encarga del amamantamiento de su criatura. Los textos de Rousseau son tomados como modelo a seguir. Esta etapa se denomina intrusión; y es en este periodo donde nace la pediatría que ayuda en el cuidado por parte de los padres hacia el niño y reduce la mortalidad infantil.

La socialización comprende del siglo XIX a primera mitad del siglo XX; dentro de ésta el niño debe ser guiado por el buen camino, enseñarle a adaptarse. En este periodo surgen la mayor parte de modelos psicológicos.

Finalmente la etapa de ayuda que comprende la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad, según De Mause (1974), los padres deben invertir una gran cantidad de tiempo, energía y diálogo, especialmente durante los primeros seis años de vida. Debe surgir la empatía entre padres e hijos y se crean las declaraciones sobre los derechos del niño.

Sin embargo la concepción de maltrato infantil surgió a mediados del siglo pasado cuando Henry Kempe y su equipo de trabajo, en el año de 1962, describen de manera firme el "síndrome del niño apaleado"; generando así la reacción de diferentes sectores y en la mayor parte de los países, y se comienza a investigar de manera más minuciosa lo relacionado con el momento.

### **2.2.2 Maltrato infantil en México.**

El maltrato infantil en México, data desde la época antigua y en su mayor parte siempre ha estado asociado de manera estrecha con la educación que se tiene de los niños.

Así en el México antiguo la educación de los niños era relacionada directamente con eventos religiosos, según Boturini (AIN, México, 1979) ante el nacimiento de un niño, se realizaba una ceremonia en donde éste era pasado cuatro veces por el fuego con el fin de que las deidades le protegieran.

En culturas como la maya después de cuatro o cinco días de nacido el niño era colocado boca abajo y se le ataba una tabla en la parte posterior de la cabeza y otra en la frente de modo que la cabeza se extendía hacia arriba; también los ojos

bizcos por las madres de manera deliberada suspendiendo del pelo de sus niños alguna objeto pequeño que oscilando entre las cejas producía el efecto deseado. El obispo Landa afirma que los adolescentes también eran tratados con gran dureza, pues se dice que las madres mayas escaldaban la cara de los muchos con trapos ardientes para evitar que en ella creciera pelo (AIN, México, 1979). Durante el siglo XIX José Joaquín Fernández de Lizardi retrata las prácticas dirigidas a los niños en su obra "El Periquillo Sarniento", más en específico de las costumbres que se daban en el seno del hogar, describiéndolas de la siguiente manera:

*"No solo consiguieron mis padres hacerme un mal genio con su abandono, sino también enfermizo con su cuidado. Mis nodrizas comenzaron a debilitar mi salud, hacerme resabido, soberbio e impertinente con sus desarreglos y descuidos, y mis padres la acabaron de destruir con su prolijo y mal entendido cuidado y cariño, porque luego que me quitaron el pecho, que no costo poco trabajo, se trato de criarme demasiado regalón y delicado, pero siempre ni dirección ni tino".*

*"Otra candidez tuvo la pobrecita de mi madre, y fue llenarme la fantasía de cocos, viejos y macacos, con cuyos nombres me intimidaba cuando estaba enojada y yo no quería callar, dormir o cosa semejante".*

Acerca de los hábitos alimenticios e higiénicos opina:

*"Se debe acostumbrar a los niños a comer lo menos posible que puedan, y alimentos de fácil digestión proporcionados a la tierna elasticidad de sus estómagos; deben familiarizarlos con el aire y demás intemperies, hacerlos levantar a una hora regular, andar descalzos, con la cabeza sin pañuelos ni forros, ... y por fin bañarlos hacerlos bañar con agua fría ." (citado en AIN, México, 1979).*

Ya en la época contemporánea en el año de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la declaración de los Derechos del Niño (Arraubarrena, 1994).

En 1989 a través de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, se promulgan 41 derechos básicos que son ratificados por México hasta el año de 1990 (Bárceñas, citado por Hajar-Medina, 1994).

Actualmente en México existen organismos encargados de combatir de manera preventiva el maltrato infantil y de atender a niñas y niños víctimas de dicha problemática. Sin embargo a pesar de las leyes que se han generado para evitar y castigar la violencia hacia el menor y el reciente énfasis que se ha hecho sobre la sociedad civil, esto no ha sido suficiente.

Los datos más actuales advierten que de las denuncias que se hacen por maltrato infantil solo la cuarta parte llega al Ministerio público. Datos proporcionados por organismos como el INEGI permiten suponer que la menor el 38% de los menores de 19 años vive en hogares donde hay violencia emocional, intimidación, golpes y ataques sexuales.

En el VI Taller de procuradores de la Defensa del Menor y la Familia llevado a cabo el 1 de julio del 2001 en México D.F. se concluyó que entre los principales formas de maltrato infantil se encontraban los golpes, negligencia maltrato emocional, abuso sexual y explotación comercial. También se señaló que tan solo en el primer trimestre del año 2001, 5.761 menores de edad habían recibido algún tipo de maltrato por parte de sus progenitores y/o personas encargadas del desarrollo del niño.

En este taller Puebla, fue el estado con más denuncias por maltrato físico a menores con 268, seguido por el D.F. con 247 y Coahuila con 207. En lo referente al maltrato emocional Guanajuato fue el mayor estado con denuncias contando con 293, Puebla con 291 y el D.F. con 231. (DIF-PREMAN, 2001).

Los datos más actuales provienen del informe del INEGI en el año 2002 en donde se reporta que en el área metropolitana de la Ciudad de México 528.426 niños de 0 a 4 años viven en hogares donde se da uno o varios tipos de maltrato;

de éstos, 518.711 infantes viven entre violencia emocional; 77,544 de intimidación, 83, 982 física y 10, 027 sexual.

De los 2.9 millones de niños del grupo de edad de 6 a 14 años, el 40.6% reside en hogares con algún tipo de maltrato. Del total de niños de 6 a 14 años que conviven con familia violenta, 98% sufre maltrato emocional; 17% de intimidación, 13.3% física y 2% sexual.

Asimismo según el DIF, en el 2000 recibió 27,735 denuncias de maltrato infantil, comprobó 16,993 casos, y atendió a 28, 559 menores, de los cuales en el 31% se encontró maltrato físico, en 27.7% omisión de cuidados y en un 24.3% abuso emocional principalmente.

Dichas cifras son únicamente de casos que han sido denunciadas, pues se especula que el número de niñas y niños agredidos es mucho mayor. (DIF-PREMAN, 2001)

### **2.3 Tipologías de Maltrato Infantil**

Darse a la difícil tarea de establecer una definición del maltrato infantil que abarque todos aquellos aspectos causales, médicos, psicológicos, socioculturales así como las consecuencias –por mencionar algunos- de lo que es dañar a un menor, es una ardua labor que dentro del campo de estudio de este tema aún no se logra del todo.

Tradicionalmente los investigadores han centrado el fenómeno en una categoría concretamente a nivel físico y luego la han generalizado hacia los otros tipos de maltrato infantil (Martínez Roig, 1993).

Son muchas y muy variadas las definiciones que se han dado al maltrato infantil (Fontana,1979, Kempe,1979, Martínez-Roig, 1993, Arraubarrena, 1994); se

considera que la que más se acerca a las expectativas de esta investigación es la dada por Martínez Roig quién define al maltrato infantil como: *“las lesiones físicas psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencias de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño”*.

Las principales tipologías de maltrato infantil que se han clasificado son:

- Maltrato físico
- Negligencia
- Maltrato emocional
- Abuso sexual.

#### **-Maltrato físico**

El maltrato físico es la forma más común de maltrato que existe en los niños, Martínez-Roig (1993) lo define como cualquier acto intencional producido por parte de los responsables del cuidado del niño que implique o pudieran llevar consigo lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos, enfermedades o intoxicaciones).

Existen diversos indicadores (Arraubarrena, 1994) que son considerados para el diagnóstico de maltrato infantil:

- Magulladuras o moretones que aparecen en diversas partes del cuerpo; y suelen estar en diferentes fases de cicatrización, fruto de repetidas agresiones y en ocasiones llegando a presentar la forma del objeto con el cual fue agredido el menor.
- Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos puros.



- Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos
- Torceduras o dislocaciones
- Heridas, raspaduras en la boca, labios y encías y ojos o en la parte posterior de brazos, piernas y torso.
- Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
- Cortes o pinchazos
- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

Kempe y Helfer en 1968 (citado por Martínez y de Paúl, 1993) afirmaban que para que la situación de maltrato físico tuviera un lugar dentro de la dinámica familiar era necesario la presencia de 3 elementos: *“un niño que sea percibido como inapropiado, una persona con potencial para maltratar y unas situaciones que precipiten la conducta agresiva de maltrato”*. Por ejemplo, puede que la situación económica sea muy desfavorable, que el menor sea producto de un embarazo no deseado, con malformaciones corporales, daños neurológico o bien que el propio progenitor cuente con antecedentes de maltrato infantil.

Una forma de explicar el maltrato físico es en base a la transmisión intergeneracional, la cual afirma que aquellos padres que sufrieron maltrato cuando niños presentan una predisposición a que en la relación con los propios hijos se repita este tipo de interacción. Aunque no siempre un padre que fue maltratado en la infancia repite el mismo patrón de conducta con sus hijos.

En muchas ocasiones los padres llegan a tener un bajo control de impulsos, aunado a demasiadas situaciones estresantes y una baja tolerancia a la frustración por lo que no presentan un adecuado manejo si se les llegará a presentar una problemática por parte del medio. Muchos padres perciben las conductas de sus hijos como especialmente erróneas y provocativas; y en algunos casos exigen del niño conductas no acordes a su edad. Lo anterior puede

considerarse como otra causa de maltrato físico sobre todo cuando el menor no cubre las expectativas que los padres demandan y que están más allá de las propias capacidades.

#### -Negligencia

El maltrato por negligencia ocurre en su mayoría dentro del seno familiar y se considera una forma pasiva de maltrato hacia el niño.

Tomando la definición de Santamaría (1993) el maltrato por negligencia *“es la omisión de cuidados y supervisión esenciales para la vida del niño sin la presencia de agresión física asimismo la negligencia es el fracaso en la realización de las responsabilidades o deberes”*

Cuando se habla de maltrato por negligencia es muy usual que se haga referencia a todas aquellas necesidades del niño que no son bien atendidas. Entre los principales indicadores se encuentran (Arrubarrena, 1994):

- Alimentación: no se proporciona la alimentación adecuada
- Higiene: el niño esta constantemente sucio
- Cuidados médicos: cuidados físicos o necesidades médicas no atendidas
- Supervisión: un niño que pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto
- Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.
- Área educativa: inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

Dentro del maltrato por negligencia el estudio del comportamiento paterno resulta interesante. Los padres negligentes no tienen redes de apoyo social fuertes y afianzadas; estos no tienen una buena capacidad para poder llevar a cabo el rol de parentalidad que les corresponde.

Polansky (citado por Martínez-Roig, 1993) encontró en sus primeros estudios que las madres negligentes son mujeres que se "encuentran objetivamente aisladas y subjetivamente solas".

En la problemática de la negligencia infantil se habla del "síndrome de apatía" (Arraubarrena, 1994) que se traduce en la falta de motivación para satisfacer las necesidades de la familia, para proporcionar supervisión de los niños, en la ausencia de cuidados médicos, etc".

Para poder considerar maltrato por negligencia es importante revisar la cronicidad con que dichos eventos ocurren, pues en muchos casos esta problemática tiene consecuencias muy graves. Lamentablemente existen pocos estudios con respecto a esta tipología de maltrato infantil.

#### **-Maltrato y abuso emocional**

El maltrato o abandono emocional acompaña la mayoría de las veces a las otras tipologías de maltrato infantil.

Presenta dos subtipos: (Martínez, 1993):

La forma activa: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar

La forma pasiva: considerada como conductas derivadas de la omisión (privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad, indiferencia)

Las formas más frecuentes de maltrato y abandono emocional (Garbarino citado por Arraubarrena, 1994)

- Rechazo. En general, implica conductas que comunican o constituyen abandono. Hasta los dos años de se expresaría en el rechazo a la formación de una relación primaria y en el rechazo a las iniciativas espontáneas del niño y a sus iniciativas primarias de apego. De los dos a los cuatro años, se expresaría a través de la exclusión activa del niño, de las actividades familiares. En la edad escolar, el maltrato emocional se

encontraría en la inducción constante en el niño de una valoración negativa de sí mismo.

- **Aterrorizar.** Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro que intentan crear en él un miedo intenso. Hasta los dos años se podría producir, por ejemplo, con la ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y los nuevos estímulos. Hasta los cuatro años, se expresaría con la utilización de gestos y palabras exagerados que tratan de intimidar, amenazar y castigar al niño. Durante la edad escolar, se manifestaría en la exigencia de repuesta a demandas contradictorias, en la crítica constante, en el cambio frecuente de roles de padres a hijos, etc.
- **Aislamiento.** Se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales. Hasta los dos años, se expresaría en la negación de la posibilidad de interactuar con otros padres u otros adultos. Hasta los cuatro años, se traduciría en un enseñanza activa de la evitación de cualquier contacto social, En la edad escolar, se centraría en cualquier intento activo de que el niño no pueda tener relaciones normales con sus compañeros.
- **Ignorar.** Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad del padre / madre para el niño. Se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del mismo. Tales conductas del niño serán diferentes en función de su estado evolutivo. (Garbarino citado por Arrubarrena, 1994)

-Abuso sexual.

Kempe (1979) define el abuso sexual como la implicación de niños y adolescentes dependientes, e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares.

Este tipo de abuso infantil es acompañado de maltrato emocional y maltrato físico en la mayor parte de los casos. Asimismo fluctúa desde el exhibicionismo hasta la penetración genital o anal, actividad que realizan por la fuerza.

Según Arraubarrena (1994) el abuso sexual se divide en las siguientes categorías:

- Incesto: si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino.
- Violación: Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior
- Vejación sexual: Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas
- Abuso sexual sin contacto físico: se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la auto masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

En el maltrato infantil los principales agresores suelen ser los padres biológicos y en específico la madre. En México el 38% de los menores de 19 años vive en hogares donde hay violencia emocional, intimidación, golpes, y ataques sexuales. El DIF durante el año 2002 recibió 21, 973 denuncias por maltrato infantil, de las cuales se comprobaron 12, 708, aunque solo 3,178 fueron motivo de investigación judicial, **en éstas la mayor parte de los ataques fueron llevados a cabo por la madre.** (González. La Jornada, 2003)

## 2.4 Madres Maltratadoras

*Medea, el personaje de una de las más grandes tragedias griegas de Eurípides, es una mujer de intensas pasiones cuyo anhelo de venganza y desquite la convierten en un emblema de la violencia femenina. Medea se casa con Jasón y tienen dos hijos en común. Años después de estar juntos Jasón la traiciona con una mujer más joven y decide abandonarla. Así que Medea atemorizada y decidida a perjudicar a Jasón, toma a sus hijos para sentir "su suave piel...el agradable olor de su infancia" y admite que lo que pretende hacer es un error, sin embargo su ira es más fuerte que su razón; y los apuñala, con el objetivo de obtener una ilusión momentánea de poder y satisfacción. Pero el precio que paga Medea es su pérdida de humanidad; sus actos la sitúan más allá de toda posible redención. (Devane y Valentis, 1997)*

Asimismo en el mito edípico, Freud omitió la primera parte de éste, la cual narra la conspiración de los padres de Edipo para eliminarlo a fin de evitar la profecía del oráculo; es el acto de abandonarlo en la mañana para que muera y así evitar la predicción lo hace que se pongan en movimiento los sucesos que luego llevarán al cumplimiento de la profecía (Bloch, 1985).

Desafortunadamente, se acostumbra a pensar que este tipo de actos crueles de padres a hijos se dan únicamente dentro de las clásicas tragedias griegas.

Todavía hoy en día, para muchos sectores de la población, la entidad del maltrato infantil a cargo de los padres constituye una situación de carácter único y anómalo en donde las circunstancias que lo originan son poco frecuentes y que se deben en muchos casos a mentes enfermas.

Algunos padres en su intento de resolver los problemas que presentan con sus hijos, utilizan prácticas de parentalidad incompetentes en la medida en que no son capaces de resolver sus conflictos con el niño de forma breve, educativa y no

violenta, no dando respuestas adaptadas a la edad o a las necesidades del niño (Pons. Salvador. Dolz, Cerezo, 1998).

La relación de crianza entre padres e hijos la mayoría de las veces se lleva a cabo por parte de las madres y es en ella en quien recae dicha tarea. Cabe hacerse la pregunta de porque en ocasiones la relación paternofilia de las madres con su hijo llega a sufrir el surgimiento de obstáculos que desencadenan un conflicto evidente entre ambas partes.

En muchas ocasiones la madre puede ser proveedora de las necesidades más básicas para su hijo, pero independientemente de esto la empatía de ella hacia el infante puede verse seriamente disminuida.

Con el nacimiento de su hijo una madre debe involucrarse en diferentes procesos con su niño; los cuales en muchas pueden generarle ansiedades, o angustia en determinadas etapas de la relación con su hijo.

Como consecuencia la madre tendrá que hacer un ajuste ante cada nuevo cambio que surja dentro del vínculo que tiene con su hijo.

Sin embargo no siempre se logra dicho ajuste, ni mucho menos una buena adaptación y la madre puede percibir las demandas y necesidades como verdaderos peligros que atentan contra su propia integridad psíquica, *recurriendo así a medidas defensivas en las cuales la madre prefiere conservarse segura, tropezando entonces el desarrollo de su hijo, privándole de amor maternal. Su incapacidad para criarlo es para ella un trauma y se aleja de toda relación con el hijo, considerándole como un enemigo y sus necesidades como agresiones.* (Deutsch, 1960).

Cada aproximación entre el niño y su madre produce un acortamiento de la distancia psíquica provocando una nueva ansiedad (De Mause, 1974).

Si la madre no permite un acercamiento con su hijo se vera muy obstaculizado el que el niño y ella desarrollen una óptima comunicación y empatía por lo tanto el

niño puede reaccionar de manera inesperada ante los deseos maternos ya sea conscientes o inconscientes.

Asimismo ante la falta de identificación con su hijo la madre puede relacionarse con éste último sin lograr una adecuada identificación, reaccionando ante la mayor parte de eventos con sentimientos de ira y agresividad con el fin de autoafirmarse.

Finalmente es muy probable que la relación madre-hijo desemboque en maltrato infantil, sin embargo, el hecho de que una madre devenga en madre maltratadora subyace a diferentes a situaciones que pueden estar relacionadas con su historia de vida, la cual puede a su vez contener múltiples eventos que no haya podido resolver.

#### **2.4.1 Características de la Madre Maltratadora**

En un principio se considero que las madres que maltratan a sus hijos presentaban rasgos patológicos de personalidad, los cuales eran la causa de su problemática, sin embargo se ha demostrado que solo el 10% de estas madres presenta un diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico específico.

No obstante hay aspectos que resultan relevantes cuanto se habla de las madres maltratadoras como el funcionamiento psicológico o la dificultad para la adquisición de recursos que llevan a desempeñar el rol de madre sin ser estos patológicos.

Sin embargo todas las madres tienen potencialidad para maltratar o abusar de los hijos en algún momento de su vida por lo que se deben revisar tres aspectos importantes que son indicadores de riesgo para que la violencia ocurra y son (Marcovich, 1981):



- a) Control de impulsos
- b) Grado de frustración
- c) La capacidad de afrontar y resolver los problemas

Sin embargo no solamente en estos tres rubros se resume la problemática a la que enfrenta una madre maltratadora.

Las madres que maltratan suelen tener características muy definidas en cuanto a la relación que presentan con sus hijos y que están relacionadas directamente con propias peculiaridades psicológicas.

Las madres maltratadoras suelen tener dificultades para controlar sus impulsos, mostrando marcados conflictos emocionales, con una baja autoestima y una escasa capacidad de empatía, así como la presencia de cuadros depresivos. (Canton, 2002).

Estas madres provienen de hogares en donde a su vez fueron víctimas de maltrato durante la infancia o bien de un evidente rechazo por parte de alguno de los progenitores y que de igual manera pueden estar o haber sufrido un conflicto con la dinámica que presenta con sus propios progenitores.

Asimismo estas madres suelen realizar más atribuciones internas y estables sobre la conducta negativa de sus niños y más atribuciones externas e inestables acerca de sus conductas positivas. (Bradley, y Peters citado en Canton, 2002). Aunado a lo anterior las expectativas que tienen de sus hijos suelen ser muy negativas en cuanto a la conducta y rendimiento del niño.

Las madres maltratadoras suelen considerar el castigo físico como un método positivo dentro de la crianza de sus hijos. En un estudio llevado a cabo con madres mexicanas, los resultados arrojaron datos interesantes en donde las madres tenían la creencia de que el castigo físico era un método positivo dentro de la educación de los hijos, manifestando incluso su derecho y voluntad de

corregir a sus hijos utilizando el castigo físico, dentro de la educación del niño. (Corral, Frías, Verdugo, 1995).

Asimismo suelen percibir las conductas de los niños como dirigidas e intencionadamente a molestarles y a enfadarles (Arraubarrena, 1994), por lo que la presencia de problemas de tipo perceptual hacia los actos de los otros puede estar meramente distorsionadas.

Sin embargo algo que se encubre dentro de esta conducta de maltrato hacia los hijos es el hecho de que las madres suelen tener dificultades de tipo comportamental, afectivo y cognitivo en donde los trabajos realizados con enfoque clínico demuestran que estas madres presentan una fuerte dificultad en el exceso de su impulsividad e inmadurez, poca tolerancia a la frustración resultando extremadamente sensibles y afectadas ante los comportamientos de sus hijos (Simon Rueda, 2000).

González (citado en Ramírez, 1996), opina que las madres maltratadoras cuentan con una baja autoestima, siendo inseguras de si mismas, suelen sentirse inadaptadas socialmente, incomprendidas por todos, que pasan fácilmente de la impulsividad a la depresión y que ante situaciones problemáticas actúan violentamente, sufren de dificultad para controlar su agresión, y tienen una personalidad rígida, dominante e impulsiva.

Simon Rueda (2000), considera que la situación del maltrato infantil aumentara los sentimientos de baja autoestima y conmiseración personal. La incapacidad de la madre para controlar la conducta del menor no hace otra cosa que aumentar estos sentimientos de desvalorización entrando así en un círculo vicioso.

Otro punto a destacar es que las madres maltratadoras presentan dificultad en el manejo de situaciones estresantes, situación que esta muy relacionada con un deficiente establecimiento de redes de apoyo social, en particular no se relacionan en términos generales con otras personas así como en aspectos más

específicos con familiares y amigos, Arraubarrena (1994) denomina a esta situación "insularidad", es decir, no logran establecer conexiones entre los diferentes contextos de relación y la propia familia, de la misma manera, la importancia del apoyo social radica en que la falta de ésta impide un adecuado "feedback" externo sobre la calidad de la propia conducta interactiva de la madre con los niños.

La presencia de infelicidad, el sentimiento de inadecuación y la baja autoestima están sumamente relacionados con el surgimiento de maltrato (Oates, Forrest, 1985) debido principalmente a las expectativas de ideal que la madre tiene de sí misma y la incongruencia con la que percibe la realidad de sus actos.

Casado (1997) propone que los padres maltratantes tienen dificultades que se expresan en un pobre desarrollo emocional, una baja autoestima, aislamiento emocional, soledad depresiva y un bajo control de la agresividad.

El siguiente cuadro ejemplifica de manera específica cada uno de los anteriores puntos:

| Pobre Desarrollo Emocional                         | Baja Autoestima   | Aislamiento Emocional   | Soledad Depresiva   | Bajo control de la Agresividad  |
|--|---|---|---|---|
| -Inmadurez<br>-Dependencia<br>-Necesidad de afecto | -Baja/pobre autoestima<br>- Escasa autoconfianza<br>-Sensación de incompetencia<br>-Hipersensible<br>-Pobre autoidentidad | -Aislado<br>-Rechaza relaciones humanas<br>-Falta de empatía<br>-Falta de afecto<br>-Desconfiado<br>-Dificultad matrimonial | -Deprimido<br>-Sentimientos depresivos crónicos<br>-Apático<br>-Triste, infeliz.<br>-Temor a estar solo | -Agresión pobremente controlada<br>-Hostil<br>-Agresividad y hostilidad perversiva<br>-Patrón de agresión y violencia |

Cuadro # 1. (Casado, 1997)

La génesis de la madre maltratadora tiene que ver a su vez con su familia de origen, en donde la relación de deterioro con otros miembros de ésta no solo se enfoca a ambos progenitores sino también a hermanos y suelen extender dichos patrones de relación a sus amistades. Se observa que la madre maltratadora no recibió una necesidad de logro de parte de su núcleo familiar, así como la poca tolerancia a su conducta infantil, la presencia de inestabilidad y desorganización de sus propios progenitores.

En otras palabras la madre maltratadora fue víctima de hostilidad parental que hicieron en ella un daño de manera definitiva.

Por lo tanto el sentimiento de una madre por su hijo y la manera como se lo exprese estarán profundamente influidos por sus experiencias personales durante la infancia y la relación que haya tenido con sus propios padres.

## **2.5 Psicodinámica del Maltrato Infantil**

Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en la transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a las relaciones en las que predomina el maltrato como una forma de interacción entre madre e hijo. Las experiencias infantiles de maltrato constituyen una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre la relación con la imagen de sí mismo como niño: (Crivillé citado en DePaúl, 1994).

Las experiencias infantiles de estas madres entorno a la relación con sus propios padres fueron de abandono y desapego, en especial de la propia madre, Kempe (1979) menciona que la madre maltratadora recibió conductas maltratantes desde épocas tempranas de su vida, a un nivel preverbal, captándolas únicamente a un nivel inconsciente, siendo estas casi imposibles de cambiar.

Las madres maltratadoras suelen describir a sus padres como personas rechazantes, crueles., duros e irrazonables en sus disciplinas, usando estos frecuentemente el castigo físico (Smith, citado en Santamaría, 1993).

Según Santamaría (1993) las experiencias adversas de la infancia hacen a la conducta materna más vulnerable a posteriores vivencias negativas y semejantes a las experimentadas en la infancia. Así una madre que cuando niña sufrió descuidos frecuentes y serias amenazas de ser abandonada o golpeada es más propensa a maltratar a sus hijos.

Las madres maltratadoras fueron expuestas a privaciones emocionales, abandono, negligencia, falta de protección, de amor y no haber sido deseadas por sus padres, expresando cuando adultas, hostilidad, desconfianza, falta de interés y entusiasmo y resentimiento trayendo como consecuencia una pobreza emocional que no le permite querer a otros, aunado a la desconfianza a los otros (Marcovich, 1981).

Los padres que aplican malos tratos son gentes solas, que anhelan ser amadas y comprendidas, pero los acosa un profundo sentido de inferioridad y su incapacidad de confiar en que alguien los amará o en que hallarán comprensión y asistencia reales. (Steele, citado en Anthony, 1983).

Si esta madre se siente devaluada, deprimida y carente de afecto, no podrá mostrarse como una madre afectuosa y constante que transmita a su hijo seguridad y valía; este tipo de madres presentan elementos depresivos y autodevaluatorios conforman los factores que desencadenan y potencializan la crisis de ira y violencia incontrolable (Romano, citada en Loredo, 1994).

El maltrato hacia los niños no se manifiesta de manera permanente, pues la madre suele intercalar la situación de agresión con momentos de atención y cariño. Steele, (citado en Anthony, 1983) describe el maltrato de los hijos como un tipo

particular de interacción progenitor-hijo que puede existir combinada con cualquier otro estado psicológico.

La madre puede acercarse a su hijo con la intención de satisfacerle, pero si previamente sufrió la amenaza del abandono, rechazo puede traer en consecuencia el que se sienta devaluada, deprimida y ansiosa, acercándose al niño con la intención de encontrar algo en este que la tranquilice. De acuerdo con Romano (en Loredó, 1994) si el niño responde con placidez y tranquilidad, la madre se sentirá satisfecha y complacida, querida e impotente, pero si por el contrario el hijo llora o presenta alguna conducta que sea desagradable para la madre, ella se sentirá más dolida y contrariada agudizando su sentimiento de insatisfacción, de incompreensión, desencadenando una sucesión de mecanismos mentales que la llevarán a descargar su coraje con el niño, por un lado interpretara la conducta del niño como una respuesta de crítica y desamor, análoga a la recibida por parte de sus padres, y asimismo observando al hijo como su propia parte infantil mala .

La demanda hecha al bebé para que satisfaga con su respuesta de conducta parental es en alto grado prematura y la expresa muy temprano en la vida de su hijo (Steele, citado en Anthony, 1983). Estas madres sufren de lo que se denomina Reacción de Inversión de rol en donde los hijos deben satisfacer las demandas y las necesidades de los padres, y es casi siempre el hecho de que el niño como padre no demuestre cariño lo que puede desencadenar una crisis de maltrato (De Mause, 1974).

Anna Freud (1985) estudio el porque una madre puede rechazar a su hijo, destacando que la relación de una madre con su hijo es muy exigente, sobre todo porque las demandas se sitúan de un lado (el del bebé), mientras que todas las obligaciones están del otro (el de la madre), por lo tanto es demasiado esperar que desempeñe bien su rol de madre cuando en muchas ocasiones no se decidió

llevarlo a cabo de manera voluntaria y de acuerdo a las características observadas es difícil que llegue a cumplir las demandas hechas por el niño.

Steele (citado en Anthony, 1983), afirma que el sentimiento común de ineptitud, de absoluto demérito e insignificancia en las madres que aplican malos tratos, se relaciona en especial con la madre, estas mujeres durante toda su vida anhelaron patéticamente el cuidado de una buena madre y acudieron a esta una y otra vez, y no hallándola, terminaron por caer en el desengaño, la desilusión una disminución de su autoestima y la ira. Los ataques de la madre son más perturbadores que los del padre.

Un aspecto que se ha resaltado es el hecho de que la madre cuando ejerce su rol de progenitor, puede remover, conflictos de su propia niñez de carácter inconsciente. Igualmente tendrá recuerdos sobre su propia experiencia infantil y sobre la vivencia que tuvo con sus propios padres, es decir, el trato que recibía de éstos.

Benedek (en Anthony, 1983) hace referencia sobre estos dos conjuntos de recuerdos que afloran cuando un adulto se convierte en progenitor:

- o Recuerdos sobre como era ser niño hasta donde uno pueda recordar
- o Un conjunto de recuerdos sobre el modo en como fue cuidado uno

Es decir, en estas madres todo lo que parece hostil y no maternal proviene de sus propias frustraciones infantiles, que las fijaron en una actitud inmadura e inadecuada a su papel de madres. Resumiendo: lo que lleva a la madre al rechazo de su hijo y frustrarlo, a menudo cruelmente, proviene tanto de su identificación inconsciente con la imagen de su propia "madre mala" como de los impulsos infantiles ligados con esta imagen. (Langer, 1964).

Cabe aclarar que no siempre todos los hijos de una familia son siempre objeto de maltrato, en ocasiones es a uno solo de entre todos, al que se le maltrata, encontrando la madre en éste una identificación muy singular

Las madres maltratadoras, de acuerdo con Steele (citado en Anthony, 1983), perciben en su hijo una reedición de su sí mismo malo proveniente de su propia infancia, en donde la imagen del niño es de insatisfacción, carencia de valor y una identificación arraigada con el padre críticón que considera insatisfactorios a los hijos.

La madre maltratadora presenta relaciones intrafamiliares que presentan trastornos parentales, el ataque a su hijo se relaciona en muchos casos con rivalidad no resuelta e intensa con sus hermanos, transfiriendo en el niño la imagen de la madre y en quien reviven el resentimiento que sintieron hacia sus hermanos o hermana.

Anthony y Kreitman (1983) afirman que las madres maltratadoras comparten factores dinámicos, estrechamente relacionados con el vínculo que establecen con sus hijos se encuentran:

1. **Un sentimiento general de no haber sido amada en la niñez**, por uno de los progenitores o por ambos. Entre otras muchas secuelas, ello produce un sentimiento de pobreza afectiva, que se considera hasta épocas actuales.
2. **La ausencia de modelos maternos de identificación**, a menudo provoca incapacidad para comprender el papel materno y más aún para cumplirlo. La relación con el hijo cobra el carácter de una lucha en que la madre consideraba toda desventura del hijo un reproche insufrible y al hijo mismo un perseguidor con quien es preciso combatir



3. **Una ambivalencia profunda hacia los progenitores** esta, en todos los casos, en la base de los ya señalados sentimientos de inseguridad afectiva y de insuficiencia en la función materna.
4. **Estar expuestas a la agresión interparental**, situación muy frecuente en la niñez de estas madres, parece haber determinado en ellas un acrecentado percatamiento de los componentes agresivos en todos los vínculos.
5. **Un sistema inadecuado de defensas yoicas** se manifiesta desde luego en todos los casos pero es interesante señalar que además de los diversos factores generales ya mencionados, que contribuyen a producir el antagonismo materno, el hijo a menudo se considera un amenaza específica para los mecanismo primarios de defensa de la estructura de personalidad de la madre

De aquí que es de vital importancia la historia que hay detrás de la madre ya que como afirma Steele, (citado por Anthony, 1983) suele ocurrir que ella lleve a cabo de manera óptima las tareas de asistencia para con el niño, *"pero le sale al cruce su necesidad, insatisfecha de toda la vida, la necesidad de ser amada y asistida y el convencimiento de su total ineptitud para realizar bien cualquier cosa que de ella se espere"*.

Finalmente las características de la madre maltratada contiene rasgos difícilmente modificables, las privaciones emocionales a las que fue sometida en falta de interés y entusiasmo, resentimiento y auto devaluación, y en una pobreza emocional, interfiere en sus relaciones íntimas para que estas se desarrollen de manera óptima (Ramírez, 1996). De esta manera la madre maltratadora se convierte en un adulto que posee deficiencias en una o varias capacidades relacionales, y esto conlleva una discapacidad singular en algún nivel de su

personalidad, que conduce a su vez a una ineficiencia en sus actividades particulares o sociales (Primerio, citado en Ramírez, 1996)

Ramírez, (1996) afirma que las madres maltratadoras a través de su propia historia de vida y su desempeño actual oscilan constantemente entre la ansiedad un comportamiento distorsionado que pueden desembocar en problemas de personalidad que coarten su desempeño como madre y su desarrollo en diferentes aspectos tanto sociales e individuales.

De esta manera se retoma el cuadro de Ramírez que fue realizado en base a las características que puede presentar un niño que sufrió maltrato físico y que posteriormente en su vida adulta manifiesta características de una neurosis. Enfocándolo hacia las madres, a manera de conocer las características individuales que pueden presentar las madres cuando niñas y a su vez en su faceta de adulto.

| <b>Características de la infancia de la madre maltratadora</b>  | <b>Características de la madre maltratadora en la adultez</b>                     |
|---|---|
| Angustia  | Angustia  |
| Sentimientos de temor   | Miedo   |
| Sentimientos de ansiedad  | Ansiedad constante  |
| Depresión   | Problemas de depresión  |
| Agresividad   | Problemas de agresividad  |
| Baja autoestima   | Baja autoestima   |
| Recelo frente a la sociedad                                     | Inadecuación en lo social   |
| Justifican su agresividad en que nadie los acepta               | Quejas de los demás por su carácter, lo que aumenta su creencia de ser rechazados |
| Falta de interés y entusiasmo                                   | Falta de interés y entusiasmo   |
| Autodevaluación, pobreza emocional                              | Actitud derrotista  |
| Reacciones de furia y/o tristeza                                | Actitud de furia  |
| Hipersensibilidad al rechazo                                    | Hipersensibles en sus relaciones personales, con tendencia a evadir a otros       |
| Pérdida de la seguridad   | Inseguridad ante un mundo que les parece hostil                                   |
| Sentimientos de desesperanza y miedo                            | Se sienten incapaces y angustiados  |
| Autoculpa por lo sucedido en la niñez y los fracasos en su vida | Descontento por lo que ha hecho en su vida  |
| Se aborrece a sí mismo  | Imagen distorsionada de sí y del mundo  |
| Problemas en la esfera afectiva                                 | Miedo a relacionarse con otras personas   |
| Problemas de adaptación social                                  | La ansiedad le impide adaptarse a la vida social                                  |
| Van fácilmente de la impulsividad a la depresión                | Carácter marcadamente voluble   |
| Inmadurez y dependencia   | Personalidad dependiente, inhibida y angustiada                                   |
| Desordenes fóbicos  | Ansiedad sin causa aparente ante situaciones y objetos                            |
| Enfermedades psicósomáticas                                     | Enfermedades psicósomáticas   |
| Problemas para recordar el abuso                                | Reacciones disociativas   |
| Reacciones de evitación   | Reacciones de huida   |

Cuadro # 2. (Ramírez, 1996)

*CAPÍTULO TRES*  
*RASGOS CLÍNICOS*  
*DE PERSONALIDAD*  
*EN LA MADRE*  
*MALTRATADORA*

**CAPÍTULO TRES**  
**RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD**  
**EN LA MADRE MALTRATADORA.**

La madre es un individuo único y como tal participa en la relación de crianza que tiene con su hijo ya equipada con una personalidad sumamente compleja, producto de muchos años de vida social y de su forma de pensar y sentir. (Cameron, 2000). Asimismo la personalidad de la madre fue construida sobre determinado tipo de cimientos, los cuales recibieron influencia del entorno en donde nació. Siendo miembro de una familia con características particulares, ha adquirido, valores, ideales, prejuicios y expectativas especiales, así como, cualidades emotivas propias de la relación familiar que tuvo con los propios padres y con el entorno familiar.

Debido a lo anterior la madre en su relación con su hijo aportará todos los antecedentes de sus propias experiencias de infancia, en especial aquellas que se refieren a la interacción y cuidado maternos que le fueron proporcionados.

En este punto hay que señalar que no siempre las madres presentan adecuadas relaciones maternas, las cuales en muchos casos resultan ser decepcionantes, por lo que en el momento de tener un bebé su cualidad maternal se ve muy mermada y los cuidados proporcionados al niño resultan inconvenientes.

Bowlby (1952, citado en Cameron, 2000) señala que los patrones de personalidad de una mujer son de primera importancia en el desarrollo de la personalidad de su hijo. Por lo que la relación que se establezca entre ambos se verá mediatizada en alguna forma por la individualidad característica de la madre.

Así puede ocurrir que la madre presente determinadas características que le lleven a vivenciar su maternidad como algo poco agradable en donde se ponga de manifiesto un rechazo hacia el niño. Aunque no siempre llega a suceder con todos

los hijos, ya que puede que haya uno en específico que le resulte inadmisibile en su inicio y posteriormente para la madre.

Como regla general, las actitudes maternas hostiles e indiferentes encuentran modos de expresión sutiles, oblicuos, disfrazados, defensivos y a menudo inconscientes en lo que hacen o dejan de hacer. Cabe destacar que con toda probabilidad otras personas captan mejor lo que la madre hostil, indiferente o rechazadora expresa, en lugar de lo que ella es en si misma (Cameron, 2000).

Este mismo autor puntualiza, que por consiguiente la manera en que la madre proporcione afecto al niño influirá determinantemente a su vez en las formas en que el niño brinde afecto en sus relaciones posteriores.

Allport, G. (citado en Cueli y Redil, 1972) esta de acuerdo con algunos de los conceptos de Freud con respecto a la atrofia de la personalidad, como resultado de circunstancias desagradables en la niñez.

De igual manera si la madre cuando niña fue objeto de rechazo de una temprana angustia, de agresión y recibió un marcado aislamiento afectivo su crecimiento emocional puede sufrir un estancamiento a nivel emocional. Trayendo como consecuencia un pobre crecimiento afectivo, el cual quedara fijado en su personalidad, teniendo una conducta, aspecto y mecanismos defensivos definidos pero impedidos por una fuerte hostilidad reprimida que pueden encontrar una salida en el momento en que se relaciona e interactúa con su hijo.

### **3.1 Personalidad y Rasgos**

El estudio de la personalidad ha tenido un fuerte acento dentro del campo de la Psicología. El concepto de personalidad proviene del griego *maskara* y desde entonces su uso se ha hecho extensivo no solo a la experiencia clínica, sino a parte del bagaje cultural de los individuos, así en el lenguaje coloquial utilizamos

errónea e indistintamente los conceptos de carácter, temperamento y personalidad.

Dice Allport, G. (1970) que *"personalidad es una de las palabras más abstractas de la lengua y como toda palabra abstracta que sufre un uso excesivo, la extensión de uso es muy amplia y su comprensión muy pobre. Casi ninguna palabra tiene un uso más versátil que personalidad"*

Allport, G. (1970) añade que la individualidad psicológica de un ser humano muestra una organización sorprendentemente compleja que comprende sus hábitos distintivos de pensamiento y expresión, sus actitudes, sus rasgos e intereses.

En el discurso de la Psicología científica y experimental, el término tiene diversos significados, pero en general suele utilizarse para indicar el modo particular en los que los diversos procesos y estructuras del funcionamiento psicológico se integran en un ser humano, de tal modo que configuran su *"modo de ser particular"*, es decir, de comportarse, expresarse, sentir, relacionarse con los demás, comprender el mundo, aprender, etc. (Gálvez, 2004)

Sin embargo la definición de personalidad aún no llega a lograr establecerse debido a la complejidad que la palabra representa y a los diversos campos en los que se ha abordado su estudio.

Este mismo autor se ha dado a la tarea de acercarse a la definición de personalidad aproximándose así en la siguiente oración: *La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos en su ambiente.*

Por lo tanto la personalidad se encuentra en constante cambio y desarrollo, su aspecto de individual lo podemos remitir a la experiencia en sí del individuo como proceso mental y que a su vez se ve directamente influenciada por los diferentes eventos del ambiente, que repercuten de manera única en el individuo.

La personalidad ayudara al individuo a adaptarse al medio y a enfrentar aquellos aspectos o problemas que el propio medo llegue a plantearle.

DiCaprio (1995) afirma que la personalidad en si misma es una fuente principal de angustia, es decir, la conducta presente no es simplemente el resultado de la situación inmediata, sino que esta influida por un estado mental simultaneo. Añade que se puede aceptar la suposición de que la personalidad es algo que se puede describir, que se desarrolla, cambia y tiene principios de funcionamiento que podemos conocer.

En las investigaciones realizadas sobre personalidad, se ha tomado de base al concepto de rasgo, como una constante de la personalidad puesto que puede describir a un individuo en un número determinado de escalas que representan cada una a un rasgo en específico (Catell 1965, citado en León, 1999)

El rasgo es una tendencia determinante o una predisposición para responder, es una fuerza real, una motivación o disposición del individuo que inicia y guía una manera particular de condición (León, 1999). Asimismo son duraderos y significantes y se adaptan a una descripción personal exacta.

Cabe aclarar que algo que se considera de importancia en la teoría de los rasgos es que no se debe confundir un rasgo con un hábito, y/o una actitud.

El hábito representa una respuesta que será flexible y que se presentara como consecuencia de la repetición de una situación que se encuentra vinculada a la experiencia. Y una actitud se encuentra bien definida y hará inferencia a un objeto y tendrá la aceptación o rechazo por dicho objeto.

*Allport, G. (1970) define a los rasgos como un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes de conductas expresiva y adaptativa. En la teoría de los rasgos la función que éstos desempeñan es dinámica pues gobiernan a la recepción del estímulo y a su vez*



dirigirán la respuesta, entonces se pueden tomar como características de la personalidad.

Para Morton Prince (citado en Allport, G. 1970) los rasgos son características obstinadamente persistentes duraderas de la personalidad, los cuales tienen una influencia determinante sobre la conducta, por lo tanto los rasgos pueden iniciar conductas.

El rasgo representa la forma de combinación o integración de dos o más hábitos. Un rasgo es común cuando es compartido por muchas personas, mientras que es individual cuando es peculiar a una persona. Los rasgos centrales son típicos y característicos de un individuo, asimismo son constantes y mantienen juntos una gran cantidad de respuestas aprendidas (Dicaprio, citado en León, 1999).

Los rasgos secundarios son aquellos que en determinadas situaciones y condiciones, hacen que un individuo se comporte de manera diferente a la habitual (Allport, 1970). Tienen el poder de motivar inhibir o seleccionar la conducta, son independientes, ayudan a explicar las consistencias de la personalidad, no son directamente observables pero sí deducibles, son difíciles de clasificar pueden ser estilísticos (informan la forma en que se concede una persona) o dinámicos (indica el por que se conducen así) guían e inician la conducta y poseen una fuerte connotación de contemporaneidad (Bischof, 1973, citado en León, 1999).

### **3.2 Psicopatología y Personalidad**

La psicopatología se refiere a la conducta que es menos que óptimamente apropiada para un determinado individuo en una etapa determinada de su vida, y en un medio ambiente determinado. Por lo que en el estudio Psicodinámico de la psicopatología se investigan los procesos mentales que conducen a la conducta mal adaptada. (MacKinnon, 1973). Para la persona que expresa una conducta anormal los pensamientos y sentimientos revisten importancia central y la

conducta manifiesta se comprende en términos de procesos psicológicos internos que se infieren a partir de las palabras y los actos de cada persona.

Según el DSM-IV a grandes rasgos, toda personalidad se organiza y manifiesta según ciertos patrones que se mantienen en el tiempo y que caracterizan nuestra forma de percibir, pensar e interpretar la realidad de uno mismo, de los otros, del entorno social y físico y de lo que acontece en nuestro interior y en el mundo (Amara, 1998). Aunado a lo anterior los patrones que sustentan la personalidad se revelan en nuestra conducta, en las relaciones que tenemos con los otros y en el control de impulsos.

Para hablar de psicopatología nos tendremos que remitir a los defectos que pueda presentar una persona en diferentes terrenos de su vida, así como los mecanismos de defensivos a los que recurre, las relaciones entre ellos y la integración conjunta de personalidad (MacKinnon, 1973).

De ahí que la psicopatología se constituya a partir del estudio de la relación humana en tanto se torna problemática (Paz, 1984).

Puede hablarse de trastorno de personalidad cuando hay evidencias de que los patrones no son maleables y adaptativos, no pueden ser influidos por el sujeto para evitar conflictos con los demás y consigo mismo. (Amara, 1998).

Los problemas aparecen de manera más clara cuando el patrón inmodificable afecta al sujeto en sus relaciones interpersonales y en su mundo subjetivo. El malestar causado por el trastorno lo padece el sujeto tanto en el área íntima, en la conciencia, como en su inevitable expresión social.

Cuando se cataloga a una personalidad trastornada o enferma, se dice que una parte o la totalidad de las estructuras y procesos de funcionamiento psicológico de un individuo no están bien integradas o presentan elementos defectuosos en algún aspecto (Belloch, 1998, citado en Gálvez, 2004). Estos elementos defectuosos

tienen consecuencias negativas ya que producen malestar y sufrimiento en las personas que lo poseen o en quienes conviven con ellas, limitando sus posibilidades de desarrollo y crecimiento como individuos, dificultan su relación con los demás y, en ocasiones, estas relaciones se tornan incluso imposibles al grado del aislamiento total o en situaciones más graves en consumación o intentos suicidas.

Las fallas en la personalidad suelen ser persistentes inadaptadas e inflexibles, que deterioran el funcionamiento social y ocupacional sin perder el contacto con la realidad. Cada persona desarrolla a lo largo de su vida alguna forma quizás distintiva de manejar sus problemas cotidianos y determinado estilo de establecer sus relaciones con la gente. (Davidson, 2000).

Por lo tanto una conducta que se torne anormal y que origine un funcionamiento deficiente puede resultar como un obstáculo dentro del funcionamiento psicológico y de la personalidad manifestándose a través de la conducta emocional y las relaciones que se tienen con los otros.

Algunas instancias psicodinámicas van casi siempre acompañadas de conductas patológicas, y en general, cualquier defensa que amenaza el contacto del individuo con la realidad, el mantenimiento de relaciones interpersonales o la posibilidad de afectos, de placer tiene probabilidades de ser patológica.

Los síntomas de una conducta patológica pueden se pueden expresar a través de patrones de conducta que pueden percibirse como ajenos al propio individuo y señalarse como una enfermedad de carácter neurótico.

Las neurosis se caracterizan por la consecuencia de un juicio de realidad, presencia de conciencia de la realidad, trastornos del comportamiento en el plano social que no son graves pero si son invalidantes para el sujeto y alteran la capacidad de comunicación (Pancheri, 1979, citado en Rivas 2000).

La ansiedad es la fuente común de todas las neurosis, las sensaciones y las manifestaciones de la ansiedad o los métodos para adaptarse a la misma (defensas) constituyen los síntomas de las neurosis. La forma de las neurosis está determinada en gran parte por el tipo de medida defensiva que el sujeto emplea para controlar su ansiedad.

**En el presente capítulo se hará una breve descripción de los rasgos característicos que se presentan en las neurosis depresiva, histérica, de angustia, obsesivo-compulsiva que corresponden a las escalas del MMPI-2 que miden los rasgos de Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía; los cuales fueron objeto de la presente investigación.**

**Cabe destacar que lo que se pretende hacer es una descripción de las características clínicas que presenta cada escala, pues en base a las particularidades de cada entidad patológica fue que se construyeron éstas. Asimismo se presentan los apartados con los nombres de las escalas básicas que se investigaron, con el objetivo de no llegar a una confusión con las escalas de contenido y suplementarias.**

### 3.3 DEPRESIÓN

El término depresión deriva su origen del latín “*de*” y “*premere*” (apretar, oprimir) y “*depremere*” (empujar hacia abajo), y con los significados vienen términos latinos de empujar hacia abajo, oprimir, rebajado o venido a menor (Jackson, 1986). Dicho padecimiento se encuentra en estudio desde tiempos hipocráticos y hasta la época actual su estudio es una entidad importante dentro del campo de la psicología.

Edith Jacobson (citada en Guarner, 1978) ha realizado una exposición de las condiciones para el desarrollo de la depresión; según esta autora la autoestima se logra en una atmósfera de amor y cuidado por parte de los padres. Si esto sucede

el desarrollo tiende a provocar un proceso de autodescubrimiento aunada a una prueba de realidad que facilitara el concepto de uno mismo y los objetos externos. De no ocurrir lo anterior los desengaños tempranos producirán al paciente deprimido. Lo anterior debido a expectativas y gratificaciones que no fueron logradas.

La depresión se encuentra ubicada dentro del cuadro de los trastornos afectivos y se describe como una perturbación del humor. Es una reacción a la pérdida o a la amenaza de pérdida, al fracaso o a la desaprobación o la desilusión. Los síntomas básicos son las subestimación de sí mismo, el desaliento y la búsqueda de apoyo (Cameron, 2000).

La persona que sufre depresión muestra poco interés por la gente, por las actividades a realizar, su iniciativa es poca y expresa su sentimiento de inferioridad y de desprecio por sí mismo. La depresión afectara el cuerpo, el estado de ánimo y el pensamiento en general y actividades tan simples como podrían ser el dormir y el comer trayendo como consecuencia una opinión de sí mismo muy baja y en general de la vida misma.

Cameron (2000) define las reacciones neurótico depresivas como desordenes del humor en los que se expresan, la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable.

Brawn (1978 citado en Bar Din, 1989) describe a la depresión con las siguientes características; la idea propia parece inútil, el mundo exterior sin significado y el futuro sin esperanzas, la tranquilidad requerida para autocontrolarse se rompe con facilidad ante cuestiones relativamente triviales, hay un sentimiento general y persistente de tristeza, se pierde el interés por personas muy queridas y estimulantes, aparece el desasosiego y la incapacidad para emprender cualquier

tarea o para decidir aún sobre asuntos nimios, hay una sensación de descrédito personal y una desesperación.

Para Hirschfeld (1979 citado en Vallejo) los rasgos de personalidad asociados a depresión son; neuroticismo, introversión, obsesión, culpa y dependencia, los depresivos tienen mayor preocupación, menor adaptación social, más inseguridades, más sensibilidad y frecuentemente claudican bajo estrés.

MacKinnon (1973) describe las características clínicas de la depresión divididas en varios aspectos, de afecto, pensamiento, conducta, síntomas físicos y relaciones sociales.

El *afecto* es descrito como un descenso en el estado de ánimo, se le describe como tristeza, melancolía o desesperación, se sirve de cierto número de otras palabras. El deprimido destaca la angustia, tensión, miedo, culpabilidad, vanidad o anhelo.

La presencia de ansiedad es muy marcada y se relaciona con un estado de agitación, que puede llegar a convertirse en una característica crónica, aunque puede ser sustituida por situaciones de apatía y retraimiento. Hay enojo hacia su sí mismo y se ponen de manifiesto cuando el paciente dice que no se le quiere y se le trata mal.

Su *pensamiento* está dirigido hacia preocupaciones consigo mismo cavilando acerca de su pasado y sintiéndose pleno de remordimientos. Por lo general su pensamiento es monótono y estereotipado, en donde hay una rumiación en torno a incidentes menores de su juventud y miedo a un severo castigo. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad y muestran poca iniciativa y espontaneidad.

La conducta se caracteriza por una lentitud, las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas. La persona depresiva anhela el cariño de otras personas, se retrae a sí mismo, sufre en silencio amargo, con un

sentimiento de autocrítica culpable. El aspecto hostil y agresivo de su conducta es aparente para aquellos que los rodean. En caso de que otros le rechacen confirmara su sentimiento de antipatía y de no ser querido por nadie.

Entre factores precipitantes en la depresión están las privaciones y frustraciones que exceden los límites de la tolerancia individual, las personas depresivas son en especial vulnerables a cualquier cosa que destruya o amenace seriamente la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda y a todo lo que empequeñezca su autoestima.

Entre los principales factores precipitantes se encuentran, la pérdida (la cual puede ser deseada una persona hasta un objeto simbólico), amenazas al propio amor, nuevas responsabilidades.

En lo referente a la *pérdida* podrá haber tenido realmente lugar o podrá ser inminente, lo que significa sufrir un ataque a su sistema de personalidad.

### 3.4 HISTERIA CONVERSIVA

La histeria es un trastorno que ha tenido un importante papel dentro de la Psicología, así como uno de los más antiguos. La palabra histeria proviene del vocablo griego "*hystero*" que significa vientre. Charcot afirmaba que la "histeria es psíquica por excelencia".

Guarner (1978) menciona que el carácter histérico es una alteración morbosa de la personalidad, que consiste en un modo anormal de reacción del yo ante los estímulos de la vida. Este mismo refiere que se debe hacer una distinción entre lo que es el carácter histérico y la conversión.

Éste último es simplemente un síntoma.

A. Green (Citado en Sauri 1984) afirma que el síntoma histérico es un síntoma de defensa, se trata para el sujeto de dar por no ocurrida una vivencia, su objetivo es debilitarla y esto se transfiere al síntoma de la conversión. "*En la histeria, la idea*

*incompatible se convierte en inofensiva por el hecho de que su suma de excitación es transformada en algo somático"*

Hay connotaciones importantes en este padecimiento como el mostrar la importancia del cuerpo como área de expresión de conflictos y la idea de simulación. En las conversiones se observa predilección por determinados segmentos corporales. La oposición conversión / somatización tiene valor a saber el tipo de conflicto que en la perturbación se expresa, el grado de discriminación en la intencionalidad detectable en el síntoma, es decir, la forma (fantasía) en que es concebido el cuerpo en general y el segmento en particular. (Paz, 1984).

Gabbard (2001) menciona que las histéricas presentan una mayor labilidad afectiva, mayor impulsividad y una sexualidad más abierta, la cual con frecuencias más directa y tan poco modulada que padece de hecho "bloquear" a los miembros del sexo opuesto. Hay una necesidad demandante, exhibicionista de ser el centro de atención.

El egoísmo es uno de los atributos del carácter más importantes en la histeria. Los histéricos apetecen de inmediato, la estimación o reconocimiento de los demás, siempre desean ser ensalzados y a veces este egoísmo surge con una desconsideración brutal. Todo aquel que no se desvele por sus intereses, se trueca en su enemigo mortal.

Los afectos pueden alcanzar una enorme intensidad sin motivo alguno. Todo es exagerado, sin embargo ningún afecto dura, cualquier estado de ánimo cesa con la misma prontitud con que han aparecido o cambia en el sentimiento contrario.

MacKinnon (1973) menciona también ciertos rasgos histéricos entre los que se encuentran la autodramatización en donde la comunicación es expresiva y los recuerdos del pasado ponen de manifiesto sentimientos y experiencias internas. El



lenguaje de la histérica es elaborado y estereotipado. En las mujeres hay una actuación subida de la feminidad.

Su emocionalidad tiene dificultad en experimentar sentimientos reales de amor y amistad, puede establecer rápidamente relaciones estrechas haciendo que los demás entren en confianza, sin embargo, el histérico puede llegar a sentirse incomodo. A pesar de lo anterior el histérico busca la relación personal. Las reacciones ante la desilusión son fuertes mostrando una baja tolerancia a la frustración.

Otro rasgo que se describe es la seductividad en donde la histérica parece servirse de su cuerpo como instrumento para expresar cariño y ternura. Dicha conducta atractiva y seductora sirve para obtener la simpatía o la aprobación de los demás.

Con respecto a este punto Mayer (1986) aclara que la histérica no puede tomar conciencia del intenso erotismo que irradia entre sus espectadores pues si no fuese así sobrevendría una angustia acompañada de culpa por lo que utiliza la represión. La ingenuidad de la histérica parece insinuar a sus interlocutores una disposición sexual que está muy lejos de su conciencia

Su pensamiento suele ser impulsivo, tiene una intensa necesidad de afecto y admiración creando un aura de egocentrismo. Los aspectos narcisistas y vanos de su personalidad se manifiestan en una preocupación por su aspecto externo y por la cantidad de atención recibida por los demás.

En la histérica hay una necesidad de perfeccionismo, no obstante es porque se siente esencialmente imperfecta.

### 3.5 PSICASTENIA

La palabra psicastenia tiene su origen del griego *psykhé* que significa alma, *a-/an*, que gramaticalmente es un prefijo que denota negación y/o ausencia y *sthénos* que significa vigor o fuerza.

La psicastenia puede concebirse como una insuficiencia del dinamismo mental que trae por consecuencia obsesiones, indecisiones del espíritu con tendencia a la duda y a las fobias (Arriaga, 1927)

Los síntomas de la psicastenia –como obsesiones, fobias, ideas fijas, alucinaciones, depresiones, conductas compulsivas- son la esencia de la enfermedad: se deben a que por falta de energía o tensión psíquica, aparece una incapacidad psicológica para emprender determinadas actividades. Los estados de agitación surgen por la incapacidad psicológica para emprender determinadas actividades adaptativas, y la fatiga o el agotamiento profundo (astenia) son consecuencia de la agitación misma y/o de la ejecución incompleta e insuficiente de aquellas actividades.

Janet (1991) describe a los psicasténico como personas que presentan características muy diferentes en todas sus perturbaciones; sus impulsiones, sus fobias, sus obsesiones, las cuales siempre van acompañadas de conciencia, es decir, que el enfermo es siempre el primero en quejarse de su carácter patológico, en suponer y casi reconocer el error posible y pedir tratamiento.

Arriaga Carreón (1927) describe el carácter del psicasténico como un estado muy especial que permite por él solo hacer el diagnóstico de su padecimiento. El Psicasténico es constantemente inquieto, asustadizo, no se resuelve a ejecutar ningún acto y siente incertidumbre y recelo por todo lo que le rodea, se siente fatigado, triste, le es casi imposible cambiar de género de vida y ejecutar un acto nuevo distinto de lo que constituye su vida ordinaria, considerándose

completamente imposibilitado de cambiar aún en el menor detalle , el aspecto que le presenta su vida y si por algún concepto se ve obligado a hacer este cambio su sufrimiento es indecible, se siente inferior, por fin , no se resuelve a ejecutar dicho cambio.

Además el psicasténico puede llegar a convencer de sus preocupaciones, queda siempre con su duda y constantemente lanza preguntas para asegurarse de lo que piensa y de lo que cree, tiene ausencia de decisión, de resolución voluntaria, de creencia y de atención, es incapaz de tener un sentimiento exacto que este de acuerdo con la situación en que se encuentra.

Las interrogantes, las preguntas de precisión, la búsqueda de medios propios a provocar la comunicación son incesantes. Después de las operaciones forzadas y estériles del pensamiento que constituyen las obsesiones vienen a remplazar el funcionamiento normal del espíritu.

Finalmente, presentan una emoción exagerada por detalles insignificantes, teniendo dificultad de entrar en sociedad o en un nuevo estado cualquiera que lo haga desarrollar la mejor actividad.

En el psicasténico siempre se presenta una marcada angustia y tensión psicológica que ocupa un lugar determinante en la mente del individuo y que alcanza la potencialidad.

**Sin embargo en la actualidad el término psicasténico se encuentra en desuso y sus características han sido consideradas en relación directa con los trastornos de la angustia, en específico con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad así como una ansiedad manifiesta.**

En primer lugar habría que hacer una distinción entre angustia y ansiedad, los cuales son conceptos difícilmente diferenciables. La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La ansiedad es más psíquica siendo

vivenciada con inquietud y sobresalto. La angustia es la experiencia radical de la existencia, expresando la incertidumbre y el desamparo por el carácter contingente de la condición humana; por lo general todas las funciones psíquicas están perturbadas (Ayuso, 1988).

La angustia es un sentimiento subjetivo que se vivencia con aprehensión, sin encontrar causa alguna, y que se encuentra dirigida al porvenir, no obstante hay que considerarla de acuerdo a la ligazón con determinado tipo de representaciones (Paz, 1984). Por lo que la incertidumbre vivida por el paciente hace que el sujeto presente una condición desordenada que en muchos casos se califica de catastrófica (Ravagnan, 1981).

### **3.5.1 Los rasgos Obsesivo - Compulsivo**

La naturaleza esencial de las obsesiones y compulsiones radica en su irrupción en la vida psíquica a través de ideas. Imágenes, afectos, impulsos y movimientos, predomina una marcada ambivalencia y defensas en contra de la expresión del afecto. (Guarner, 1978).

Para Janet (1903, citado en Ayuso, 1988), el déficit de energía mental da lugar a la imposibilidad de controlar actividades mentales, que se traduce por la pérdida de la función de la realidad que ocasiona la necesidad de repetir el esfuerzo para cumplir con su finalidad.

La angustia en este conflicto no surge aquí directamente del contenido de lo que se piensa sino del no poder dejar de pensar (Paz, 1984).

Ayuso (1988), define los rasgos característicos de los fenómenos, obsesivo-compulsivos, a lo largo de pensamientos, actos y temores, entre los que se encuentran.

- El carácter coercitivo con imposibilidad de control eficaz
- Tendencia a la repetición incesante
- Absurdidad de contenido
- La resistencia por parte del sujeto, que opone una lucha interna
- La vivencia angustiosa que prevén.

MacKinnon (1973) describe el conflicto central del obsesivo entre obediencia y desafío, lo que conduce a una alternancia constante entre las emociones de miedo e ira, es decir, miedo de que se le ataque en su mala conducta y se le castigue por ella e ira por el hecho de abandonar sus deseos y someterse a la autoridad. El miedo proviene del desafío, conduce a la obediencia en tanto que la ira, que proviene de la obediencia, conduce nuevamente al desafío.

Entre las características principales se encuentra un aislamiento del afecto, que destaca una rigidez, bloqueando toda emoción y basando una comunicación más racional evitando algún conflicto entre los sentimientos y las emociones.

Su lenguaje y palabras son elaborados y solo serán utilizados para comunicar de manera directa y en donde el contenido implícito es mínimo.

### **3.6 HIPOMANÍA**

La hipomanía se ha descrito como una forma atenuada los estados maniacos. Kraepelin, la describía como una "excitación maniaca simple" (Vallejo, 1990).

En general se le considera como una fase inicial a la enfermedad maniaco-depresiva. Algunos autores le consideran ya como un sinónimo de bipolaridad. El problema es que la hipomanía nunca es estable, todo lo contrario, tiende a empeorar, pudiendo evolucionar hasta una fase maníaca, un episodio mixto o virar súbitamente hacia una fase depresiva.

Durante la hipomanía nunca se presentan síntomas psicóticos; el resto de lo que ya se ha explicado respecto a la manía sería válido para la hipomanía, siempre en un grado menor que no comporte una gran alteración del comportamiento que pueda llevar, por ejemplo, a un ingreso. Los límites entre manía e hipomanía son, por lo tanto, difusos. La hipomanía puede aparecer sin desencadenante alguno, su duración puede alcanzar varias semanas y suele agravarse con el paso del tiempo. Además, hay síntomas de la hipomanía que no serían propios de la alegría. Haciendo referencia a la irritabilidad, la aceleración del habla, el insomnio, etc.

Para que la hipomanía se presente el paciente debió presentar un cuadro de euforia antes de los 25 años de edad, contar con una historia familiar de bipolaridad y contar con periodos de abulia o astenia. Estos últimos síntomas están directamente relacionados con el padecimiento psicasténico, depresión y euforia posparto.

Los rasgos nucleares de la hipomanía son los siguientes.

- o Euforia inmotivada
- o Irritabilidad
- o Taquipsiquia
- o Distraibilidad
- o Insomnio
- o Desinhibición de la conducta social
- o Aumento de autoestima
- o Exageración de las propias capacidades
- o Embarcarse en demasiadas cosas al tiempo
- o Aumento de sociabilidad
- o Aumento de locuacidad
- o Gastar más de lo habitual
- o Dormir menos de lo habitual

- o Optimismo exagerado
- o Falta de autocrítica
- o Hablar en voz alta sin tolerar interrupciones
- o Aumento del interés en el sexo
- o Cambios bruscos de humor
- o Aumento de la emotividad

Frieda Fromm Reichman (1973) fue uno de los principales teóricos en tratar a pacientes con trastornos de carácter bipolar. Esta autora describe que la maniaco depresión se gesta en su mayor parte durante la infancia del individuo ciclotímico.

El carácter del hipomaniaco se resume como el de una persona con fuertes tendencias demandantes las cuales son constantes en todas las relaciones que establece.

Paz (1984) dice que el hipomaniaco elabora fantasías omnipotentes de plenitud con el objetivo de protegerse de algún desprecio. Suelen denigrar a los que les rodean –actitud característica del hipomaniaco- con el objetivo de librarse del rechazo y de fantasías en donde él es agredido. De ahí se desprende que sus relaciones sean rápidas y superficiales.

El adulto hipomaniaco se siente impotente e indefenso y si intenta defenderse considera también a su defensa ineficaz. No deja de buscar una persona de significación para quién el pueda ser importante y cuando cree que la ha encontrado se aferra a ella. Sin embargo, sus relaciones nunca llegan a ser estrechas, debido a que son esquemáticos y limitados.

No suelen ser introspectivo con sus propias experiencias interpersonales, ni con personas que pudieran representar figuras importantes en su pasado o en la actualidad. No obstante cuando llegan a dar información sobre sí mismo suele ser de una franqueza e intensidad muy peculiares.

Abraham (1911, citado en Fromm-Reichman, 1973), afirma como rasgo caracterológico la impaciencia y la envidia, un aumento de egocentrismo y una intensa ambivalencia; su capacidad de amar esta estancada por el odio, lo que conduce a sentimientos de empobrecimiento. Este mismo autor añade como rasgos peculiares, la tendencia a explotar a los demás, la posesividad dominante y el optimismo o pesimismo exagerados, su intensa ambivalencia y sus explosivas reacciones.

Suele observarse en su rol social como una persona típica dentro de su grupo de amigos; en donde puede desenvolverse con vivacidad, ingenio y "agresividad" social; sin embargo, el intercambio comunicativo es nulo, comportándose de manera estereotipada.

### **3.7 Psicopatología de la Madre Maltratadota y su influencia en el hijo**

Existen características de personalidad en la madre las cuales pueden provocar diferencias en el tipo de relación que establezca con su propio hijo.

Klein, (1990) comenta que son muchos los lazos que vinculan a una madre con su hijo a la que a su vez en la niñez mantuvo con su propia madre; por lo que si en dicha relación pasada existieron dificultades puede que la relación actual de la madre con su niño este expuesta a sufrir influencias, especialmente si se revelan reacciones y rasgos que tienden a reactivar en ella antiguos problemas.

La relación que establece la madre con el niño, y que está determinada por diversas características individuales de la madre, condiciona el modelo o estilo de crianza que ésta desarrolla con su hijo (Roselio y Pérez, citados en Leal, 1999).

De ahí que si la madre posee una personalidad neurótica. Aunada aun escaso apoyo social, los conflictos familiares y la existencia de diversos conflictos psíquicos; ésta puede comportarse en su relación con el niño con conductas



negativas como son *“los comentarios críticos, las actitudes de rechazo y hostilidad y sobre todo un distanciamiento afectivo”*.

En su mayor parte, los rasgos de las neurosis que fueron descritas brevemente en el apartado anterior tienen su origen en etapas muy tempranas de la niñez; en las cuales el modo de crianza, así como la personalidad de las figuras parentales que llevaron a cabo el cuidado del individuo jugarán un papel importante, y de igual forma la manera en que éste asimiló dichos cuidados.

La crianza realizada por una madre con características o rasgos neuróticos puede generar riesgos en el desarrollo del niño por consiguiente en su propia personalidad.

Si la madre presenta alteraciones emocionales o es afectivamente irresponsable, como suele suceder con las “madres maltratadoras”, el niño quizás experimentara un comportamiento desorganizado, y la conducta afectiva / atención madre –hijo será asincrónica. Se ha demostrado que estas madres son hostiles, irritables y muestran actitudes de rechazo. Lo que se plantea es como esta discapacidad conduce a ese tipo de maternidad que es crucial para la mala adaptación social y el desarrollo del niño (Roselio y Pérez, citados en Leal, 1999).

La disciplina de estas madres, a menudo, es inconsistente, induce culpabilidad, presentan más tendencia a amenazar con el castigo y olvidar las promesas realizadas. La existencia de problemas mentales en las madres puede producir situaciones de abuso en el niño y asociarse con un aumento de problemas en la salud del infante y accidentes en éste, todo ello debido quizás a la pérdida de cuidados adecuados y de supervisión (Leal, 1999).

Parke et al (citado en Leal, 1999) describe tres modos en donde se puede detectar una conducta maternal inadecuada:

1. A través de interacciones diádicas con el niño. El niño adquiere patrones de conducta disfuncionales, bien a través de la invitación o bien a través de un patrón complementario de respuesta.
2. La Psicopatología materna disminuirá las habilidades o capacidades maternas para enseñar al niño.
3. En las familias en las que existe una madre con enfermedad mental, ésta no puede ser capaz de proveer un ambiente de desarrollo social y personal para el niño, bien por pérdida de atención o habilidad, o bien porque la enfermedad rompe el ambiente normal.

Muchas de las acciones patológicas e impulsivas de estas madres maltratadoras llegan ser inconscientes por lo que pueden estar constituidas por un *acting out*.

Freud (1914; citado en Sandler 2001) refiere que el individuo no *recuerda* nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*, reproduciéndolo no como recuerdo sino como acción y continúa diciendo que el *acting out* es un modo de recordar.

Lo anterior puede ser posible si se considera que las madres maltratadoras en su mayoría fueron víctimas de abusos físicos, psicológicos y sexuales durante la niñez y que en muchos casos para apartarse de dichos eventos desagradables fueron reprimidos.

El *acting out* es una forma especial de rememoración, en la que el antiguo recuerdo es puesto en acto nuevamente, de un modo más o menos organizado y, a menudo apenas disfrazado respecto de aquél. No se trata de una rememoración visual o verbal claramente consciente, ni tampoco el individuo se percata de que esa actividad parece inadmisible e inapropiada (Greenacre, 1950 citada en Sandler 2001)

Fenichel (1945, citado en Sandler 2001) vinculó esta tendencia la acción impulsiva a dificultades de los dos primeros años de vida del niño, que llevaban más adelante a reaccionar con violencia frente a las frustraciones.

Del mismo modo Helen Deutsch (1966, citado en Sandler 2001) afirma que en cierta medida, todos incurrimos en *acting out*, ya que nadie está libre de tendencias regresivas, de afanes reprimidos, de una carga de fantasías más o menos conscientes.

Diversos investigadores (Klein 1990, Winnicot 1990, Bloch 1985, Amara 1998), han estudiado las repercusiones que tiene en el niño las conductas maternas en donde la ligazón madre-hijo es casi nula y cuando llega a existir ésta, de alguna forma está siempre de por medio el rechazo por parte de la madre y el sometimiento por parte del niño.

Klein (1991) afirma que todos los sufrimientos de la vida posterior a la infancia son en su mayor parte repeticiones de sufrimientos tempranos.

Se puede decir que el niño se encuentra a merced de las tempranas experiencias negativas o positivas que la madre provee. Por lo que será ella quién garantice e influya en el estado mental con que el niño percibe y experimenta la realidad unívoca. De ella depende que el entorno se vuelque estimulante o incomodo y temido (Amara, 1998)

Este mismo autor considera que si en la infancia esta seguridad deja de ser eficaz, en el mundo del niño se filtra el miedo y la desconfianza. En este caso el amor materno se vuelve patético. La madre se torna una aliada contra el miedo, pero su mengua ante el poder de lo extraño, lo desconocido, lo amenazante, por lo que el niño aprenderá a odiar a su madre por la incapacidad de salvaguardarlo, de hacer valer su innata importancia ante las indignantes amenazas, las actitudes indiferentes o los desprecios seguidos en su medio. Paulatinamente es la madre quién a los ojos del niño se vuelve el peligro principal.

Incluso los deseos del niño, empiezan a tener un tinte de violencia por lo que requiere de una serie de recursos para poder protegerse (Bloch, 1985), como podrían ser la negación, la idealización y el desplazamiento de la maldad hacia otro ser menos próximo.

De ahí que muchos niños consecuenten o nieguen el odio que se puede llegar a sentir hacia la propia figura materna; no asumiendo como reales, las amenazas, el rechazo, la incapacidad y la indiferencia, pues sus mecanismos defensivos permitirán al niño idealizarla.

G. Amara (1998), comenta que cuando no se introyectan figuras amorosas, se introyectarán otras que si bien reflejan las personalidades paternas, serán distintas de aquellas. Es el caso de padres demasiado rigurosos, duros, hostiles o lo contrario, excesivamente permisivos y tolerantes, despreocupados en cuanto a señalar límites y mostrar los aspectos significativos de la conducta. Añade que la combinación de la identificación con un padre agresivo-destructivo y la gran represión interna de todo anhelo de libertad, afecto y ternura; de erotismo y sexualidad, resulta ser, la pareja psicodinámica potencialmente más explosiva, por la que se tratará de "resolver" todo conflicto, mediante la **violencia**.

Lo anterior puede llegar a ser la base de una conducta antisocial.

*Una de las condiciones primordiales para que se presente la conducta antisocial, es que la personalidad materna sea ridiculizante, sarcástica, despreciativa, humillante y destructiva, particularmente a expensas del hijo (Ressler, citado en Amara, 1998).*

M. Klein, (1990) describe que hay muchos niños que muestran tendencias asociales y criminales, las cuales son actuadas una y otra vez, estos niños en la mayor parte de las veces tenían una cruel represalia de sus padres como castigo a sus fantasías agresivas dirigidas hacia los mismos progenitores.

Para Klein la abrumadora severidad del superyó es la responsable del comportamiento característico de personas asóciales y criminales. Si entonces el miedo al superyó, sea por razones externas o intrapsíquicas, pasa de ciertos límites, el individuo puede sentirse compelido a destruir a la gente y esta compulsión puede formar la base del desarrollo de un tipo de conducta criminal o de una psicosis.

El niño afectado por la tendencia antisocial esta en vías de convertirse en un delincuente. Según Winnicott (1990) tal proceso se atiende de la siguiente manera:

- a) Todo marchaba satisfactoriamente bien para el niño
- b) Algo alteró tal estado de las cosas
- c) El niño se vio abrumado por una carga que excedía su capacidad de tolerancia y sus defensas yoicas se derrumbara.
- d) El niño se reorganizó apoyándose en una nueva pauta de defensa yoica de menor calidad
- e) El niño recobra esperanzas y organiza actos antisociales

En la actualidad Bowlby (citado en Winnicott, 1990) ha generalizado el reconocimiento de que existe una relación entre la tendencia antisocial individualidad y la privación emocional materna.

Por lo que si la propia madre fallo en la capacidad de preocuparse por su hijo, es muy probable que no transmita a el niño la capacidad de preocuparse e interesarse por el otro. El desarrollo de esta capacidad depende de la existencia de un ambiente suficientemente bueno (Winnicot, 1990), y depende de las categorías de "madre-objeto" y "madre ambiente". La primera puede satisfacer las necesidades urgentes del bebé, que lo resguarda de lo imprevisible y suministra un cuidado activo, en cuanto a la manipulación y el manejo general del niño. La segunda recibe todo cuanto pueda llamarse afecto y coexistencia sensual, y la

presencia de ésta le ofrece al hijo la oportunidad de dar y reparar, capacitándolo para experimentar las emociones de su ello con una audacia cada vez mayor.

Por lo que si esta última falla sobrevendrá la conducta antisocial exteriorizando, la incompasión como característica, la actuación [acting out], el superyó patológico y el sentimiento inconsciente de culpa, la compulsión a la repetición y una defensa paranoide.

*CAPÍTULO CUATRO*  
*MÉTODO*

## CAPÍTULO CUATRO

### MÉTODO

#### **4.1 Objetivo**

Identificar rasgos de personalidad, a través de las escalas de Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía, del MMPI-2, en un grupo de madres maltratadoras y otro de madres no maltratadoras.

Establecer si las diferencias que se obtendrán entre las puntuaciones de ambos grupos serán estadísticamente significativas.

#### **4.2 Justificación**

La violencia es un fenómeno complejo no solo por sus distintas manifestaciones a nivel individual y colectivo y por la diversidad de factores que la originan, sino también por la gama de consecuencias sociales que genera. (Maher, citado por Híjar-Medina, 1994).

Cuando los derechos de los individuos son muy limitados, como en el caso de los niños, es fácil llegar a trasgredirlos. (Kadushin citado por Híjar-Medina, 1994).

No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XX cuando por primera vez se presentaron estudios sobre la problemática del maltrato infantil, los cuales llamaron la atención de los especialistas e hicieron que se empezaran a tomar medidas sobre el tema. Lo anterior ocurrió en Estados Unidos en 1962 y fue Henry Kempe quien describió por primera vez el "Síndrome del niño apaleado".

En México es hasta el año de 1981 cuando se publica el primer libro sobre maltrato infantil y es escrito por Jaime Marcovich quien hace una exhaustiva investigación de 686 casos que se presentaban en notas periodísticas y casos de hospitales infantiles periféricos (Carrasco, 1981). Dentro del maltrato infantil la



madre es la que con mayor frecuencia aparece como agresora. Esto posiblemente se deba al fenómeno denominado de "Cascada", pues la violencia como ejercicio del poder se manifiesta del fuerte al débil y, en general, se da el caso de que adultos agresores a su vez hayan sido agredidos en su infancia, al parecer la personalidad de este tipo de individuos, presentan rasgos difícilmente modificables. (Mercy citado por Híjar-Medina, 1994). Sin embargo en México la existencia de investigaciones que aborden el fenómeno o la problemática frente a la que se encuentran las madres maltratadoras es escasa y pocas de ellas se orientan hacia la dinámica de la personalidad de estas mamás. Es por esto que llevar a cabo una investigación con grupos de riesgo dentro de la problemática del maltrato, se torna indispensable más aún cuando es una problemática a nivel social y que requiere de atención inmediata tanto en los niveles de prevención como los de tratamiento.

Uno de los aspectos importantes del estudio con madres maltratadoras radica en el conocimiento de sus rasgos de personalidad, este es un rubro que dentro del maltrato infantil únicamente se ha limitado a describir las características que pueden presentar los padres agresores, sin ahondar, en lo que pasa de manera patológica dentro de su estructura de personalidad. Algunas de las características que presentan las mamás se encuentran relacionadas con problemas relacionados directamente al estado de ánimo, relaciones interpersonales, pues exteriorizan tristeza, ansiedad, poco interés en realizar actividades y un distanciamiento afectivo. Por lo que la necesidad de estudiar que es lo que subyace en la personalidad de las madres maltratadoras es importante, para mejorar no solo la relación que establece con sus hijos sino con el entorno en sí y en general con sus funciones como persona.

Debido a lo anterior se buscó un instrumento con validez y confiabilidad para México que pudiera evaluar estos rasgos de personalidad, de ahí que se decidió utilizar el MMPI-2 por ser adecuado a los propósitos de la investigación a realizar y

se seleccionaron 4 escalas clínicas del MMPI-2, que tuvieran relación con lo observado clínicamente dentro de la literatura.

Por lo tanto sería de sumo interés identificar ciertos rasgos de personalidad específicos (depresión, histeria conversiva, psicastenia, hipomanía) en un grupo de madres maltratadoras y compararlos con un grupo de madres no maltratadoras para saber si comparten las mismas características de la población o son grupos diferentes.

#### 4.3 Planteamiento del problema

Dado que las investigaciones realizadas con madres maltratadoras, son escasas (Camacho, 1981, Santamaría, 1993), y pocas de ellas se enfocan al estudio y la dinámica de la personalidad que lleva a cabo este tipo de madre, por lo cual llegamos a considerar que existen factores que juegan un papel determinante en la dinámica de personalidad de las madres maltratadoras. Lo que nos lleva a plantear las siguientes preguntas de investigación

- *¿Existen diferencias entre los puntajes que se obtendrán en las escalas de depresión, histeria conversiva, psicastenia e hipomanía del MMPI-2 entre un grupo de madres maltratadoras y uno de no maltratadoras?*

#### 4.4 Hipótesis

##### Hipótesis de trabajo

*Hipótesis alternativa (H1):* Existen diferencias estadísticamente significativas en los rasgos de personalidad de depresión, histeria conversiva, psicastenia e hipomanía de un grupo de madres maltratadoras tomados de los resultados del MMPI-2 en comparación a los rasgos de personalidad de un grupo de madres no maltratadoras.

*Hipótesis nula (H<sub>0</sub>):* No existen diferencias estadísticamente significativas en los rasgos de personalidad de depresión, histeria conversiva, psicastenia e hipomanía de un grupo de madres maltratadoras tomados de los resultados del MMPI-2 en comparación a los rasgos de personalidad de un grupo de madres no maltratadoras.

#### **4.5 Variables**

*Variable Independiente:* Madres maltratadoras

Madres no maltratadoras

*Variable Dependiente:* Rasgos de personalidad

##### **4.5.1 Definición conceptual de variables**

*Madre maltratadora:* Se define conceptualmente como aquella que no cumple satisfactoriamente con las necesidades básicas de los hijos de protección y afecto, y utiliza prácticas de crianza inapropiadas como son el daño físico o emocional, el abandono o la indiferencia (Santamaría, 1993)

*Madre no maltratadora:* Se define como aquella que cumple satisfactoriamente, con las necesidades básicas de sus hijos de protección y afecto. Utiliza prácticas de crianza apropiadas que permiten el sano desarrollo del niño en un ambiente de seguridad física, social y emocional. (García, 1993)

*Rasgos de personalidad:* Dimensiones específicas a lo largo de las cuales difieren las personalidades de los individuos de manera consistente y estable (Barón, 1996)

#### **4.5.2 Definición operacional de variables**

*Madre maltratadora:* Es aquella persona que se autodenomina maltratadora y que solicita tratamiento al Centro de Atención Psicoterapéutica para Mamás (CAPSIM).

*Rasgo de personalidad:* Puntajes que se obtienen a través de la evaluación en las escalas del MMPI-2.

#### **4.6 Sujetos**

Para la realización de esta investigación se seleccionaron a 70 sujetos en edades entre 20 y 50 años, únicamente mujeres, 35 de ellas fueron madres maltratadoras que asistieron de manera inicial a terapia de grupo en el CAPSIM, y las 35 restantes fueron seleccionadas por medio de un muestreo no probabilístico intencionado a través de entrevista clínica de diagnóstico y de la aplicación de cuestionarios para la detección de maltrato; se realizó en una escuela secundaria del sur de la Ciudad de México. La selección del segundo grupo se realizó con base a los datos sociodemográficos que arrojó el grupo de madres maltratadoras esto con el objetivo de igualar la muestra.

#### **4.7 Muestreo**

Muestreo por cuota, en el cual se utilizan conocimientos de los estratos de la población –edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos u otros– para seleccionar miembros que sean representativos “típicos” o adecuados para algunos fines de la investigación (Kerlinger, 1975)

#### **4.8 Procedimiento**

Inicialmente se procedió a la selección de un grupo de madres de familia cuyos hijos asistieron a una escuela secundaria del sur de la Ciudad y estuvieron en disposición de asistir voluntariamente a entrevista clínica de diagnóstico y a la aplicación del MMPI-2, posterior a los resultados de las pruebas y la valoración de la entrevista clínica de diagnóstico se seleccionaron a 35 madres consideradas como "no maltratadoras".

Asimismo se procedió a la aplicación de las pruebas MMPI-2 en un grupo de madres que acudieron a terapia de grupo en el Centro de Atención para Mamás (CAPSIM). Dicho grupo estuvo integrado por madres que accedieron voluntariamente a los fines de la investigación. Una vez aplicado este instrumento se evaluó para dar a conocer los rasgos de personalidad de este grupo de madres, seleccionando a 35 de estas para formar el grupo de "madres maltratadoras". Se evaluó y se dieron a conocer los resultados. Por último a la par de la aplicación y evaluación del instrumento aplicado se dio seguimiento de este grupo de madres maltratadoras a través de un trabajo analítico de sesión de grupo, asimismo se realizaron entrevistas clínicas con cada una de las madres maltratadoras.

#### **4.9 Instrumento**

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota 2 (MMPI – 2), en su versión revisada y traducida, el cual está conformado por 567 reactivos de autodescripción personal, donde el sujeto tiene que responder a cada uno con verdadero o falso. El MMPI-2 está conformado por tres grupos de escalas: Escalas Básicas, Escalas de Contenido y Escalas Suplementarias.

Las escalas básicas son: Hipocondriasis (1), Depresión (2), Histeria conversiva (3), Desviación psicopática (4), Masculino-femenino (5), Paranoia (6), Psicastenia (7), Esquizofrenia (8), Manía (9) e Introversión Social (0). Las escalas de

contenido son: Ansiedad, Miedos, Obsesividad, Depresión, preocupación por la salud, Pensamiento delirante, Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales, Personalidad Tipo A, Baja autoestima, Incomodidad social, Problemas Familiares, Dificultad en el trabajo, Rechazo al tratamiento.

Las escalas suplementarias son. Ansiedad, depresión, Fuerza del Yo, Alcoholismo de Mac-Andrew, Hostilidad reprimida, Dominancia, Responsabilidad Social, Desajuste profesional, Género masculino, Género femenino, Escalas de desorden de estrés postraumático.

Entrevista Clínica de diagnóstico con elementos de detección de maltrato en niños y adolescentes, la cual será utilizada como un instrumento de tamizaje.

#### **4.10 Validez y Confiabilidad**

Respecto del MMPI2 se han llevado a cabo estudios de validez externa que se incluyen en el manual para la administración y calificación del MMPI2, versión español (Lucio, 1995) como el de Lucio, Reyes y Durán (1993) donde se reporta que la estructura factorial de las escalas básicas es semejante en los estudiantes mexicanos y norteamericanos. En las escalas de contenido la semejanza parece un poco menor (Páez 1995, citado por Lucio, 1999).

Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población mexicana estudiada tanto, en lo que se refiere a las escalas básicas (Durán, 1995), como a las de contenido (Páez 1995, citado por Lucio, 1999) y las suplementarias (Lucio, Ampudia, 1995).

Respecto a la validez interna, en el instrumento original se desarrollaron cuatro escalas de validez (no lo puedo decir, L, F, y K) las que fueron mantenidas en el MMPI-2 (Graham, 1990 citado por Lucio, 1999). Estos indicadores tradicionales de validez son utilizadas aisladas o en combinación para valuar la aceptabilidad o confiabilidad de la prueba (Butcher, 1989, citado por Lucio, 1999). En el MMPI-2

se incluyeron algunos indicadores específicos de validez, el INVAR. (TRIN), el INVER (VRIN) y la F posterior (F posterior), junto con los indicadores de validez tradicionales, (Lucio y Ampudia, 1995). Quedando constituidas las escalas de la siguiente manera:

L                    MENTIRAS

F                    RESPUESTAS ATÍPICAS

K                    CORRECCIÓN

Fp                   F POSTERIOR

INVER (TRIN) INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VERDADERAS

INVAR. (VRIN) INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VARIABLES

#### **4.11 Aplicación y Calificación**

Cada uno de los instrumentos fueron aplicados en forma individual y fueron calificados de acuerdo al manual de aplicación y evaluación de cada una de las pruebas.

#### **4.12 Tipo de estudio y diseño de investigación**

En la presente investigación se utilizó un diseño descriptivo de dos muestras independientes, ya que se buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas (Danhke, citado por Hernández-Sampieri, 2002). En el diseño se tiene dos grupos con la variable de interés (rasgos de

personalidad) en donde las mediciones estuvieron sujetas a las necesidades específicas de la investigación (Hernández-Sampieri, 2002). Así el diseño se evaluó con las mediciones del perfil de personalidad obtenidas por el MMPI-2 y contrastadas cualitativamente con las entrevistas clínicas de diagnóstico con elementos de detección de maltrato a niños y adolescentes. Asimismo dadas las pocas investigaciones hechas sobre este fenómeno esta investigación sirvió también de base a un estudio exploratorio.

#### **4.13 Análisis Estadístico**

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos se utilizó la prueba **t de Student**, por ser una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas. Además de que la hipótesis de investigación propone que los grupos difieren significativamente entre sí y la hipótesis nula propone que los grupos no difieren significativamente. (Hernández – Sampieri, 2002).

A los resultados también se les aplicó un análisis cualitativo con base en el marco teórico de corte psicoanalítico.

#### **4.14 Análisis de resultados**

Una vez obtenidos los resultados cuantitativos, los rasgos de personalidad predominantes del grupo de madres maltratadoras a través de la aplicación del MMPI-2, se procedió a un análisis descriptivo de los resultados en donde se graficaron los puntajes obtenidos y su equivalencia en perfil de personalidad, de estas manera se postuló un grupo de rasgos característicos de estas madres maltratadoras y se realizó una interpretación dinámica en comparación con los de las madres no maltratadoras.



*CAPÍTULO CINCO*  
*RESULTADOS*

## **CAPÍTULO CINCO**

### **RESULTADOS**

El objetivo de la presente investigación es el describir los rasgos de personalidad en un grupo de madres maltratadoras y un grupo de madres no maltratadoras, además de obtener las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, la obtención de un perfil general en las Escalas Básicas, de Contenido y Suplementarias en ambos grupos y por último un perfil de la distribución por cada una de las escalas de investigación (Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía).

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el programa por computadora SPSS para Windows (Statistical Program for Social Science) v. 10.01.

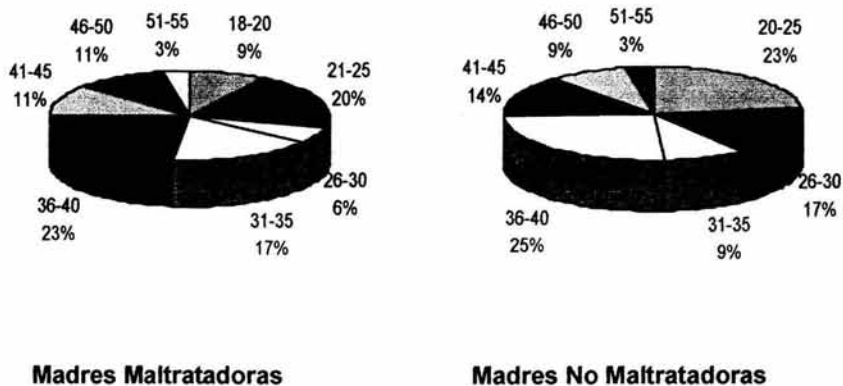
La primera parte de los resultados comprende el análisis descriptivo de información general obtenida en ambos grupos, dicha información se refiere a datos sociodemográficos y la descripción de la distribución de los puntajes T de las escalas de contenido clínico en ambos grupos. La segunda parte muestra la distribución dentro de los puntajes T para las Escalas de Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía. Finalmente se muestra los resultados del análisis descriptivo a través de las diferencias estadísticamente significativas entre las escalas de la investigación mediante la prueba T de Student. Por último se observó que algunas de las escalas podrían tener correlación con otras por lo que se llevo a cabo una correlación de Pearson con el objetivo de enriquecer el presente trabajo, estas últimas se explican en la tercera parte del presente capítulo.

En lo referente a la edad de los sujetos (Ver gráfica, 1), que se representa en la Gráfica 1, se especifica la frecuencia por rango de edad, encontrando así que dentro del grupo de madres no maltratadoras la mayor parte de los sujetos se encuentra entre los 36 y 40 años correspondiente a un 23%, en lo referente a la edad de las madres maltratadoras se observó relativa concordancia con el grupo experimental en la distribución de la mayoría de los sujetos, los cuales caen en el rango de 36 a 40 años con un 25%, o entre los 20 y 25 años con un 23%.

Como dato adicional se encontró que dentro del grupo de madres maltratadoras el rango de edad de 51 a 55 años es el que menos sujetos presenta, y en cuanto al grupo control hay una igualdad entre los rangos de 49 a 50 y 31 a 35 años.

La media de la edad para ambos grupos es de 34 años con una diferencia mínima de .28% que se presenta en el grupo de madres no maltratadoras

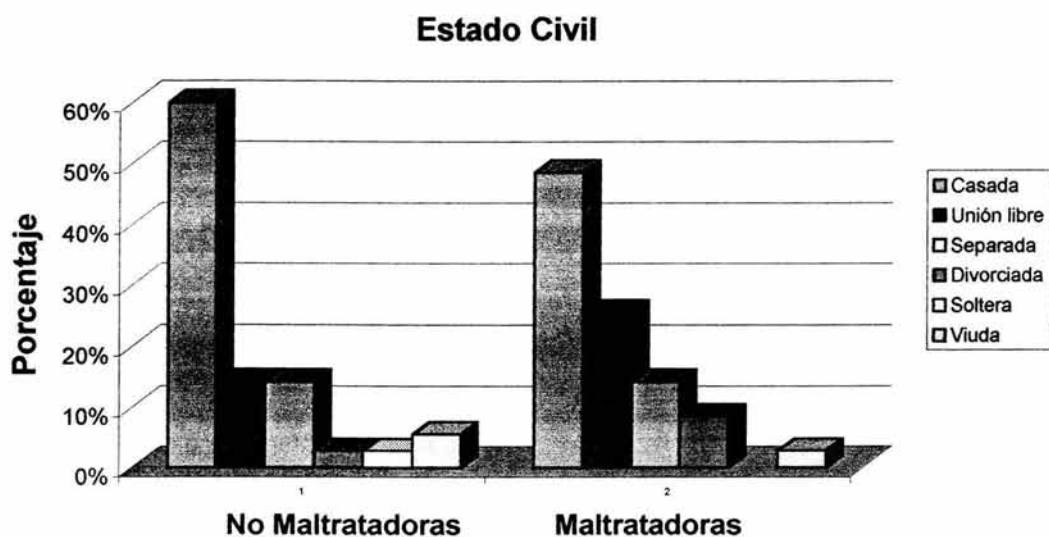
### Distribución por Edad



Gráfica 1

En lo que respecta al estado civil, (Ver gráfica, 2) la categoría de Casada ocupa la mayoría en tanto en el grupo control como en el experimental con un 60% y un 48.60% respectivamente. En el grupo control hay una igualdad de porcentaje equivalente a un 14.30% para las categorías de unión libre y separada.

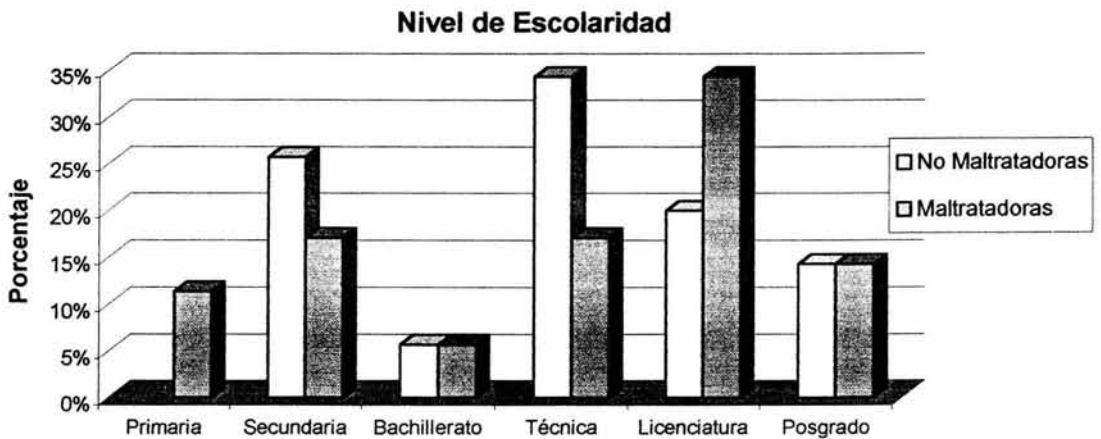
En el grupo de madres maltratadoras la categoría de unión libre tuvo un 25.70%, seguida de la condición de separada con un 14.30%. La categoría de viuda es mayor en el grupo de las no maltratadoras con un 5.70% y del mismo modo en el grupo experimental la categoría de soltería no obtuvo ningún porcentaje.



Gráfica 2

En el grado de escolaridad (ver gráfica 3) hay una equivalencia en el nivel de Posgrado para ambos grupos con un 14.30%. La Licenciatura es mayor en el grupo experimental, dicha categoría es igualada por el nivel Técnico en el de las no maltratadoras.

Finalmente no hay sujetos con nivel de escolaridad primaria en el grupo control.



Gráfica 3

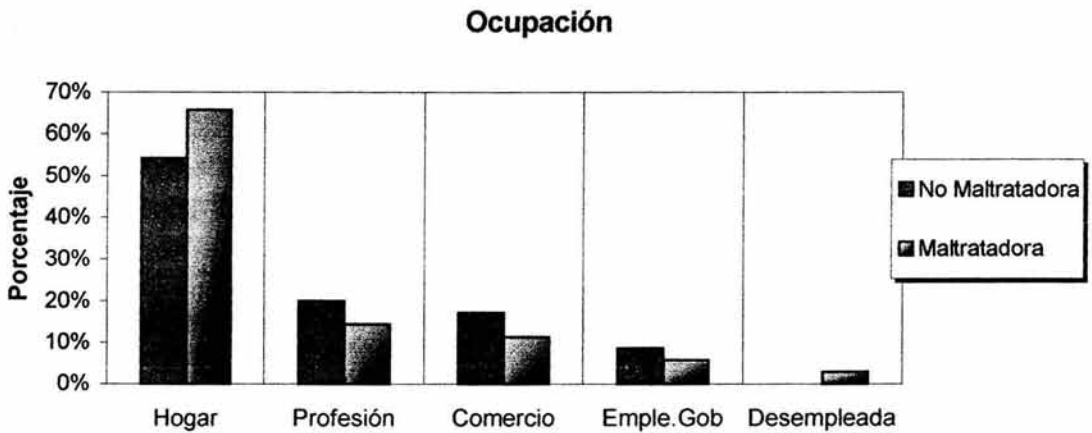
En lo referente a la culminación de estudios, (Ver gráfica, 4) en el grupo de las No Maltratadoras no concluyeron estudios un 54.3%, contra el de las maltratadoras que Si logró concluir sus estudios un 68.6%, dicha información se describe en el gráfico cuatro.



Gráfica 4

En lo referente a la ocupación, (Ver gráfica, 5) un 65.70% se dedica al hogar en el grupo de las Maltratadoras. Lo anterior contrasta con los resultados del grupo de las no maltratadoras quienes ejercen su profesión en un 20%, en éste mismo grupo no hay desempleadas, a diferencia del grupo de las maltratadoras en donde si hay desempleo.

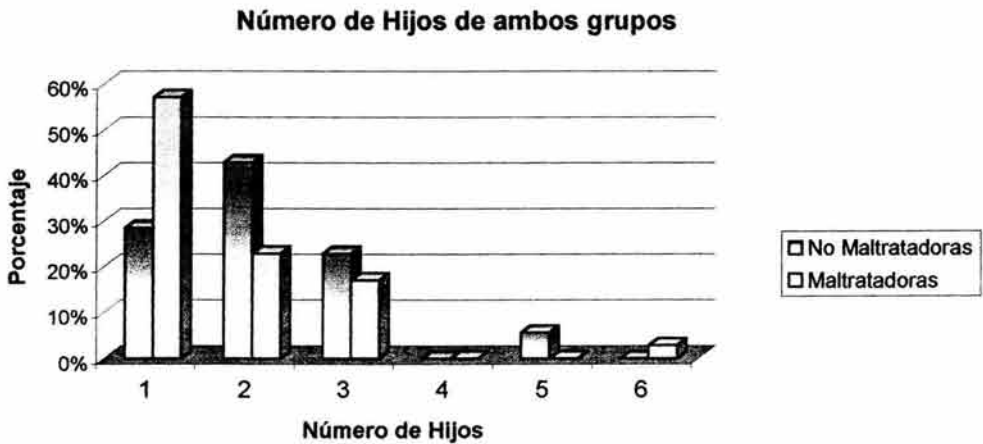
Como dato interesante, las madres No Maltratadoras ejercen más su profesión en un 20%, a diferencia de las Maltratadoras que lo hacen solo un 14.30%.



Gráfica 5

Concerniente al número de hijos (Ver gráfica 6) este es un dato que muestra marcadas diferencias en ambos grupos pues las madres maltratadoras en un 57% tienen solo un hijo, contra un 28.60% de las no maltratadoras.

Para el grupo control el porcentaje más alto fue el de 42.90% con dos hijos.

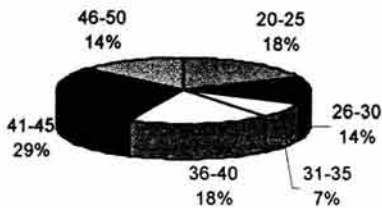


Gráfica 6

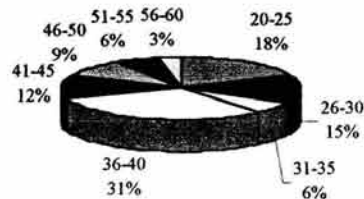


Por lo que respecta a la edad de la pareja, (Ver gráfica 7) también se hicieron rangos para ambos grupos y se obtuvo que para el grupo de las madres no maltratadoras la mayoría de las parejas cae dentro del rango de edad de 41 a 45 años, correspondiente a un 29%, dentro de este mismo grupo se encuentra una igualdad entre los rangos 36 a 40 años y 20 a 25 años. En el grupo de las maltratadoras, sus parejas se encuentran dentro del rango de 31 a 40 años, los rangos que le siguen son de 20 a 25 años con un 18% y 26 a 31 años de edad con un 15%.

### Edad de la Pareja



**Madres No Maltratadoras**

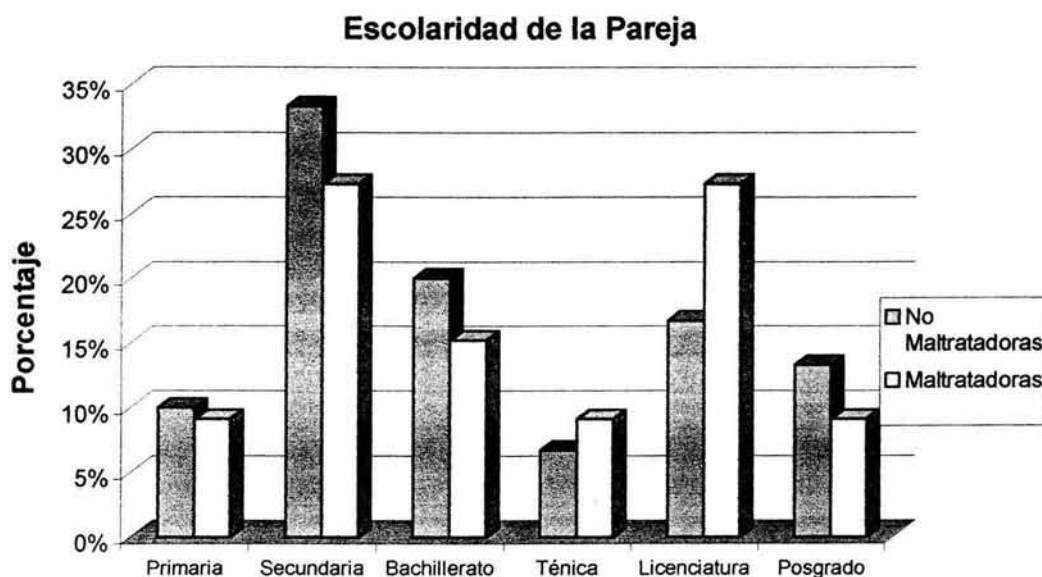


**Madres Maltratadoras**

*Gráfica 7*

En la gráfica 8 se describe el nivel de escolaridad de la pareja, en el cual se encuentra que para el grupo de las madres no maltratadoras el nivel más alto de estudio corresponde para el nivel de secundaria. En el de las madres maltratadoras hay una igualdad entre los niveles de escolaridad correspondientes a la licenciatura y a la secundaria que corresponden a un 27%.

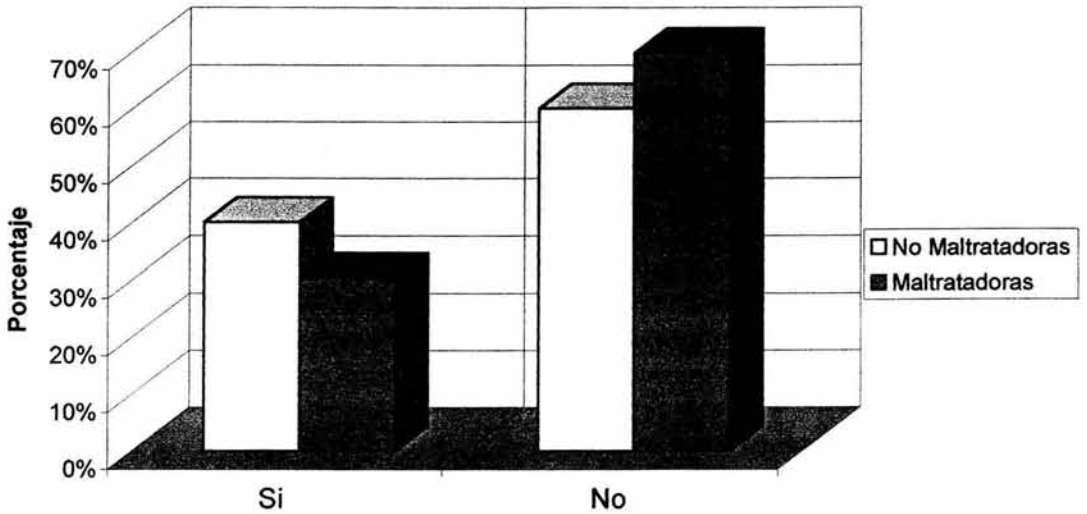
En ambos grupos el nivel de primaria tiene una diferencia mínima



Gráfica 8

Las parejas de las madres maltratadoras (Ver gráfica, 9) en su mayoría no terminaron sus estudios alcanzando el 70%. Para las parejas de las no maltratadoras la culminación de estudios se logró en un 40%.

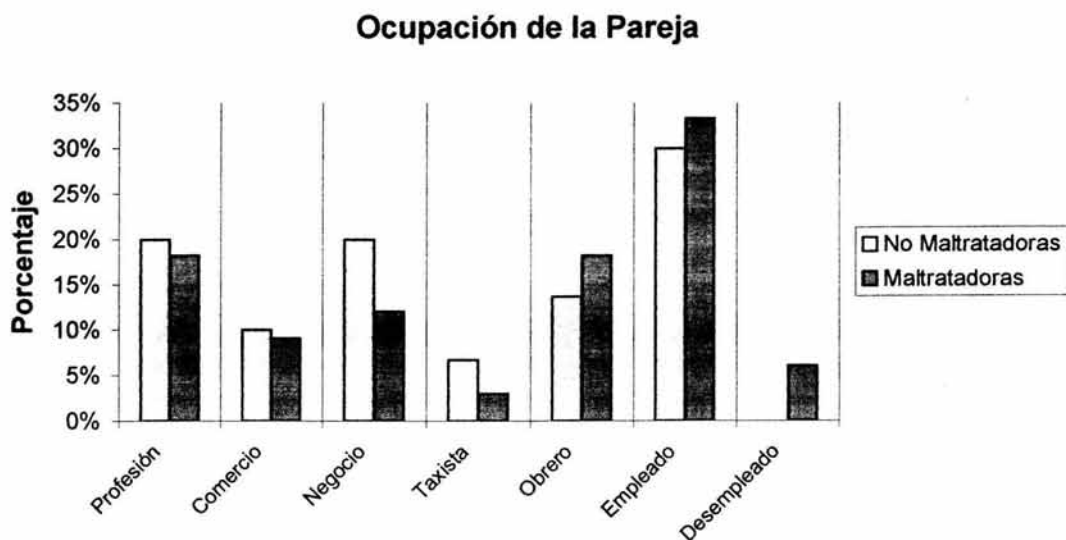
**Culminación de estudios de la pareja**



*Gráfica 9*

En cuanto a la ocupación de la pareja (Ver gráfica 10), el correspondiente a las no maltratadoras se mantienen mucho más activos, destacando que en este grupo no encontramos desempleo. Dentro de este grupo hay una equivalencia entre las parejas que ejercen su profesión y aquellas que tiene un negocio propio con un 20%.

Las parejas de las maltratadoras presentan el mismo porcentaje entre aquellos que ejercen su profesión y los que son obreros. El rubro con un porcentaje más alto pertenece aquellos que son empleados con un 33%, es interesante ver que en este grupo si se presenta el desempleo.

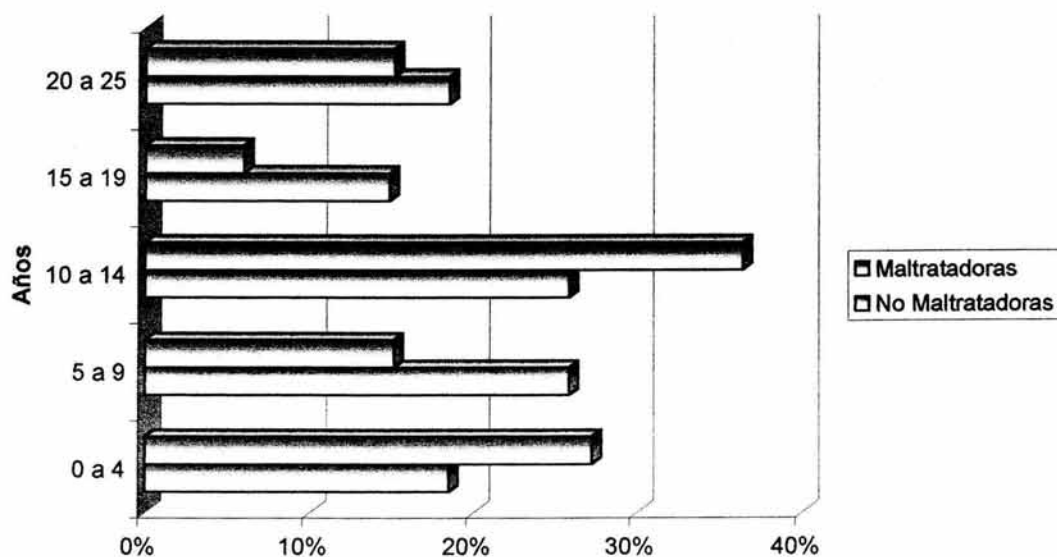


Gráfica 10

Las madres maltratadoras en su mayoría han vivido con su pareja por un periodo de 10 a 14 años, seguida del rango entre los 0 y 5 años de vivir juntos. (Ver gráfica 11)

En el grupo de las madres maltratadoras hay una equivalencia entre los rangos de 10 a 14 años y de 5 a 9 años que corresponde 26%.

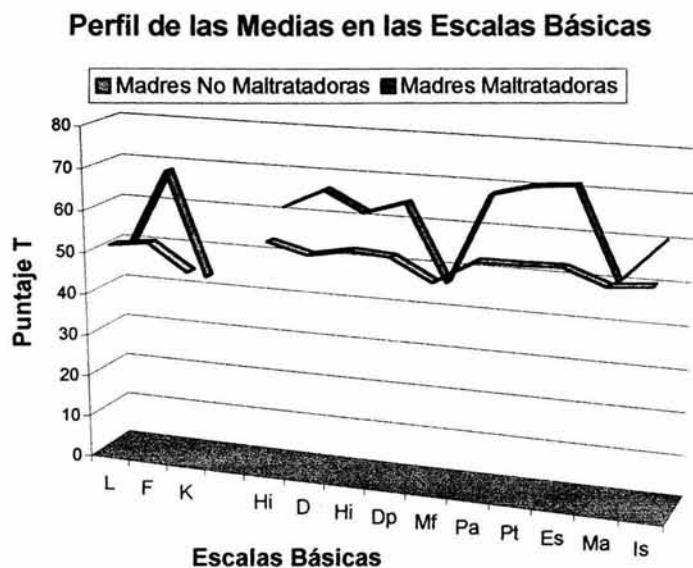
**Tiempo de vivir con su pareja**



Gráfica 11

La segunda parte de este análisis se comenzará con la descripción de los perfiles de las Escalas Básicas, Complementarias y de Contenido, pues se considera que son importantes para poder llegar a postular un perfil en ambos grupos. Asimismo se hace una descripción de las escalas que se utilizaron para el fin de esta investigación: Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía.

En la gráfica 12 se halla el perfil general de las medias de los Puntajes T correspondientes a las Escalas Básicas, en donde se observa que para el grupo de las Madres No Maltratadoras las escalas en su totalidad caen en el rango de la "normalidad" para la prueba del Minnesota, encontrando únicamente una disminución en el puntaje de la Escala de Validez K.



Gráfica 12

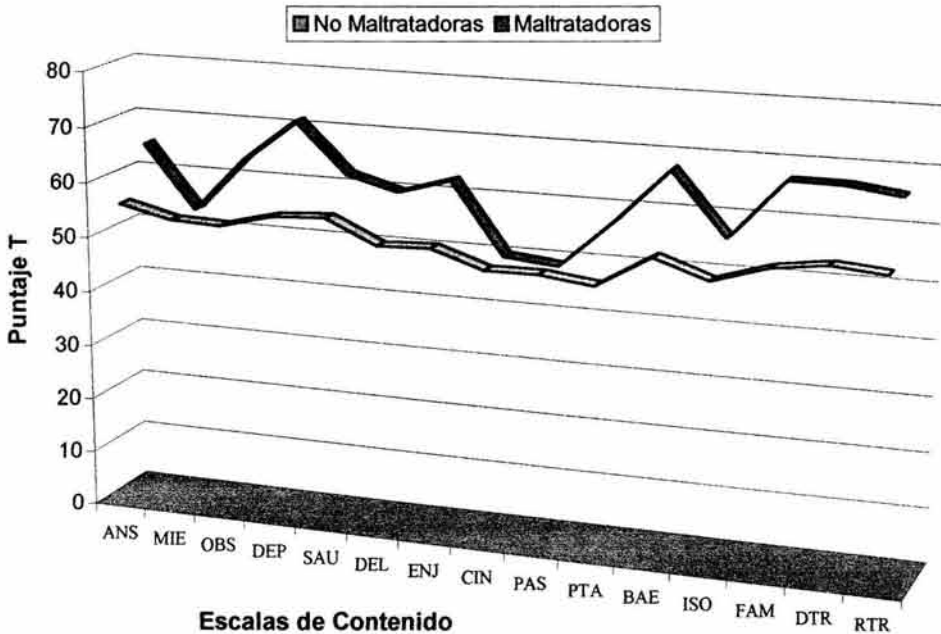
En lo relacionado a los Puntajes T de las Madres Maltratadoras hay más disparidad en cuanto a la distribución de las escalas, hallando así que las que sobrepasan el índice de normalidad son Depresión, Paranoia, Psicastenia y Esquizofrenia, aunándose a estas la escala F de validez, además de la disminución de las otras dos escalas de validez, -L y K- que se encuentra muy por debajo de la "normalidad" planteada por el MMPI-2.

**CUADRO 1. COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-2 EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

| Escalas Básicas | Grupo Experimental |                            | Grupo Control |                            |
|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
|                 | <i>Media</i>       | <i>Desviación Estándar</i> | <i>Media</i>  | <i>Desviación Estándar</i> |
| L               | <b>49.5</b>        | 12.1                       | <b>51.5</b>   | 12.2                       |
| F               | <b>68.0</b>        | 14.2                       | <b>52.8</b>   | 17.7                       |
| K               | <b>43.1</b>        | 9.75                       | <b>46.6</b>   | 9.8                        |
| Hs              | <b>61.6</b>        | 12.5                       | <b>55.6</b>   | 9.5                        |
| D               | <b>66.2</b>        | 11.8                       | <b>53.1</b>   | 8.2                        |
| Hi              | <b>61.5</b>        | 13.5                       | <b>54.9</b>   | 7.2                        |
| Dp              | <b>64.5</b>        | 12.9                       | <b>54.2</b>   | 9.9                        |
| Mf              | <b>46.8</b>        | 9.9                        | <b>49.2</b>   | 11.3                       |
| Pa              | <b>67.8</b>        | 10                         | <b>54.8</b>   | 9.2                        |
| Pt              | <b>70.4</b>        | 12.7                       | <b>54.9</b>   | 8.2                        |
| Es              | <b>71.3</b>        | 13.8                       | <b>55.2</b>   | 10.5                       |
| Ma              | <b>50.3</b>        | 11.3                       | <b>56.1</b>   | 12.4                       |
| Is              | <b>60.2</b>        | 9.4                        | <b>52.6</b>   | 7.8                        |

Respecto a los Puntajes T correspondientes a las Escalas de Contenido se observa nuevamente que para el grupo de las Madres No Maltratadoras la mayoría de los puntajes caen dentro del rango de 50 - 55 puntos. La única escala que representa una punta sobresaliente corresponde a la Ansiedad con un puntaje de 56 Puntos T. La escalas de Cinismo, Pasividad y Personalidad Tipo A, tienen puntajes por debajo de los 50 puntos pero son de manera mínima. En el grupo de las Madres Maltratadoras hay escalas que sobrepasan la normalidad estadística las cuales son Ansiedad, Depresión, Baja Autoestima, Incomodidad Social, Problemas Familiares, Dificultad en el Trabajo así como Rechazo al Tratamiento.

**Perfil de los Puntajes T de las Escalas de Contenido**



Gráfica 13



De igual manera este grupo presenta únicamente dos escalas que se encuentran por debajo del rango de la "normalidad" estadística, con una diferencia mínima las cuales son Cinismo y Practicas Antisociales.

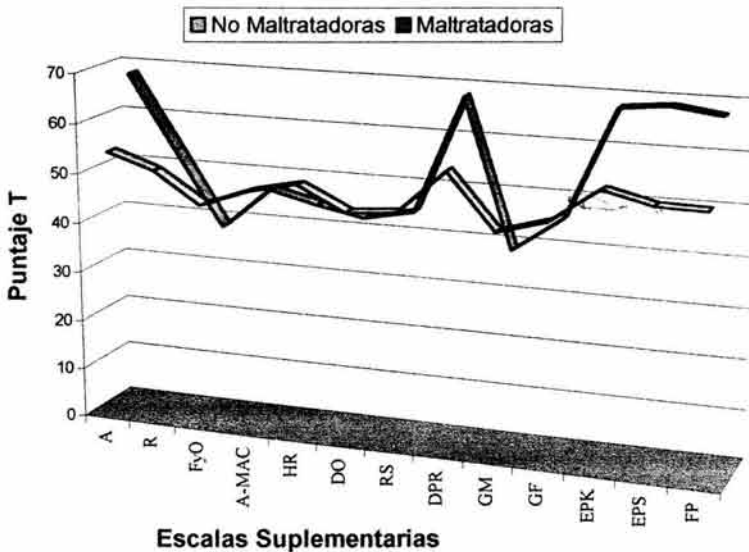
**CUADRO 2. COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2 EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

| Escalas de Contenido | Grupo Experimental |                     | Grupo Control |                     |
|----------------------|--------------------|---------------------|---------------|---------------------|
|                      | Media              | Desviación Estándar | Media         | Desviación Estándar |
| Ans                  | 65.0               | 11.4                | 56.0          | 9.2                 |
| Mie                  | 53.5               | 8.9                 | 53.7          | 8.2                 |
| Obs                  | 63.6               | 12.2                | 53.4          | 8.4                 |
| Dep                  | 71.2               | 13.2                | 55.9          | 9.9                 |
| Sau                  | 62.3               | 7.8                 | 56.6          | 9.0                 |
| Del                  | 59.7               | 13.8                | 52.4          | 10.4                |
| Enj                  | 62.6               | 12.9                | 52.8          | 9.3                 |
| Cin                  | 49.8               | 9.3                 | 49.6          | 8.3                 |
| Pas                  | 48.9               | 10.3                | 49.8          | 9.9                 |
| Pta                  | 57.7               | 14.2                | 48.6          | 8.2                 |
| Bae                  | 67.4               | 13.0                | 54.4          | 10.7                |
| Iso                  | 56.2               | 9.8                 | 51.2          | 7.3                 |
| Fam                  | 66.9               | 12.2                | 54.2          | 8.9                 |
| Dtr                  | 66.8               | 13.5                | 55.5          | 8.0                 |
| Rtr                  | 65.6               | 12.4                | 54.7          | 9.9                 |

Acerca de las Escalas Suplementarias encontramos que en el grupo de las No Maltratadoras la mayoría de las escalas se sitúan en la normalidad estadística, siendo la más alta de éstas Desajuste Profesional con un Puntaje T de 54.

Como dato interesante cabe destacar que en el grupo de las Madres Maltratadoras hay una mayor disparidad entre los Puntajes T, específicamente con una disminución de los puntajes en la mayoría de las escalas, hallando que los puntajes caen muy por debajo de la "normalidad" estadística cayendo estas entre los 35 a los 45 puntos. Las escalas que presentan puntas prominentes son: Ansiedad, Desajuste Profesional, y las dos correspondientes al Estrés Postraumático, con puntajes de 70

### Perfil de los Puntajes T de las Escalas Suplementarias



Gráfica 14

Cabe destacar que para ambos grupos, la Escala correspondiente a la Fuerza del Yo, se ve considerablemente disminuida, situándose muy por debajo de la normalidad estadística.

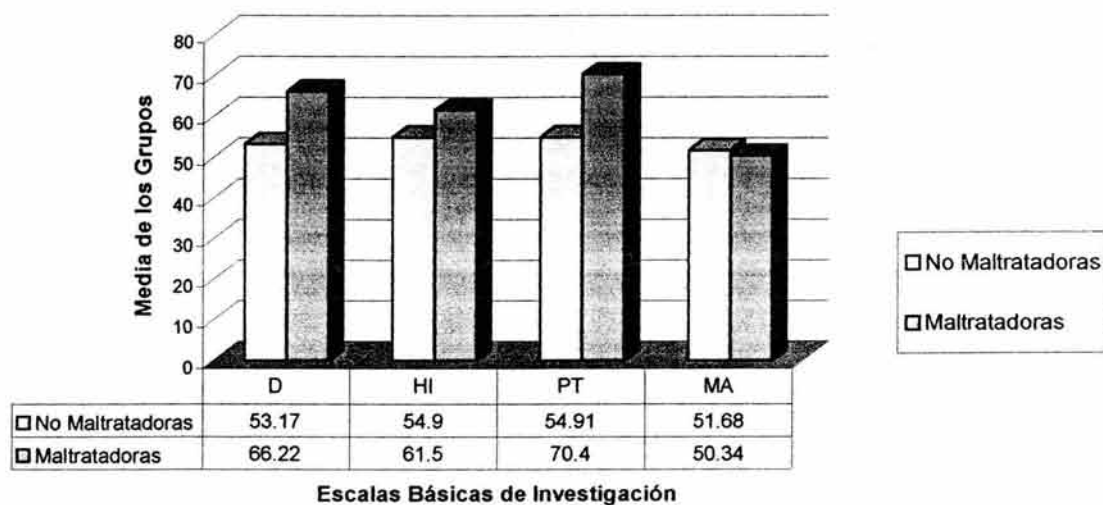
**CUADRO 3. COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-2 EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

| Escala<br>Suplementaria | Grupo<br>Experimental |                                | Grupo<br>Control |                                |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|
|                         | <i>Media</i>          | <i>Desviación<br/>Estándar</i> | <i>Media</i>     | <i>Desviación<br/>Estándar</i> |
| A                       | 65.0                  | 12.2                           | 54.2             | 8.0                            |
| R                       | 53.4                  | 13.8                           | 51.1             | 10.8                           |
| Fyo                     | 38.5                  | 8.5                            | 45.0             | 8.7                            |
| Amac                    | 46.9                  | 11.0                           | 48.6             | 10.7                           |
| Hr                      | 44.5                  | 10.2                           | 50.8             | 9.4                            |
| Do                      | 42.7                  | 12.4                           | 46.2             | 9.4                            |
| Rs                      | 44.6                  | 10.4                           | 47.0             | 9.0                            |
| Dpr                     | 68.0                  | 12.1                           | 57.7             | 8.6                            |
| Gm                      | 38.8                  | 8.9                            | 44.8             | 8.2                            |
| Gf                      | 45.7                  | 13.9                           | 47.6             | 9.8                            |
| Epk                     | 67.7                  | 12.8                           | 54.5             | 10.0                           |
| Eps                     | 68.7                  | 12.9                           | 52.2             | 8.2                            |
| Fp                      | 67.4                  | 18.2                           | 52.0             | 10.6                           |

En esta gráfica (ver gráfica 15) se hace la comparación de las diferencias existentes entre las medias de las Escalas de Investigación –Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía- para uno y otro grupo. Las diferencias entre los puntajes varían de manera considerable en Escalas como Depresión y Psicastenia sobrepasando una diferencia hasta de diez puntos.

Asimismo encontramos una diferencia mínima entre los dos grupos para la Escala de Hipomanía.

**Diferencias entre las Medias de las Escalas de Investigación para ambos Grupos**

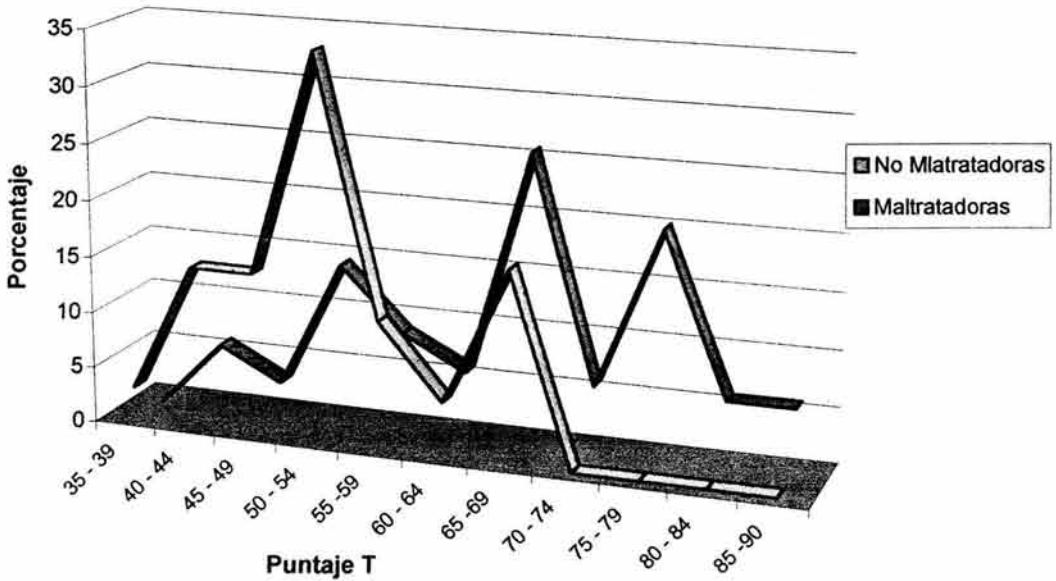


*Gráfica 15*

Los puntajes T para la Escala de Depresión (Ver gráfica, 16) en el grupo de las Madres No Maltratadoras, se sitió en su mayoría dentro del rango de 50 a 54 puntos en un 34%, el cual es seguido por un 17%, dentro del rango de 65 a 69 puntos T. Para este grupo dicho rango es el último en donde se encuentran sujetos.

En lo concerniente al grupo de las Madres Maltratadoras la mayoría se encuentra entre los 65 a 69 puntos con un 25% y le sigue un 20% dentro del rango de 75 a 79. En este grupo no hay sujetos en el rango de 35 a 39 puntos

**Distribución de los Puntajes T en la Escala de Depresión**

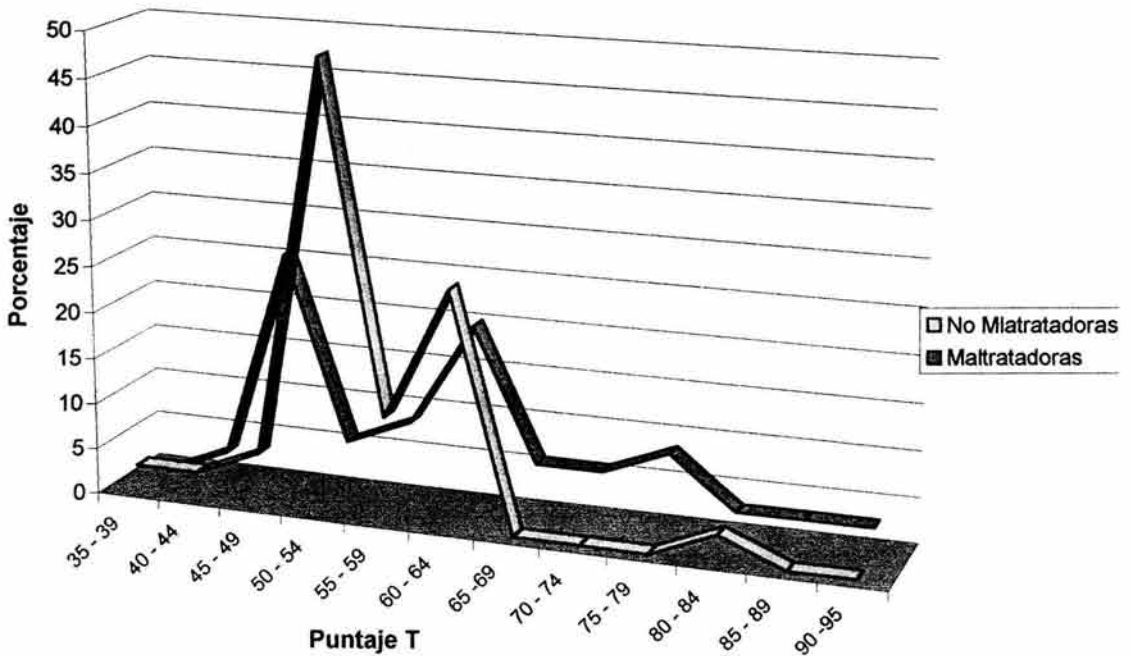


Gráfica 16

Para la Escala Histeria Conversiva en el grupo de las Madres No Maltratadoras, (Ver gráfica, 17) el puntaje T fluctúa en su mayoría en el rango de 50 a 54 que corresponde a un 48%, el rango que le sigue es el de 60 a 64 puntajes T, con un 25%.

Dentro del grupo de las Madres Maltratadoras se observa que el rango de 45 a 49 puntos ocupa el 25%, que corresponde a la mayoría, el rango de 60 a 64 puntos es el que le sigue con una 20%.

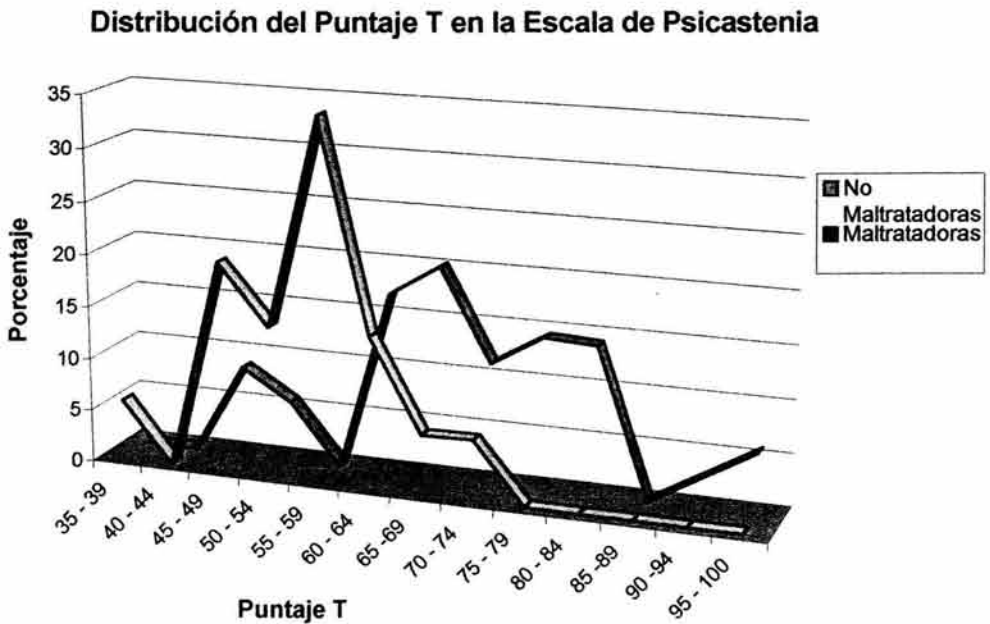
**Distribución del Puntaje T de la Escala de Histeria Conversiva**



Gráfica 17

En la presente gráfica se observa la distribución de los Puntajes T para la Escala de Psicastenia, (Ver gráfica 18) donde se observa que el rango de 55 a 59 puntos es el que mayor porcentaje tiene con un 34% para el grupo de Madres no maltratadoras

En lo que respecta para el grupo de las Madres Maltratadoras, en éste el mayor porcentaje cae en el rango de 65 a 69 puntos y corresponde a un 20%, cabe resaltar que hay una coincidencia entre los rangos de 75 a 79 y 80 a 84 puntos con un 14%.

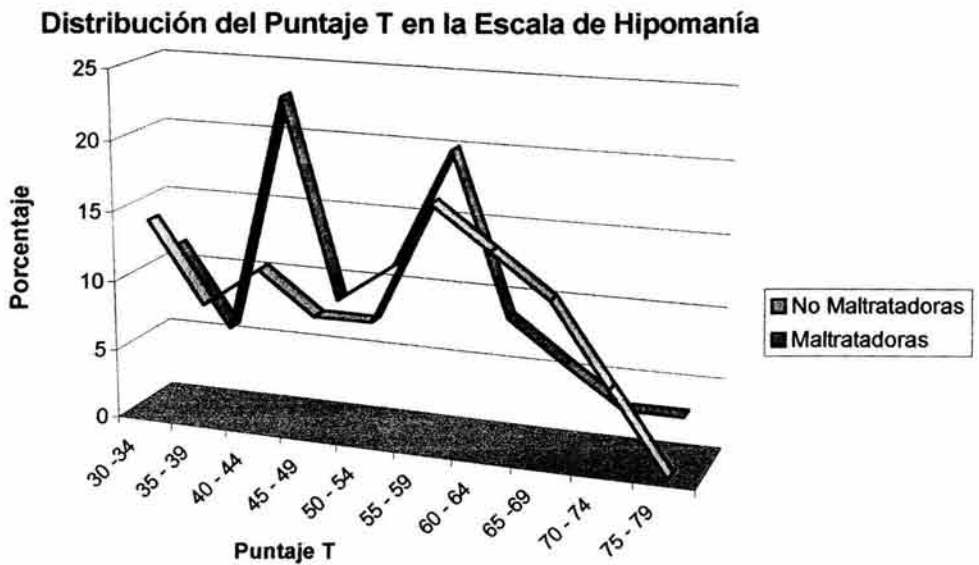


Gráfica 18

En la Escala de Hipomanía (Ver gráfica 19) podemos observar una homogeneidad en los resultados entre ambos grupos en lo que respecta al porcentaje, ya que ocupa una mayoría el cual se encuentra en el rango de 55 a 59 puntos, para el grupo de las Madres No Maltratadoras de un 17%.

En el caso de las Madres Maltratadoras se observa que el mayor porcentaje es de 22% el cual cae en el rango de 40 a 44 puntos.

Cabe destacar que para esta escala en ambos grupos la generalidad de los puntajes se sitúa dentro de la "normalidad estadística".



Gráfica 19



Una vez que se presentaron de manera descriptiva los resultados de los datos sociodemográficos para ambos grupos, así como la distribución de los puntajes T para cada una de las escalas –Básicas, Contenido y Suplementarias- y más específicamente la distribución para cada una de las escalas de investigación de la presente tesis –Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía- se realizó el análisis estadístico correspondiente en una T de Student, el cual permitió observar las diferencias estadísticamente significativas para cada una de las escalas de investigación en ambos grupos. Cabe destacar que la Escala de Hipomanía fue la única que no presentó diferencias estadísticamente significativas al compararla con el Grupo Control, demostrando una diferencia existente pero mínima entre ambos grupos, en comparación con las otras escalas.

| Escalas de Investigación | Grupos           | Media        | Desviación Estándar | t    | gl | $\alpha$      | dif    |
|--------------------------|------------------|--------------|---------------------|------|----|---------------|--------|
| Depresión                | Maltratadoras    | <b>66.22</b> | 11.89               | 5.33 | 60 | <b>.000**</b> | -13.05 |
|                          | No Maltratadoras | <b>53.17</b> | 8.24                |      |    |               |        |
| Histeria Conversiva      | Maltratadoras    | <b>61.57</b> | 13.54               | 2.53 | 52 | <b>.014**</b> | -6.60  |
|                          | No Maltratadoras | <b>54.97</b> | 7.29                |      |    |               |        |
| Psicastenia              | Maltratadoras    | <b>70.40</b> | 12.79               | 6.02 | 58 | <b>.000**</b> | -15.48 |
|                          | No Maltratadoras | <b>54.91</b> | 8.22                |      |    |               |        |
| Hipomanía                | Maltratadoras    | <b>50.34</b> | 11.36               | .471 | 67 | <b>.639</b>   | 1.3    |
|                          | No Maltratadoras | <b>51.68</b> | 12.47               |      |    |               |        |

\*\* Significancia al nivel de 0.05 (2 – tailed).

Tabla # 1

Como se puede observar en la Tabla # 1, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres de las cuatro escalas de investigación. Esto nos lleva **aceptar la hipótesis alterna** y responder efectivamente que existen diferencias entre los puntajes que se obtuvieron de las escalas de Depresión, Histeria Conversiva y Psicastenia del MMPI-2 entre un grupo de madres maltratadoras y uno de no maltratadoras. Aceptando igualmente la **hipótesis nula** de la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en la escala de Hipomanía del MMPI-2 entre el grupo de madres maltratadoras y el de no maltratadoras.

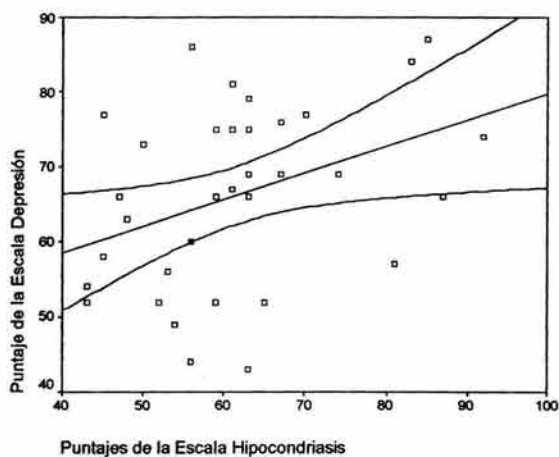
### **Correlaciones entre los grupos**

De acuerdo a los datos obtenidos por los puntajes T –en base a la norma estadística del MMPI-2- y con la finalidad de mostrar con más claridad la relación entre las escalas propias de la investigación –Histeria, Depresión, Psicastenia e Hipomanía,- se calculó un coeficiente de correlación entre las Escalas de la investigación y aquellas que resultaron correlacionadas dentro de los mismos grupos, es decir, la estimación de la relación entre una Escala de investigación y otra del mismo grupo, lo cual se basó en que el incremento en los puntajes de una Escala son proporcionales a los incrementos o decrementos de la otra Escala.

Los resultados muestran que la escala de Depresión del Grupo Experimental es la que se correlaciona con más frecuencia junto con otras escalas, correlacionándose positivamente con Hipocondriasis (alfa de .05), Histeria (alfa .01), Desviación Psicopática (alfa 0.1), Psicastenia (alfa .01) e Introversión Social (alfa .05) Lo que muestra con más notoriedad que en la medida en que la Escala de Depresión del Grupo Experimental tiende a elevarse lo hacen estas mismas escalas del mismo grupo de manera proporcional. Las gráficas 20 a la 24 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen

### Correlaciones del Grupo Experimental

#### Correlación entre las Escalas de Depresión e Hipocondriasis del Grupo Experimental



#### Correlación de Pearson

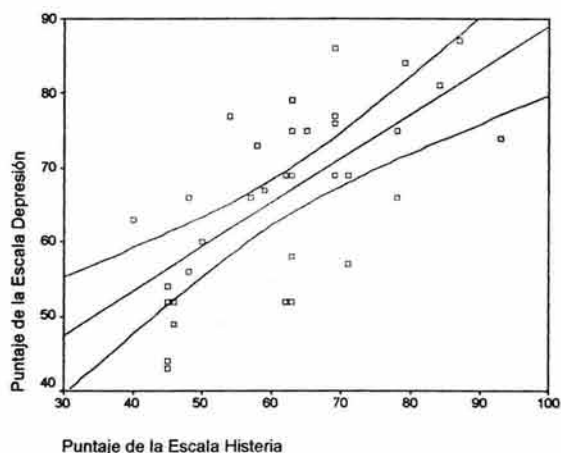
|    |                        |       |
|----|------------------------|-------|
|    |                        | D     |
| HS | Correlación de Pearson | .372* |
|    | Sig. (2tailed)         | .028  |
|    | N                      | 35    |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 20

#### Correlación entre las Escalas de Depresión e Histeria del Grupo Experimental



#### Correlación de Pearson

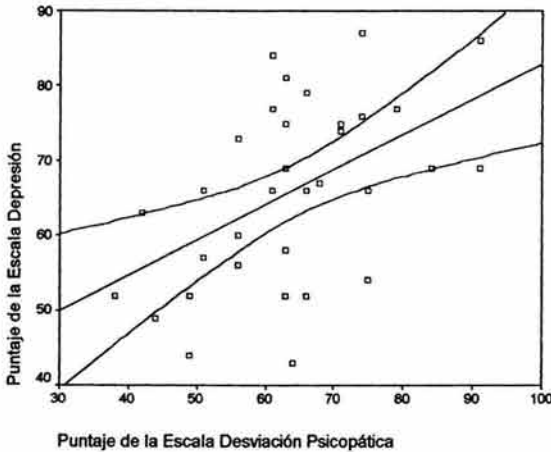
|   |                        |        |
|---|------------------------|--------|
|   |                        | Hi     |
| D | Correlación de Pearson | .676** |
|   | Sig. (2tailed)         | .000   |
|   | N                      | 35     |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 21

**Correlación entre las Escalas de Depresión y Desviación Psicopática del Grupo Experimental**



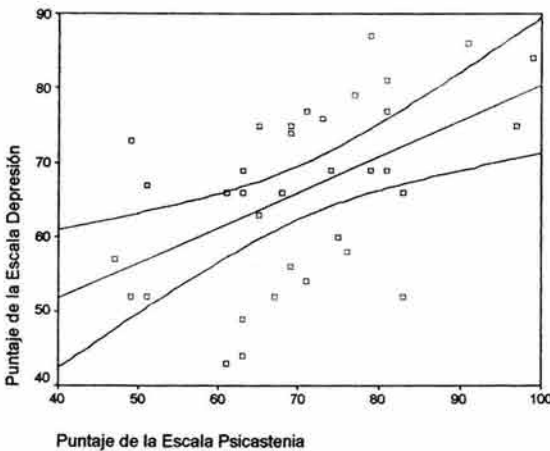
**Correlación de Pearson**

|   |                        |        |
|---|------------------------|--------|
|   |                        | Dp     |
| D | Correlación de Pearson | .512** |
|   | Sig. (2tailed)         | .002   |
|   | N                      | 35     |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).  
 \* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

*Gráfica 22*

**Correlación entre las Escalas de Depresión y Psicastenia del Grupo Experimental**



**Correlación de Pearson**

|   |                        |        |
|---|------------------------|--------|
|   |                        | Pt     |
| D | Correlación de Pearson | .513** |
|   | Sig. (2tailed)         | .002   |
|   | N                      | 35     |

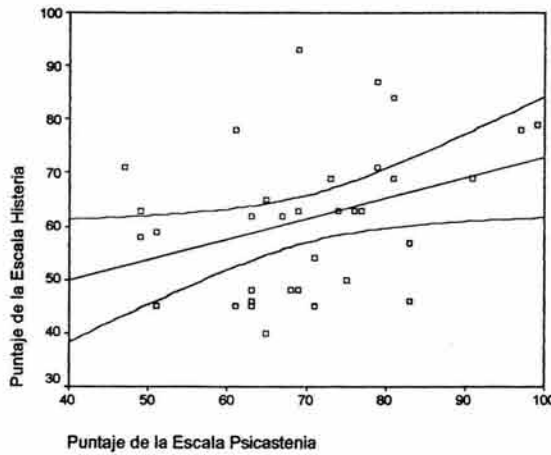
\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).  
 \* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

*Gráfica 23*

**Faltan páginas**

**Nº 130, 131**

*Correlación entre las Escalas de Histeria y Psicastenia del Grupo Experimental*



**Correlación de Pearson**

|    |                        | Pt    |
|----|------------------------|-------|
| Hi | Correlación de Pearson | .363* |
|    | Sig. (2tailed)         | .032  |
|    | N                      | 35    |

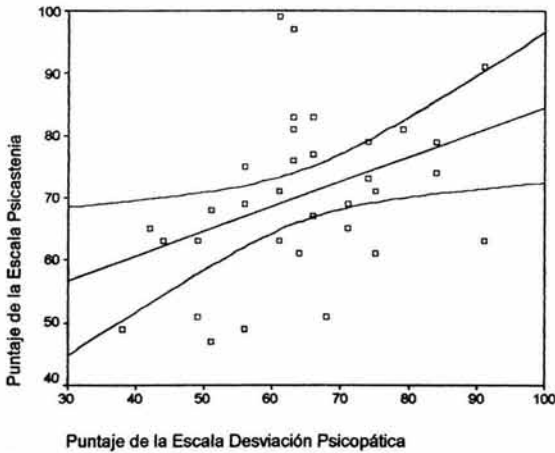
\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

*Gráfica 27*

La Escala de Psicastenia del Grupo Experimental se correlaciona positivamente junto a las Escalas de Desviación Psicopática (alfa .05), Esquizofrenia (alfa .01) e Introversión Social (alfa .05), además de haberlo hecho junto a las Escalas de Depresión e Histeria del mismo grupo. Las gráficas 28 a la 30 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen.

*Correlación entre las Escalas de Psicastenia y Desviación Psicopática del Grupo Experimental*



**Correlación de Pearson**

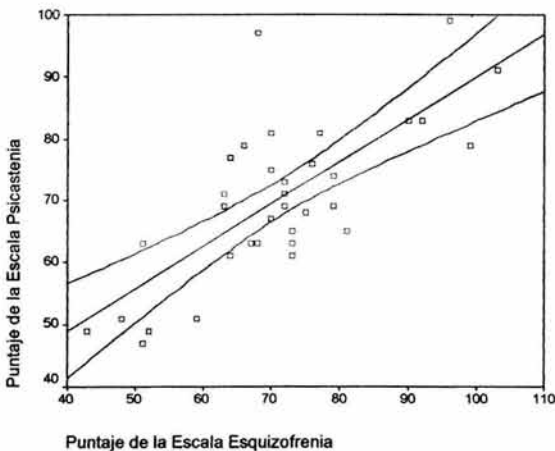
|    |                        |       |
|----|------------------------|-------|
|    |                        | Dp    |
| Pt | Correlación de Pearson | .400* |
|    | Sig. (2tailed)         | .017  |
|    | N                      | 35    |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 28

*Correlación entre las Escalas de Psicastenia y Esquizofrenia del Grupo Experimental*



**Correlación de Pearson**

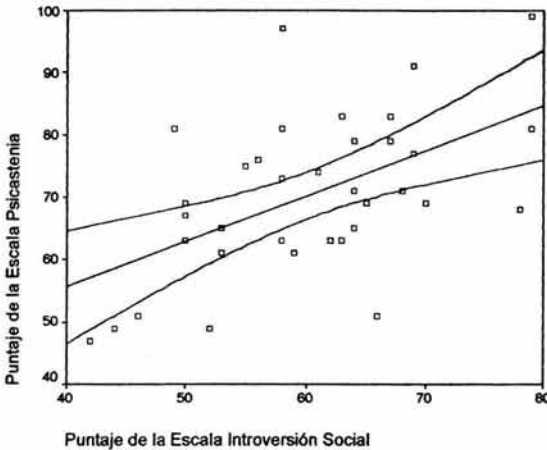
|    |                        |        |
|----|------------------------|--------|
|    |                        | Es     |
| Pt | Correlación de Pearson | .733** |
|    | Sig. (2tailed)         | .000   |
|    | N                      | 35     |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 29

*Correlación entre las Escalas de Psicastenia e Introversión Social del Grupo Experimental*



**Correlación de Pearson**

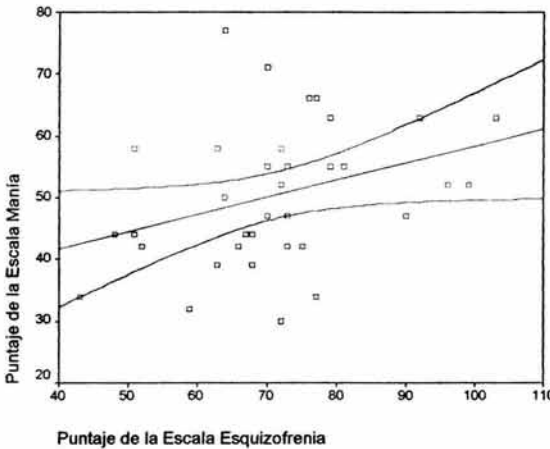
|    |                        |        |
|----|------------------------|--------|
|    |                        | Is     |
| Pt | Correlación de Pearson | .536** |
|    | Sig. (2tailed)         | .001   |
|    | N                      | 35     |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).  
 \* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 30

Por último, en lo que cabe al manejo descriptivo de estos resultados en el Grupo Experimental, la Escala de Manía solo se correlaciona positivamente junto a la Escala de Esquizofrenia (Alfa .05). La gráfica 31 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuye

*Correlación entre las Escalas de Manía y Esquizofrenia y del Grupo Experimental*



**Correlación de Pearson**

|    |                        |       |
|----|------------------------|-------|
|    |                        | Es    |
| Ma | Correlación de Pearson | .336* |
|    | Sig. (2tailed)         | .048  |
|    | N                      | 35    |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).  
 \* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

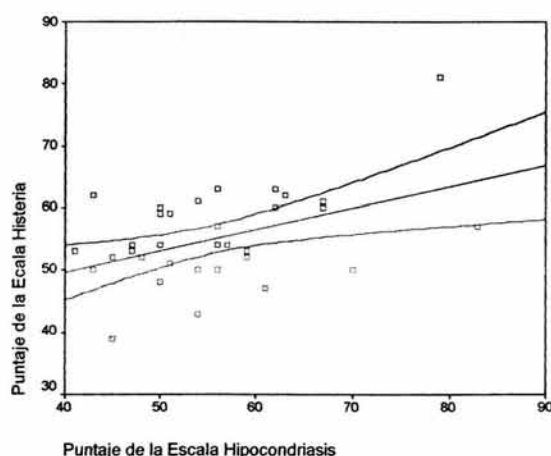
Gráfica 31



### Correlaciones del Grupo Control

En lo que respecta al Grupo Control las correlaciones son menos frecuentes, de hecho la Escala de Depresión no se relaciona ni positiva ni negativamente junto a otras Escalas del mismo Grupo. La Escala de Histeria se correlaciona positivamente junto a la Escala de Hipocondriasis (alfa .01). La gráfica 32 muestra la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen.

Correlación entre las Escalas de Histeria e Hipocondriasis del Grupo Control



Correlación de Pearson

|    |                        | Hs     |
|----|------------------------|--------|
| Hi | Correlación de Pearson | .449** |
|    | Sig. (2tailed)         | .007   |
|    | N                      | 35     |

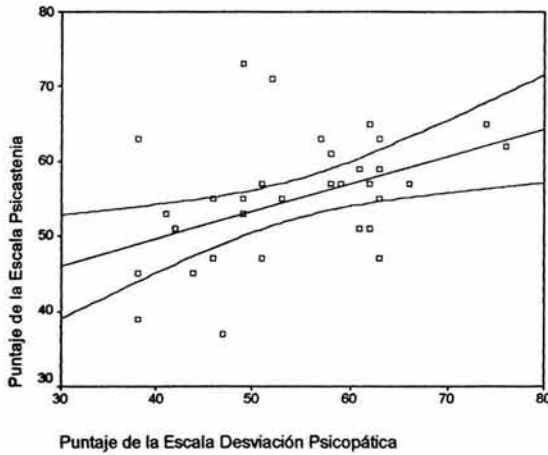
\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 32

Respecto a la Escala de Psicastenia, esta se correlaciona positivamente junto a las Escalas de Desviación Psicopática (alfa .01) y Esquizofrenia (alfa .01) del mismo grupo. Las gráficas 33 y 34 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen

*Correlación entre las Escalas de Psicastenia y Desviación Psicopática del Grupo Control*



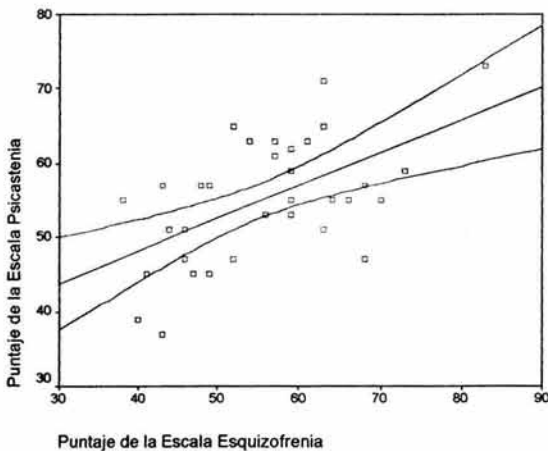
**Correlación de Pearson**

|    |                        |        |
|----|------------------------|--------|
|    |                        | Dp     |
| Pt | Correlación de Pearson | .442** |
|    | Sig. (2tailed)         | .008   |
|    | N                      | 35     |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).  
 \* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 33

*Correlación entre las Escalas de Psicastenia y Esquizofrenia del Grupo Control*



**Correlación de Pearson**

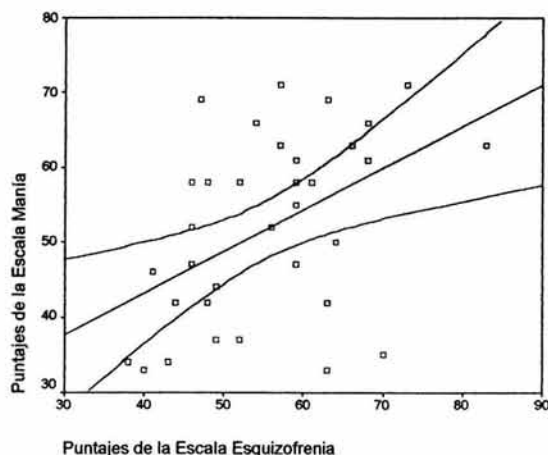
|    |                        |        |
|----|------------------------|--------|
|    |                        | Es     |
| Pt | Correlación de Pearson | .565** |
|    | Sig. (2tailed)         | .000   |
|    | N                      | 35     |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).  
 \* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica 34

Para finalizar los resultados obtenidos de las correlaciones en el Grupo Control encontramos que la Escala de Manía se correlaciona positivamente junto a la Escala de Esquizofrenia (alfa .01) del mismo grupo. La gráfica 35 muestra la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen

*Correlación entre las Escalas de Manía y Esquizofrenia del Grupo Control*



**Correlación de Pearson**

|    | Es                            |
|----|-------------------------------|
| Ma | Correlación de Pearson .470** |
|    | Sig. (2tailed) .004           |
| N  | 35                            |

\*\*Correlación de significancia al nivel .01(2-tailed).

\* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

*Gráfica 35*

*CAPÍTULO SEIS*  
*DISCUSIÓN Y*  
*CONCLUSIÓN*

## **CAPÍTULO SEIS**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En México es hasta nuestros días que se comienza a tomar conciencia de la problemática del maltrato infantil, sin embargo, dentro del maltrato infantil la mayor parte de las investigaciones se ha enfocado hacia las víctimas de éste y no se ha hecho lo mismo con los progenitores, reduciendo la investigación en este rubro únicamente a las características que pudieran presentar los padres que maltratan.

La importancia que tiene el estudio de la personalidad en las madres maltratadoras radica –como se mencionó en capítulos anteriores- en que la madre como individuo único participa con su propio bagaje en torno a su ambiente familiar y su propia historia personal. Estos dos aspectos se encuentran íntimamente ligados a la personalidad materna y ocuparan un papel primordial en la relación de crianza que instaure con su hijo.

De lo anterior se desprende la importancia del estudio en madres maltratadoras, enfocado a sus rasgos de personalidad; debido a la importancia que tienen dentro de su relación con el hijo y en su modo de actuar con el entorno en sí.

La madre maltratadora puede llegar a tener factores de riesgo dentro de su estructura de personalidad que la encamine directamente a ejercer la violencia; los cuales son una dificultad en el control de impulsos, dificultad en el grado de frustración, y dificultad en la capacidad de afrontar y resolver los problemas que le pueda presentar el medio ambiente en el que se desenvuelve (Marcovich, 1981)

Por otro lado Casado (1997) especifica cinco puntos importantes en los que se presenta conflicto y que en la actualidad pueden considerarse como

características de los padres que maltratan y son los siguientes (*Cuadro 1*): un pobre desarrollo emocional, baja autoestima, aislamiento emocional, soledad depresiva y un bajo control de la agresividad.

Algunos investigadores (Primeró y Ramírez, 1996) afirman que la madre maltratadora contiene rasgos de personalidad difícilmente modificables.

La evaluación de la personalidad a través de pruebas presupone la aceptación de una estructura de la personalidad, es decir, que existen patrones duraderos de conducta, propios del sujeto y, por lo tanto, independientemente de las situaciones en que se encuentre, que pueden ser investigados y conocidos (Casullo, 1999).

La importancia del estudio dirigido hacia los rasgos de personalidad en la madre maltratadora permite conocer desde una perspectiva psicológica determinadas alteraciones que se pueden presentar en diferentes áreas de la personalidad materna, así como sus manifestaciones y las relaciones que pueden llegar a establecerse con otro tipo de problemáticas, el conocimiento de ciertas conductas las cuales se han manifestado debido a elementos específicos de la personalidades relevante, pues se puede llegar al desarrollo de desordenes mentales específicos o incluso de conductas poco apegadas a lo que se espera de una persona en el momento en que lleva a cabo determinada función.

El objetivo de la presente investigación fue obtener rasgos de personalidad característicos de un grupo de madres maltratadoras, las cuales asistían regularmente al Centro de Atención Psicoterapéutica para Mamas (CAPSIM), medidos e interpretados a través de las escalas de Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía, del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2) y contrastarlo con los rasgos de un grupo de madres no maltratadoras.

Como primera parte se observan los datos sociodemográficos que son contrastados entre ambos grupos.

En esta investigación se encontraron resultados interesantes con respecto a los datos sociodemográficos, empezando por la edad en donde para ambos grupos el mayor promedio de edad estuvo dentro de los 36 a 40 años, es decir, se trata de mujeres adultas en su mayoría. Cabe destacar que para ambos grupos la edad de 20 a 25 años es el segundo rango que presenta una mayoría

En este punto es interesante revisar los estudios hechos con madres maltratadoras (Benjamín, 1996, Billing, 1986, Goodman, 1994, et al, citados en Rivas, 2000, Friedrich, Tyler, 1985) las cuales presentan cierto tipo de problemas de carácter psicológico, en donde el rango de la edad inicia siempre entre los 36 años de edad y nunca sobrepasa los 38.5 años de edad, así como aquellas madres en que se presenta una patología más definida el promedio de edad disminuye hasta los 28.5 años de edad (Cohn y Campell, 1990 citados en Rivas, 2000).

Referente al estado civil, la categoría que más predominó fue la de casada para ambos grupos, seguida de la unión libre. En el grupo de las madres maltratadoras hay más casos de unión libre, separación y divorcio, lo que podría ser un indicador de que estas madres vivencian su estado civil como una problemática situación que pudiera llevar a desencadenar la violencia como forma de interacción con sus hijos. Al respecto autores como Kempe (1979), Loredo (1994), Casado (1997), et al, mencionan que en su mayoría las madres que maltratan tiene un estado civil que es de poca cohesión familiar en donde el ambiente es muy desorganizado.

El nivel de estudios de estas madres maltratadoras, es en su mayoría considerable el grado de licenciatura, seguido de los estudios de Posgrado y carrera técnica, la mayor parte de las madres maltratadoras terminaron sus estudios. Las madres no maltratadoras cuentan en su totalidad con estudios de

carrera técnica; acompañados de la secundaria como segundo más frecuente, estos sujetos no terminaron sus estudios en su mayor parte.

Sin embargo cuando se revisa el rubro de la ocupación se puede observar que a pesar de haber concluido sus estudios las madres maltratadoras en su mayoría se dedican al hogar y en cambio, las no maltratadoras siempre rebasan a éstas últimas en lo referente a condiciones que impliquen una actividad laboral. En relación con esto último se observa que las madres que maltratan tienen más desajustes profesionales pues su actividad dentro del hogar les puede parecer muy excluyente y por lo tanto son más frecuentes los eventos frustrantes que se presentan dentro de su vida diaria.

Hasta este punto de la discusión encontramos tres datos sociodemográficos que muestran datos atrayentes y que por sus características pueden ser de sumo interés, por un lado tenemos el nivel académico de las madres maltratadoras en donde la mayoría se puede considerar como mujeres con una preparación de nivel profesional y su ocupación se reduce a labores encaminadas al hogar. Si se observa de este modo dichas características se puede deducir que las madres maltratadoras son mujeres que pudieron haber contraído matrimonio en una edad oscilante entre los 30 años, en donde sus intereses están encaminados más hacia el cumplimiento de objetivos y metas de tipo personal, como pueden ser el trabajo o la misma profesión. Lo anterior se relaciona de manera directa con lo mencionado por Ussher, (1991), pues es probable que estas madres no se encuentren bien adaptadas en el ejercicio de la maternidad, ya que no se adaptan bien ante las nuevas circunstancias y al cambio que puede presentar su vida incluyendo su estatus social.

De aquí que cuando tienen un hijo sea por elección o por que no tuvieron otra alternativa, su ritmo, el cual estaba encaminado hacia un objetivo de carácter personal, cambia y toda su atención se debe enfocar hacia el niño; ya que como afirma Lorenzer (1987) la relación entre madre hijo es en muchas ocasiones



unilateral, es decir, la madre será quien satisfaga las exigencias del niño y tendrá que adaptarse a éstas.

Por lo que hay una brecha que le puede parecer abismal entre lo que se quiere hacer o se hizo en alguna forma y lo que se esta haciendo.

Asimismo muchas madres maltratadoras pudieron convertirse en madres debido al hecho de responder a una demanda de tipo social, pues en nuestra época la maternidad es una función que aún se encuentra asignada a un modelo de mujer. Díaz-Guerrero (1993), afirma que dentro de nuestra sociedad la madre es considerada como una pieza de primordial importancia, asignándole un rol de dominante, responsable de la unidad y cohesión familiar por encima de lo individual.

Por lo que si se observa la interrelación existente entre este tipo de variables se deriva la siguiente inferencia, que para muchas de estas mujeres el ejercicio de la maternidad le puede llegar a parecer una actividad frustrante y de poco interés, debido a lo que se quiere hacer y lo que se le demanda que haga.

En el número de hijos para las madres maltratadoras la mayoría fue de uno, situación que puede desembocar en dirigir el maltrato de manera activa y constante hacia éste. Las madres no maltratadoras llegan a tener hasta dos hijos. Inferir.

Sin embargo en este punto habría que resaltar el porque las madres maltratadoras presentan en su mayoría hijos únicos e investigar que es lo que les motiva de la percepción que tienen del niño para desarrollar el maltrato como forma de interacción. De la misma forma cabe destacar que no se debe correlacionar de manera negativa el dato numero de hijos con el desarrollo del maltrato infantil, como es el caso de las madres no maltratadoras en donde la tendencia se inclina hacia el número creciente de hijos –hasta tres-, ya que en algunas investigaciones (Friedrich, Tyler, James y Clark, 1985), las madres

maltratadoras tienen como promedio hasta tres hijos, y las madres no maltratadoras tiene como promedio uno.

En lo referente a las parejas para ambos grupos, la edad promedio de las parejas de las madres maltratadoras oscila en el rango de 41 a 45 años por lo tanto son mucho mayores que ellas; en contraste con las madres no maltratadoras en donde la edad de la pareja es equivalente a la de ellas.

La escolaridad de los parejas de las madres maltratadoras se encuentra entre el nivel de licenciatura y secundaria, los cuales fueron terminados en un alto porcentaje en su totalidad; no obstante pocas son las parejas que ejercen su profesión, dedicándose en mayor parte a ser empleados, seguido de la ocupación de obrero.

Por el contrario en el grupo de madres no maltratadoras hay una equivalencia entre el nivel de secundaria y bachillerato como el nivel académico más alto. La licenciatura ocupa un lugar por debajo de éstos. Al igual que en el grupo experimental las parejas no maltratadoras se dedican a empleado de gobierno, en su mayoría. En este grupo en comparación con el de las parejas de madres maltratadoras no hay desempleados.

Finalmente en el análisis de datos sociodemográficos, en lo que corresponde al tiempo de vivir juntos para ambos grupos el promedio fue de 10 a 14 años, sin embargo, dentro del grupo de madres maltratadoras se iguala en frecuencia con el periodo de 0 a 4 años.

Una vez concluido el análisis los datos sociodemográficos, se inicia la discusión sobre los datos arrojados en los puntajes del MMPI-2 con el objetivo de analizar el perfil de personalidad que obtuvieron las madres maltratadoras y no maltratadoras.

Con el fin de destacar aquellas diferencias en las variables de los rasgos de personalidad que existen entre ambos grupos.

El estudio de la personalidad en la actualidad, a través de pruebas que tengan un alto nivel de confiabilidad y validez es algo muy útil, dentro de los diferentes campos que aborda la Psicología Clínica. Una de estas pruebas es el del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2), el cual es ya toda una tradición dentro del campo de los Test psicológicos.

De lo anterior se desprende su importancia pues, definitivamente, al tener presentes algunas de las características del MMPI-2, y cierta forma de combinar las variables básicas, es posible lograr datos que hablen de modo muy completo de las características de una persona, o de un grupo, tanto los elementos alterados o patológicos que pueden existir en su personalidad, como de sus recursos, su posibilidad para recibir ayuda, sus mecanismos de defensa y, en general, de la organización psicodinámica de sus rasgos.(Rivera, 1987)

En lo que respecta al objetivo de la presente investigación, es decir, la obtención de rasgos de personalidad a través de las escalas de investigación –**Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía**- y en base a los puntajes T de las escalas que presentan puntas elevadas muy por encima de la normalidad estadística; podemos observar según las investigaciones de Butcher (1999), Rivera (1987) y Ampudia (1996) entre otros, que las madres del grupo experimental presentan en general síntomas asociados con la depresión, la ansiedad y la tensión, es decir, alteraciones en su estado de ánimo.

La aplicación del MMPI-2 permitió la obtención de un perfil de personalidad el cual resulto ser valido e interpretable pues el puntaje en bruto de la escala F fue de 11, índice de Gough corresponde a 7 en puntaje crudo y hay escalas que se encuentran dentro de la normalidad estadística.

Por lo que la descripción del presente perfil permitió el relacionar algunas características de las madres maltratadoras con los rasgos observados.

Tomando en cuenta las puntuaciones T del MMPI-2 se obtuvo la media de cada escala básica, por lo que fue de utilidad para la obtención del siguiente perfil de Personalidad en el grupo de madres maltratadoras:

**87'624+13-90/5: F+L/K:**

La codificación del presente perfil corresponde a la del autor Welsh, (1951, citado en Butcher, 1999) en donde la simbología asignada a cada escala corresponde a un puntaje T específico (o puntuación estandarizada o normalizada). La explicación al perfil de las madres maltratadora es el siguiente:

Para la escala de Esquizofrenia (8) y Psicastenia (7) el puntaje T se encuentra en el rango de 70-79, por lo que corresponde asignársele una comilla ', las escalas de Paranoia (6), Depresión (2) y Desviación Psicopatica (4), oscilan entre los rangos de 65-69 puntos T, por lo que se les asignó un símbolo de +, Hipocondriasis e Histeria Conversiva, tiene una puntuación entre 60-64 así que les corresponde una diagonal, / .

Las escalas de Introversión Social (0), e Hipomanía (9), se encuentran dentro de la normalidad estadística pues sus puntajes corresponden al rango de 50-59 puntajes T, así como, la escala Masculino-Femenino (5), a quienes corresponde el símbolo de dos puntos :, lo que indica que se encuentra en la normalidad estadística.

Lo anterior corrobora los resultados presentados en la tabla uno, del capítulo anterior en donde las escalas que son objeto de estudio en la presente investigación –**Depresión, Histeria Conversiva, Psicastenia e Hipomanía**– tiene una marcada diferencia estadística entre el grupo de madres maltratadoras y no maltratadoras, así como se corrobora la diferencia mínima en la escala de Hipomanía, entre ambos grupos, y se encuentra dentro de la normalidad estadística, y que es de dos puntos T; por lo tanto la descripción del perfil

tomando en cuenta las características clínicas es importante para la discusión de esta investigación.

En relación con lo anterior, a continuación se resumen las características de personalidad en base a los parámetros establecidos por Butcher (1999), Rivera (1987), Ampudia (1996), y Lucio (2003):

Se puede observar que son personas que se sienten nerviosas la gran parte del tiempo y tienden a preocuparse en exceso por situaciones poco importantes, mostrándose vulnerables ante las amenazas reales pero sobre todo las imaginarias por lo que constantemente se sienten tensas ya que tratan de anticipar los problemas antes de que ocurran o exagerando los que ya están presentes, mostrando sentimientos de fatalidad catastrófica.

Respecto a la vivencia en su cuerpo generalmente presentan problemas físicos, centrados en la fatiga y el agotamiento el cual se expresa en la lentitud de sus procesos de pensamiento.

En general manifiestan sentirse infelices y tristes lo que relacionan con sus actividades cotidianas, las cuales suelen considerarlas como aburridas y poco interesantes en comparación a su nivel de escolaridad, por lo que suelen mostrarse frustradas, situación que pocas veces llegan a elaborar proyectando dichos sentimientos en las personas que les rodean ya sea hacia su familia de origen o a su familia nuclear.

Debido a que presentan una fuerte carga de tensión interna la cual no ostenta una vía de sublimación adecuada se muestran en demasía escrupulosas y con una fuerte necesidad de llevar a cabo lo socialmente establecido ya que se muestran meticulosas, perfeccionistas y por momentos compulsivas, dicha conducta suelen extenderla hacia las personas que les rodean.

En lo referente a su autoimagen acostumbran presentarse como indecisas e inseguras con fuertes sentimientos de incapacidad e inferioridad ante los demás.

Sus relaciones interpersonales suelen vivirlas con dificultad y frustración ya que se enfrentan constantemente contra el rechazo, debido a que por una parte se muestran ante los otros con demandas de atención y afecto de carácter infantil a través de las cuales se busca la manipulación y la satisfacción de sus deseos y demandas y por la otra muestran una marcada dependencia hacia las figuras significativas sin embargo, debido a su poca tolerancia a la frustración y un bajo control de impulsos entran en constante conflicto entre su demanda y deseo y el sometimiento de los otros. Nunca llegan al involucramiento afectivo

Son personas sumamente pendientes de la crítica y opinión social, respondiendo de manera muy marcada ante las reacciones de los demás, se sienten víctimas de las circunstancias por lo que tienden a racionalizar y culpar a los demás de su situación, mostrándose por momentos hostiles y resentidas por lo que son proclives a presentar acting out más o menos severos, ya que presentan dificultades al manejar situaciones pasadas que les generaron conflicto y las cuales actúan en situaciones de estrés extremo con impulsividad, hostilidad y en ocasiones con descargas de violencia y ansiedad que vivenciada en intenso.

Su comprensión intuitiva acerca de su conflictiva actual y el papel que ellas desempeñan puede verse reducido por la tendencia a la actuación de sus impulsos, impidiéndole tener una adecuada autocrítica y evaluación de su propia problemática, no obstante dada la utilización de su dotación intelectual.

En lo referente a las Escalas de Contenido y Suplementarias, en base a Butcher, (1999) y Lucio (2003) se puede destacar que dentro de **los síntomas internos** se encuentra la presencia de ansiedad la cual se manifiesta a través de síntomas físicos como son la angustia, tensión, y problemas somáticos. Hay un miedo constante en la vida y dificultad en tomar decisiones, por lo que meditan

excesivamente y acerca de asuntos y problemas provocando la impaciencia en la gente que les rodea. No hay una capacidad de llevar a cabo cambios, sintiéndose abrumadas con sus propios pensamientos.

Se encuentran involucrados sentimientos internos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y un desinterés general por la propia vida; pueden llegar a creer que hay otras personas que desean hacerle daño.

En cuanto a las **tendencias agresivas externas y su relación con el autoconcepto negativo** encontramos que se describen a sí mismas como irritables, gruñonas, además de impacientes, temperamentales y tercas. Con frecuencia sienten el deseo de maldecir o destrozar, perdiendo el autocontrol y dañando físicamente a la gente cercana a ella o a objetos.

Poseen una pobre opinión de sí mismas, creen que no les agradan a los demás y que no son importantes para los otros, Hay poca confianza en sí mismas y encuentran difícil aceptar cumplidos de otros.

Hay una clara presencia de desavenencias y pleitos importantes dentro del núcleo familiar describiendo a los miembros de su familia como desagradables o poco afectuosos. Incluso quizás sientan odio, por su familia. Recuerdan haber sufrido abusos en su infancia y consideran sus matrimonios como infelices y faltos de afecto. Probablemente haya una historia de abuso físico.

Sus defensas yoicas no se encuentran bien adaptadas, por lo que se les dificulta enfrentarse a situaciones y a problemáticas estresantes. Dentro de sus actividades no hay una estabilidad ni responsabilidades seguras ni constantes.

Dentro del campo profesional se indica que parecen estar poco adaptadas; ser ineficientes generalmente pesimistas y angustiadas; además pueden desarrollar síntomas físicos y sentirse abrumadas la mayor parte del tiempo.

Probablemente estas madres sufrieron un suceso traumático durante la infancia por lo que presentan síntomas de estrés postraumático, que se manifiesta a través de angustia emocional intensa, así como ansiedad y alteraciones en actividades cotidianas.

Al analizar detalladamente el perfil de las madres maltratadoras y observando las escalas más elevadas en el perfil, a través del Diagrama de Diamont (Benavides, 1981), se observa que el aumento de la Escala 8 (Esquizofrenia) tiene como consecuencia una disminución en su contacto social por lo que las madres maltratadoras presentan una carencia en la forma de establecer relación con los integrantes de su medio, debido a las fantasías que pudieran ocupar un lugar primordial y a la hostilidad que se experimenta.

Asimismo el aumento de la escala 6 (Paranoia), disminuye su conformismo social o el cumplimiento de éste, el cual debe estar encaminado a las normas y leyes que rigen el comportamiento del grupo social de pertenencia, en donde se cuenta con la flexibilidad necesaria para adecuarse a las mismas, sin sacrificarse o guardar resentimiento. Al aumentar la escala las madres maltratadoras se sienten fuera de la sociedad, suelen ser susceptibles ante el medio ambiente, sintiéndose limitadas por ellas mismas, experimentando hostilidad, tratando de manejarla por medio de la proyección y la racionalización.

Las escalas 2 y 7 (Depresión y Psicastenia), tienen un aumento el cual disminuye la actividad del sujeto y aumentan su conciencia personal, respectivamente, examinando lo anterior se puede ver que el proceso depresivo de la culpabilidad origina una disminución del proceso ideativo, con lo que disminuye la actividad psicológica, por lo que se tornan dependientes y acentuando su falta de interés por el medio ambiente y volcando hacia sí mismas la fuerte tensión que experimentan.



Todo lo anterior es muy llamativo pues la disminución del cumplimiento social trae como consecuencia el aumento de sentimientos de lastima en base a una dependencia social, es decir, estas madres maltratadoras, saben que están violando una norma social al ejercer el maltrato infantil como única vía de interacción con su (s) hijo (s) y que no están llevando a cabo con éxito las exigencias que el medio demanda de ellas en el ejercicio de la maternidad y a su vez demuestran el fracaso interno de adaptación y aceptación de su rol maternal, por lo que los sentimientos de culpa van en aumento y siempre se encuentran acompañados de impresiones de lastima hacia sí mismas. De la misma forma la culpa y el sentimiento de lastima son constantes pues saben que no son capaces de proporcionar un ambiente cálido al niño y si que únicamente pueden ser responsables de un deficiente cohesión familiar y generadoras de un ambiente intrafamiliar desorganizado.

Para las madres maltratadoras hay cosas dentro de su ambiente cotidiano que se encuentran fuera de contexto pues la presencia de su hijo les dicta que están detenidas en su desarrollo.

La presente investigación ya arrojó datos que responden a la pregunta de investigación en lo referente a las diferencias en los rasgos de personalidad en las madres maltratadoras. Ahora bien, como tercer rubro cabe destacar las características de personalidad que presentan estas madres maltratadoras y de acuerdo con los resultados obtenidos, hay una relación con las particularidades presentadas en algunas neurosis que fueron descritas en el tercer capítulo, entre la que se encuentran, relaciones directas con sus patrones conductuales y con las características de conductas encaminadas hacia la neurosis.

Así por ejemplo, Janet (1991) afirma que una de las características esenciales del estado psicasténico de la personalidad es el anticipar, las acciones y las consecuencias de éstas, el objetivo de dicha conducta es el atenuar y disminuir en cierta forma la incertidumbre y la angustia que son síntoma, en este padecimiento

Por lo que corresponde a la escala número tres (Histeria Conversiva) hay similitudes con la neurosis del mismo nombre. En la actualidad los síntomas de la conversión no se manifiestan como en el siglo antepasado, sino que pueden manifestar en síntomas físicos, usualmente vagos y de origen desconocido (Lucio, 2003) que pueden ir desde una cefalea hasta una parálisis parcial de alguna parte del cuerpo. Hay un decremento de la energía y se pueden presentar trastornos del sueño.

Lo anterior nos hace referencia directa hacia los síntomas de la depresión, en donde el sujeto se encuentra abatido, el concepto de sí mismo es pobre y su relación con los otros puede tornarse difícil y de carácter hostil. Las madres maltratadoras presentan patrones de personalidad muy semejantes como ser irritables, impertinentes apáticas e insensibles (Bar Din, 1989). Asimismo pueden ser extremadamente sensibles y verse afectadas por la conducta de sus hijos (Simon Rueda, 2000), hay un sentimiento de incompreensión del que responsabilizan a los demás.

Casado, (1997), refiere que los padres que maltratan tienen dificultades de tipo específico, las cuales pueden exponerse en una inmadurez de tipo emocional, una fuerte dependencia y una necesidad de afecto muy grande. Aunado a lo anterior hay una baja autoestima y una escasa autoconfianza en donde la sensación de incompetencia predomina. Son hipersensibles a la crítica y su identidad es muy pobre. Son personas que se aíslan emocionalmente, rechazan las relaciones humanas y en éstas hay poca empatía falta de afecto y desconfianza.

Los sentimientos depresivos son constantes y se encuentran ligados a un bajo control de la agresividad, acostumbran ser hostiles, agresivos y tienen un patrón de violencia y agresión.

Otro punto a destacar es que las madres maltratadoras exhiben una dificultad en sus bajas redes de apoyo social, sin relacionarse con otras personas así como en relaciones estrechas con familiares y amigos (Arrubarrena, 1994).

A este respecto las características de las diversas neurosis se manifiestan como una incapacidad de establecer relaciones interpersonales, de manera estrecha en donde la ligazón afectiva sea realmente verdadera, y la empatía sea recíproca, por el contrario, los sujetos se sienten incómodos y evitan a toda costa el contacto afectivo.

Dados los resultados arrojados en la presente investigación se puede observar que estas mujeres presentan una tendencia hacia la impulsividad. Amara (1998) describe que este tipo de personas hacen más esfuerzos para evitar que se les abandone, sin embargo, su inestabilidad en las relaciones con los otros, y la pérdida, aun la simple amenaza de ruptura tiene efectos devastadores en la autoimagen, en el estado emocional, en la forma de percibir e interpretar el mundo y en el comportamiento.

Las madres suelen tener dificultades de tipo comportamental, afectivo y cognitivo en donde los trabajos realizados con enfoque clínico demuestran que estas madres presentan una fuerte dificultad en el exceso de su impulsividad e inmadurez, poca tolerancia a la frustración resultando extremadamente sensibles (Simon Rueda, 2000).

González (citado en Ramírez, 1996), opina que las madres maltratadoras cuentan con una baja autoestima, siendo inseguras de sí mismas, suelen sentirse inadaptadas socialmente, incomprendidas por todos, que pasan fácilmente de la impulsividad a la depresión y que ante situaciones problemáticas actúan violentamente, sufren de dificultad para controlar su agresión, y tienen una personalidad rígida, dominante e impulsiva.

Cabe destacar que las madres maltratadoras arrojaron en la escala de Fuerza del Yo un puntaje muy por debajo de la norma, lo que coincide con lo planteado por Anthony y Kreitman (1983) quienes exponen como un factor dinámico estrechamente relacionado con el vínculo que establecen con sus hijos y que rotulan como un sistema inadecuado de defensas yoicas, en donde el niño es considerado como una amenaza concreta para los mecanismos de defensa de la estructura de personalidad de la madre.

En base a los mecanismos defensivos que establece Bolio (1988), los mecanismos de defensa que presentan estas madres maltratadoras son:

**-la proyección;** este mecanismo opera inconscientemente y atribuye a otros aquello que es emocionalmente inaceptable en el propio ser. En este grupo de la madre puede ser posible que la madre atribuye a su hijo o a cualquier otro miembro del a familia, algún defecto de su propia persona y que ella no tiene. Por lo general las madres no suelen darse cuenta, pues este mecanismo es inconsciente y esta constituido de limitaciones, temores y defectos que resultan inaceptables para ella.

**-la formación reactiva:** la cual funciona de manera inconsciente y consciente, por medio del cual tomara para sí misma patrones de acuerdo con los de otro. DeMause (1974) afirma que las madres maltratadoras sufren de lo se denomina reacción de inversión de rol en donde los hijos deben satisfacer las demandas y las necesidades de los padres, y es casi siempre el hecho de que el niño como padre no demuestre cariño lo que puede desencadenar una crisis de maltrato.

**-el desplazamiento:** este es un mecanismo inconsciente a través del cual el sujeto asigna a los hijos sentimientos, actitudes, virtudes y defectos de terceras personas. También opera inconscientemente e interviene en el desarrollo de preferencias y rechazos. A través de este mecanismo una emoción es desplazada de su objeto original a un sustituto más aceptable, menos peligroso o amenazante

y de ese modo el sujeto alivia la tensión o ansiedad que la situación conflictiva le producía

Los caracteres transferidos casi siempre están relacionados con figuras importantes, sobre todo de la edad temprana. En este punto la madre maltratadora presenta relaciones intrafamiliares que presentan trastornos parentales, el ataque a su hijo se relaciona en muchos casos con rivalidad no resuelta e intensa con sus hermanos, transfiriendo en el hijo la imagen de la madre y en quine reviven el resentimiento que sintieron hacia sus hermano o hermana.

**-la racionalización:** Por medio de esta se intenta justificar o hacer conscientemente tolerables, por medios plausibles, sentimientos, conductas y motivos que de otra forma le resultarían intolerables.

Asimismo las madres maltratadoras suelen utilizar la **represión**, pues tratan de dejar a un lado aquellas situaciones y objetos que suelen percibir como amenazas y a su vez aseguran parte de su psique. Aunado a lo anterior también suelen utilizar **la idealización, la omnipotencia y la desvalorización**, a través de los cuales pueden castigar a una figura u objeto interno de manera despiadada y posesiva. En cuanto a estos últimos mecanismos de defensa la madre maltratadora de acuerdo, con Steele (1983, citado en Anthony, 1983), perciben en su hijo una reedición de su sí mismo malo proveniente de su propia infancia, en donde la imagen del niño es de insatisfacción, carencia de valor y una identificación arraigada con el padre crítico que considera insatisfactorios a los hijos.

Asimismo el sentimiento común de ineptitud, de absoluto demérito e insignificancia en las madres que aplican malos tratos, se relaciona en especial con la madre, estas mujeres durante toda su vida anhelaron patéticamente el cuidado de una buena madre y acudieron a esta una y otra vez, y no hallándola terminaron por caer en el desengaño, la desilusión una disminución de su autoestima y la ira.

La presente investigación ya describió los resultados que corresponden a las madres maltratadoras y que responden a la pregunta de investigación, sobre los rasgos de personalidad que pueden presentar estas madres, ahora corresponde describir las características que se observaron dentro del grupo de madres no maltratadoras.

En principio, el perfil que se obtuvo fue el siguiente:

**8137642095/ FL/K:**

El perfil es válido e interpretable pues el puntaje en bruto de la escala F es de (7) y el valor en bruto del índice de Gough es igual a (-8).

Como se puede observar la mayoría de las escalas se encuentran dentro de la normalidad estadística y las que sobrepasan la normalidad estadística fueron la Hipocondriasis (1), La Esquizofrenia (8), Histeria Conversiva (3), y Psicastenia (7), sin embargo este aumento en las escalas por encima de la media es mínimo solo por una diferencia de puntuación. El resto de las escalas se encuentra dentro de la norma.

Lo que indica que el perfil describe a una mujer adaptada, confiable y equilibrada, que presentan una preocupación por su estado de salud el cual se encuentra dentro de la normalidad sin que este permita una interrupción de sus actividades ordinarias, pues poseen una adecuada percepción de la realidad, siendo sensibles y con un equilibrio emocional y un sentido de la responsabilidad.

Al hacer la descripción del presente perfil se pueden encontrar términos positivos como el ser personas con habilidades sociales, confiadas, equilibradas y hasta cierto punto, convencionales.

Suelen ser confiables, tenaces, sin embargo, pueden ser, autocríticas o exageradas en su control de impulsos.

Manifiestan estar conformes consigo misma, además de ser estables, equilibradas y sensatas, teniendo relaciones interpersonales estabilizadas.

Probablemente tengan sentimientos de hostilidad y agresión pero que pueden expresar de manera moderada y adaptada en cierta forma.

De acuerdo con esto que se puede establecer una relación directa entre los rasgos de personalidad que presentan las madres maltratadoras, su expresión dentro del ámbito del maltrato infantil y con esto la manifestación o el posible desarrollo de una neurosis o de algún problema que se vea mediatizado por los rasgos de su personalidad y que afecten la buena funcionalidad de ésta.

Los diferentes estudios (Friedrich, Tyler, James y Clark, 1985, Benjamín, 1996, Billing, 1986, Goodman, 1994, et al, citados en Rivas, 2000) con madres que presentan algún tipo de característica psicológica en rasgos patológicos, han encaminado el análisis hacia el hecho de que la patología materna y sus rasgos específicos pueden traer consecuencias en la relación que tiene con su hijo (s) o bien la percepción que la madre puede llegar tener de éste. Así como el desarrollo de una problemática a nivel mental por parte del niño originada de la relación que se puede tener con una madre enferma.

En este punto Masterson (1975), destaca en su estudio con la personalidad de madres que presentan patología límite, que estas madres son mujeres ávidas de afecto, agresivas, dominantes exigentes y controladoras, que necesitan y mantiene vigorosamente el vínculo simbiótico con su hijo. Son incapaces de gratificar las necesidades de dependencia del niño, o de poner límites adecuados a su conducta e inconscientemente provocan la actuación agresiva de estos y al no poderse las controlar acude a la violencia.

Así si la violencia es utilizada como la principal forma de interacción entre la madre y su hijo, con ello se puede generar el maltrato infantil.

Percibiendo el infante como única forma de interacción posible, la violencia, no solo con la madre, sino con otras personas y extendiéndola hacia su vida adulta.

Estudios como el de Ramírez (1996) pone de manifiesto que cuando se presenta durante la infancia maltrato infantil es muy probable que se exterioricen rasgos latentes de neurosis en la edad adulta. En caso de no ser observados a tiempo dichos patrones en la relación madre hijo, en la personalidad de la madre y en las características propias del niño o bien en las que llegue a desarrollar, es probable que eventos como el maltrato y el desarrollo de una enfermedad neurótica se encuentren presentes de una generación a otra.

Referente a lo anterior es probable que según la conducta de la madre maltratadora, el hijo presente problemas del mismo tipo dentro de su personalidad, pues como afirma Amara (1998), *la madre suele presentar comentarios críticos, actitudes de rechazo y hostilidad y distanciamiento afectivo*, como características en las que se puede detectar una conducta maternal inadecuada y al ser difícilmente modificables el niño puede presentar conductas disfuncionales en un futuro.

Finalmente, la presente investigación, aporta datos de interés que cambian en gran medida la percepción que se tiene acerca de que las madres maltratadoras pueden ser mujeres que no tienen estudios concluidos en su mayoría, que son integrantes de una familia en donde uno de los progenitores puede no estar presente o no tener estudios ni trabajo y en donde su condición socioeconómica no es favorable en la mayor parte de los aspectos, sin embargo, las características mencionadas anteriormente no son concordantes con los datos obtenidos dentro de esta investigación.

Las madres maltratadoras son mujeres que en su mayoría terminaron estudios de licenciatura, son casadas, la mayor parte tiene únicamente un niño, por lo que las características con el perfil del padre maltratador preestablecido son poco coincidentes y aunado a esto en muchos datos sociodemográficos las diferencias con las madres no maltratadoras no son muy marcadas.

Lo anterior puede estar relacionado, con el deseo de la madre a desempeñar actividades que se encuentren más ligadas a sus expectativas y anhelos de



desarrollo personal, por lo que las madres maltratadoras al responder a una demanda de tipo social, es decir, el ser madres, traten de adecuarse a este rol de su vida, sin embargo, dicha realización no es del todo suficiente como para llenar sus intereses.

Por lo que se debe remitir a los aspectos de la personalidad y las percepciones maternas de estas madres, pues en relación con lo anterior, su preparación académica y su actual condición de vida, la presión de dar una respuesta a una demanda de tipo social, puede desencadenar que estas mujeres no ejerzan un maltrato infantil en sus más drásticas manifestaciones, sino por el contrario, un maltrato sutil, en donde la base de la relación con el niño sea el rechazo y la indiferencia hacia el trato que establezca con su (s) hijo (s).

La importancia del estudio en base a los rasgos de personalidad en madres que tienen un deterioro en la relación afectiva con sus hijos, radica en que la mayor parte de la literatura se ha encargado del estudio, del afectado en sí, es decir, el niño y de los tipos de maltrato que pueden existir. Por lo que el conocer que es lo que subyace detrás de la personalidad de una madre que maltrata de alguna forma a su hijos, servirá para comprender el porque se puede dar el maltrato, o como afecta esta problemática a la personalidad de una madre que fue agredida cuando niña o aún más interesante que no haya sido agredida y que ve en su hijo una reviviscencia de algo que pudo haber ocurrido en su niñez.

*ALCANCES Y  
LIMITACIONES*

### **ALCANCES Y LIMITACIONES**

La presente investigación puede dar cabida al estudio de otro tipo de variables, como pueden ser el modo de intervención que es necesario para este tipo de personas, así como la localización de otro tipo de áreas que se encuentren afectadas dentro de la personalidad de la propia madre y el modo en que estas se afectaran y se relacionaran de manera estrecha con otro tipo de situaciones más encaminadas hacia el entorno en el que funcionan estas mujeres y las dificultades que se les pueda presentar ya no como madre sino como individuo.

De igual manera da apertura a diferentes puntos de vista clínicos, los cuales pueden abordar diversas áreas encaminadas al maltrato infantil y en específico a las madres maltratadoras, pues es un aspecto de dicha problemática en el que se comienza a poner atención, a pesar de que en diversos terrenos se le considera como la base de todas las relaciones posteriores que establezca el niño, y por lo tanto hay un escepticismo en torno al modo de ejercer la crianza.

Por lo que los elementos que aporta este tipo de investigaciones dará la pauta para conocer elementos que permitan emprender modos de intervención y de resolución de diversos ámbitos que quedan en manos del clínico, así como la detección oportuna del riesgo en el que puede estar una madre para que la relación que lleva a cabo con su(s) hijo(s) desemboque en maltrato y no se convierta en una interacción basada en la agresión, el rechazo y la violencia.

Investigaciones como esta se encuentran encaminadas a las características relevantes y aspectos considerables que pueden tener las madres maltratadoras. Asimismo se da la pauta para que futuras investigaciones se encaminen hacia el estudio de las relaciones objetales que establecieron las madres maltratadoras, lo anterior como tema de interés para poder establecer otros tópicos de estudio dentro de la problemática de la madre maltratadora.

Por último cabe destacar que dentro de las limitaciones que se pueden encontrar está el tamaño de la muestra, por lo que sería muy interesante que en investigaciones posteriores ésta se ampliara de manera considerable, para así poder generalizar de manera más convincente los resultados.

Otro aspecto que es importante y que dentro de la presente investigación no fue posible abordar fue el porcentaje de madre maltratadoras y no maltratadoras que sufrieron algún tipo de abuso físico, verbal, psicológico y/o sexual durante la infancia, con el objetivo de contrastarlo dentro del marco de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil.

Asimismo otra limitación puede ser el hecho de que la población del grupo de madres maltratadoras se encontraba bajo un proceso terapéutico por lo que esto influye en su categorización dentro de un determinado nivel socioeconómico y a su vez limita las posibilidades de que arrojasen otro tipo de respuestas hacia la prueba, pues en investigaciones posteriores puede ser interesante el estudio con madre maltratadoras que no se encuentren dentro de un marco psicoterapéutico.

Finalmente no se estableció el tipo de maltrato que ejercían las madres maltratadoras hacia sus hijos, en caso de contar con más de un hijo a cual era al que más se le agredía o si únicamente se agredía a un niño si como la edad de los hijos, aspectos como los anteriores sería interesante que se trataran en investigaciones posteriores.

# *BIBLIOGRAFÍA*

**BIBLIOGRAFÍA**

- o ALLPORT, G. (1970). "Psicología de la personalidad". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- o AMARA, G. (1998). "La violencia". Ed. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México
- o ANTHONY, J. BENEDEK, T. (1983). "Parentalidad". Ed. ASSAPIA, Amorrortu. Argentina.
- o ARRAUBARRENA, M (1994). "Malos Tratos a los niños en la Familia". Ed Pirámide. España
- o ARRIAGA, C. (1927). "La psicastenia y el delirio psicasténico". Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina. UANM.
- o AYUSO, G. (1988). "Trastornos de la Angustia". Ed. Martínez Roca. España
- o BADINTER, E. (1981) "Historia del amor maternal". Ed Paidos. España
- o BAR DIN, A. (1989). "La madre deprimida y el niño". Ed. Siglo XXI. México
- o BARON, R. (1996). "Psicología". Ed. Prentice Hall. México
- o BENAVIDES, J. (1981). "Técnicas de evaluación de la personalidad", UNAM, México. 148-150 pp.
- o BERKOWITZ, L. (1996). "Agresión; causas, consecuencias y control". Ed. Descleé De Brower. España
- o BLOCH, D. (1985). "Para que la bruja no me coma. Fantasía y miedo de los niños al infanticidio". Ed. Siglo XXI. México.
- o BOLIO, E. (1988). "Relaciones entre padres e hijos". Ed. Trillas. México
- o BOWLBY, J. (1989) "Una Base Segura". Paidos. España
- o BOWLBY, J. (1995). "Cuidado y amor maternal". Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- o BUTCHER, J. (2001) "MMPI-2. Guía para principiantes". Ed. Manual Moderno. México

- o CABAÑAS MENDOZA, T. y FREGOSO, P. (1995). "Análisis desde la perspectiva de género de las tesis sobre el rol de la maternidad en la Facultad de Psicología de la UNAM". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- o CAMACHO, R. (1981) "Estudio preliminar del perfil de personalidad de madres golpeadoras en el síndrome del niño maltratado". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- o CAMERON, J. (2001). "Desarrollo y Psicopatología de la personalidad". Ed. Trillas. México
- o CANTON, D. (1997). "Malos tratos y abuso sexual infantil". Ed. Siglo XXI. España
- o CASADO, F. (1997). "Niños maltratados". Ed. Díaz de Santos. España
- o CASULLO, M. (1999). "Aplicaciones del MMPI-1 en los ámbitos clínico, forense, y laboral". Ed. Paidós. Buenos Aires. 26 – 163
- o CHODOROW, E. (1984). "El ejercicio de la maternidad". Ed Gedisa. España
- o COMISIÓN INTERNACIONAL PARA EL AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO (1979). "El niño en la Historia de México". DIF. México.
- o CORRAL, VERDUGO (1995). "Validity of a scale measuring beliefs regarding the positive effects of punishing children: A study of mexican mothers". Child Abuse & Neglect. Vol. 19. No 6 pp669-679.
- o CUELI, J. (1972). "Teorías de la personalidad". Ed. Trillas. México.
- o DALLAL, C. (1997). "Caminos del desarrollo psicológico". Vol. I. Ed Plaza y Valdez. México
- o DAVIDSON, G. (2000). "Psicología de la conducta anormal". Ed. Limusa. México
- o DE MAUSE, L. (1982). "Historia de la infancia". Ed. Alianza. España. 15-93 pp.
- o DEUTSCH, H. (1960). "Psicología de la Mujer". Tomo II. Ed. Losada. Argentina

- o DIAZ-GUERRERO, R. (1993). "El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos". Ed. Trillas. México
- o DIAZ-GUERRERO, R. (1994). "Psicología del mexicano". Ed. Trillas. México.
- o DICAPRIO, N. (1995). "Teorías de la personalidad". Ed. McGraw Hill. México
- o DIF- PREMAN (2001)
- o ECHEBURÚA, E. (1994). "Personalidades Violentas". Ed. Pirámide. Madrid
- o EVERINGHAM, C. (1997). "Maternidad. Mito y Realidad." Ed. Narcea. España
- o FERRO, N. (1991). "El instinto maternal o la necesidad de un mito". Ed. Siglo XXI. España
- o FONTANA, V. (1979). "En defensa del niño maltratado". Ed. Pax. México
- o FREUD, S. (1931). "Sobre la sexualidad femenina". Obras Completas. Tomo XXI. Ed Amorrortu
- o FREUD, A. (1985). "El psicoanálisis y la crianza del niño". Ed. Paidós. España
- o FRIDAY (1979). "Mi madre yo misma". Ed. Argos Vergara. Barcelona.
- o FRIEDRICH, TYLER, CLARCK. (1985). "Personality and psychophysiological variables in abusive, neglectful and low-income control mothers". The Journal of Nervous and Mental Diseases. Vol. 173. No. 8. August.
- o FROMM-REICHMAN, F. (1973). "Psicoterapia intensiva en los maniaco-depresivos". Ed. Horme. Argentina
- o FROMM, E. (1996). "La familia". Ed. Península. España.
- o GABBARD, J. (2002). "Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica". Ed. Panamericana Medica. Buenos Aires.
- o GÁLVEZ, J. (2004). "Rasgos de personalidad y síntomas esenciales en un grupo de pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM



- o GARCÍA, H. (1993). "Prevención del maltrato en el desarrollo psicológico infantil: el papel de la familia y la escuela". Trabajo presentado en la tercera reunión internacional de campos actuales de aplicación en Psicología. México. D.F.
- o GONZÁLEZ, MENDEZ JOSÉ (2003). *En 2002, el DIF recibió 23 mil denuncias de maltrato infantil*. La Jornada. México D.F. Sábado 19 de julio de 2003
- o GUARNER, E. (1978). "Psicopatología clínica y tratamiento analítico". Ed. Porrúa. México. 74-121 pp.
- o HEFFNER, H. (1980). "La madre perfecta no existe". Ed Pomaire. España.
- o HERNÁNDEZ-SAMPIERI (2002). "Metodología de la investigación". Ed. McGraw Hill. México.
- o HIJAR-MEDINA, M; TAPIA YAÑEZ, J; RASCÓN PAHECO, A. (1994) "Mortalidad por Homicidio en Niños. México". Salud Publica de México. Vol. 36, No 5.
- o HOLLWAY, W. (1997) "Mothering and ambivalence". Ed. Routledge. Canada
- o JACKSON. S. (1986). "Historia de la Melancolía y la depresión". Ed. Turner. España. 15-18 pp.
- o JANET, P. (1991). "De la angustia al éxtasis". Tomo I Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 288-342 pp.
- o KEMPE, H. KEMPE, R. (1979). "Niños maltratados". Ed. Morata. España
- o KERLLINGER (1975). "Investigación del comportamiento." Ed. Interamericana. México.
- o KLEIN, M. (1990). "Amor, culpa y reparación". Ed Paídos. Argentina
- o LANGER, M (1964). "Maternidad y Sexo". Ed. Paídos. Buenos Aires.
- o LEAL CERCOS, C. (1999). "Trastornos depresivos en la mujer". Ed Masson, España 115-131 pp.
- o LEÓN GUZMÁN, M. (1999). "Factores que contribuyen al diagnóstico diferencial de una muestra de sujetos alcohólicos de la población mexicana". Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM

- o LOREDO, A. (1994). "Maltrato al menor". Ed. Mc Graw Hill. México
- o LORENZER (1987). "Bases para una teoría de la socialización". Ed. Amorrortu. Argentina.
- o LUCIO, G; AMPUDIA R; (1999) "Introducción al uso de la Nueva Versión del inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)." México. UNAM. Folleto de Diagnóstico Psicométrico en Clínica. Facultad de Psicología.
- o LUCIO, E. (2003). "Uso e interpretación del MMPI-2 en español". Ed. Manual Moderno. México.
- o McGUIGAN (1980). "Psicología Experimental". Ed. Trillas. México
- o MacKINNON, R. (1973). "Psiquiatría clínica aplicada". Ed. Interamericana. México.
- o MARCOVICH, J. (1981). "Tengo Derecho a la vida". Ed. Mexicanos Unidos. México
- o MARTINEZ ALVAREZ, B. (1998). "La importancia de la maternidad". Tesina. Facultad de Psicología. UNAM.
- o MARTÍNEZ ROIG (1993). "Maltrato y abandono en la infancia". Ed. Martínez Roca. España
- o MASTERSON. J. (1975). "Tratamiento del adolescente fronterizo". Ed. Paidós. Argentina
- o MAYER (1986). "Histeria". Ed. Paídos. Argentina
- o MUÑOZ (1998). "Como elaborar y asesorar una investigación de tesis". Ed. Pearson Educación. México.
- o NASIO, J. (1988). "La enseñanza de siete conceptos fundamentales en Psicoanálisis". Ed. Gedisa. Argentina.
- o OATES, K. FORREST, D. (1995). "Self esteem and early Background of abusive mothers". Child Abuse and Neglect. Vol. 9. 89-93.
- o ORTEGA, B. (1998). "Proyectos de investigación empírica lineamientos ejemplificados". Folleto de métodos y técnicas de investigación en Psicología social II. Facultad de Psicología. UNAM

- o PAZ, R. (1984). "Psicopatología sus fundamentos psicodinámicos". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- o PONS-SALVADOR, G; DOLZ, L; CEREZO, M. (1998) "Maltrato Parental y Problemas Infantiles". España. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia
- o RAMÍREZ HERRERA, N. (1996). "Características del maltrato infantil. consecuencias en la adultez y la neurosis". Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM
- o RAVAGNAN, L. (1981). "El origen de la angustia". Ed. Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires. 1-44 pp.
- o RENFREW, J. (2001). "La agresión y sus causas". Ed. Trillas. México
- o RIVAS VILCHIS, L. (2000). "Análisis de la relación entre la psicopatología de la madre y la del hijo". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- o RIVERA, O. (1987). "Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI". Ed. Diana. México.
- o SALVATIERRA, V. (1989). "Psicobiología del embarazo y sus trastornos". Ed. Martínez Roca. España.
- o SÁNCHEZ RUIZ, M. (2001). "Maltrato a menores". SEP. México
- o SANDLER, J. (1993). "El paciente y el analista". Ed. Paídos. Argentina
- o SANTAMRIA, G. (1993). "Relaciones Familiares e interpersonales y empatía en madres maltratadoras y no maltratadoras". Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- o SAURI, J. (1984). "Las histerias". Ed. Nueva Visión. Argentina.
- o SEP (2001). "Programa Operativo para el combate a la Corrupción". México.
- o SIEGEL, S. (1970). "Estadística no paramétrica". Ed. Trillas. México
- o SIMON-RUEDA (2000). "Maltrato y desarrollo infantil". Ed. Universidad Pontificia de Madrid. España.
- o USSHER, J. (1991). "La Psicología del cuerpo femenino". Ed. Arias Montaña. España, 111-139 pp.

- o VALENTIS, M; DEVANE, A. (1996). "La furia femenina". Ed. Gaia Ediciones. España.
- o VALLEJO RUILOBA. (1990). "Trastornos afectivos". Ed. Salvat Editores. España
- o WINNICOTT, D. (1990). "Deprivación y delincuencia". Ed. Paídos. Argentina

# *ANEXO*

|                              |
|------------------------------|
| <b>ENTREVISTA PARA MAMAS</b> |
|------------------------------|

**Nombre del entrevistador** \_\_\_\_\_

**Teléfono del entrevistador** \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO

A continuación se le harán una serie de preguntas con la finalidad de conocer la relación que mantiene con sus hijos. **LAS RESPUESTAS NO TIENEN NINGUNA PUNTUACIÓN O CALIFICACIÓN.** La información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

#### DATOS PERSONALES:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL** (tache la respuesta correcta):

1) Casada 2) Unión libre 3) Separada 4) Divorciada 5) Soltera 6) Viuda

**ESCOLARIDAD** (tache sólo el último grado de estudios que curso, marcando una S si concluyó ese nivel o una N si no lo completo). Si es una carrera técnica, licenciatura o posgrado, especifique la carrera):

| Último Grado       | S | N | Especifique |
|--------------------|---|---|-------------|
| 1. Primaria        |   |   |             |
| 2. Secundaria      |   |   |             |
| 3. Bachillerato    |   |   |             |
| 4. Carrera técnica |   |   |             |
| 5. Licenciatura    |   |   |             |
| 6. Posgrado        |   |   |             |

**Ocupación** (tache la respuesta correcta)

1) Hogar 2) Ejerce su profesión 3) Comercio 4) Empleado 5) Desempleado 6) Otro

**Número de hijos:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PAREJA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad de su pareja: \_\_\_\_\_

**Escolaridad de su pareja** (tache sólo el último grado de estudios que curso, marcando una S si concluyó ese nivel o una N si no lo completo). Si es una carrera técnica, licenciatura o posgrado, especifique la carrera):

| Último Grado       | S | N | Especifique |
|--------------------|---|---|-------------|
| 1. Primaria        |   |   |             |
| 2. Secundaria      |   |   |             |
| 3. Bachillerato    |   |   |             |
| 4. Carrera técnica |   |   |             |
| 5. Licenciatura    |   |   |             |
| 6. Posgrado        |   |   |             |

**Ocupación de su pareja** (tache la respuesta correcta)

1) Ejerce su profesión 2) Comercio/ Ventas 3) Negocio propio 4) Taxista 5) Obrero 6) Empleado 7) Desempleado 8) Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Cuanto tiempo lleva viviendo con su pareja?** \_\_\_\_\_

**I. ¿Actualmente considera tener alguna de las siguientes situaciones?; marque con una cruz la situación que si presenta.**

1. Maltrato a sus hijos física, verbal o emocionalmente
2. Se siente que esta desubicada, desequilibrada, depresiva o confundida.
3. Considera que es intolerante con sus hijos, se desespera, no sabe como corregirlos
4. Siente que existe una mala relación en su familia con sus hijos
5. Que sus frustraciones las descarga con sus hijos
6. Que existe desintegración en su familia
7. Que es muy agresiva con sus hijos
8. Que no sabe como funcionar como mamá, como educarlos
9. Que rechaza a sus hijos, no los acepta
10. Que discute con su pareja por agredir a sus hijos
11. Que sus hijos no la obedecen, no los puede controlar
12. Que la frustra tener que cuidar a sus hijos, eso la deprime
13. Que es madre soltera, desempleada
14. Otro (especifique)

**2. ¿Si presenta alguno o algunos de los problemas antes mencionados, por favor indique cuando empezaron?**

1. Desde que nació su hijo (a)
2. Cuando su hijo entro a la escuela, le exige mucho
3. Siempre ha sido depresiva, se siente frustrada y cree que esa es la razón del problema
4. Siempre ha sido así, pero últimamente se ha intensificado
5. Cuando empezó a tener problemas con su pareja
6. Cuando su esposo se fue de la casa, su familia se desintegro y no supo afrontar la situación
7. Cuando su hijo estaba en proceso de aprendizaje de control de esfínteres
8. Con la situación económica
9. Cuando se sintió obligada a hacer cosas que usted no quería
10. Desde su embarazo
11. Cuando se pelea con su esposo
12. Otro (especifique)

**3. ¿Cómo afecta el problema a los diversos aspectos de su vida?**

1. En su casa, se enoja por cualquier cosa, es muy agresiva
2. En todos los aspectos
3. Tiene problemas con su pareja
4. No se concentra, no aprovecha el tiempo
5. Siente que es poco confiable
6. No se siente feliz, contenta con sí misma, esta deprimida, confundida
7. En las relación con sus hijos falta comunicación, se siente mal como mamá
8. Le esta creando conflictos a su familia
9. Hay mucha tensión en casa
10. No se permite continuar con lo que usted quiere
11. Hay inestabilidad en sus hijos, agresión entre ellos
12. Violencia intrafamiliar
13. Emocionalmente se siente muy mal, culpable, con remordimientos
14. Otro (especifique)

**4. ¿Anteriormente tomó medidas para solucionar sus problemas?**

1. Tomó algunas sesiones con algún psicólogo o psiquiatra
2. Habló con sus hijos para convenir en no pelear
3. Hizo esfuerzos personales por tener más paciencia, por ser más tolerante
4. Acudió a Neuróticos Anónimos o Alanon
5. Acudió al CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar)
6. Tomó consejos de familiares o amigos
7. Leyó libros sobre el tema
8. Escucho al Dr. Lamoglia y Paty Nelly
9. Utilizó diferentes castigos y reforzó las actitudes que le agradaban de sus hijos
10. Contó hasta 10



11. Tomó terapia de grupo en el INSAME (Instituto Nacional de Salud Mental)
12. Se separó de su esposo
13. Tomó terapia individual o de pareja
14. Ninguna
15. Otra (especifique)

**5. ¿Si es que llega a maltratar a sus hijos cuales serían los motivos?**

1. Por no obedecer a la primera
2. Por desordenados
3. Por la frustración
4. Porque llora mucho
5. No lo sabe
6. Por necio
7. Porque no hace lo que tiene que hacer
8. Por tonterías, cualquier cosa,, sin motivos
9. Porque la desespera
10. Porque no tiene iniciativa
11. Porque se pelean entre ellos
12. Porque no hacen las cosas como usted dice
13. Porque son distraídos
14. Por algún berrinche
15. Cuando no comen bien
16. Cuando no le ponen atención
17. Portado: no sentarse bien, tirar la comida, pelearse, contestar, etc.
18. Por travesuras, sobre todo con las cosas de su pertenencia
19. Así fue educada
20. Porque van mal en la escuela
21. Otro (especifique)

**6. ¿Cuál es la forma de maltratar a sus hijos?**

1. Con gritos, insultos, menosprecios
2. Le da nalgadas
3. Le pega con lo que encuentra a la mano (cinturón, cordón de la plancha, etc.)
4. Les deja de hablar, con indiferencia
5. Los hace sentir culpables
6. Los abandona
7. Los chantajea
8. Con jalones, coscorriones, pellizcos
9. Los castiga privándolos de algo que les guste
10. Con el puño cerrado, a golpes
11. Les pega hasta que se cansa
12. Los arrastra por la casa
13. Otro (especifique)

**7. ¿Qué es lo que más le agrada de sus hijos?**

1. Que son cariñosos, tiernos y nobles, amorosos, apapachadores
2. Que no son groseros, son respetuosos y bien educados
3. Que son inteligentes
4. Que son alegres, juguetones, sociables
5. Todo
6. Que son muy abiertos, que expresan sus sentimientos e ideas
7. Su físico, son bonitos
8. Son bondadosos, generosos
9. Que defienden lo que piensan
10. Que los siente cerca de usted
11. Que se quieren y se cuidan mutuamente
12. Son sinceros
13. Su carácter
14. Su espontaneidad
15. Que son honrados, trabajadores, cumplidores
16. Que le digan mamá
17. Que son buenos estudiantes
18. Su extroversión
19. Su sensibilidad
20. Su inocencia
21. Otro (especifique)

**8. ¿Qué es lo que más le desagrada de sus hijos?**

1. Que no le guste el estudio
2. Que sean desordenados
3. Que no obedezcan
4. Que sean lentos, conformistas
5. Su poco interés por las cosas
6. Su presunción y exageración
7. Que es muy demandante
8. Son muy chillones
9. Su poca cooperación en casa
10. Que se peleen entre sí
11. Que no le agrade la disciplina y se rebele todo el tiempo
12. Que le tomen la medida
13. Que no cumpla las expectativas de usted
14. Que no ocupen su inteligencia
15. Los berrinches
16. La necedad
17. Que no se valgan por sí mismos
18. Que sean débiles
19. Que no sean tan guapos
20. Que no la escuche
21. Que sean desesperados

22. Que digan mentiras
23. Que le contesten mal
24. Que le digan groserías
25. Que sean flojos, sucios e irresponsables
26. Que la reten o se burlen de usted
27. Que sean impertinentes
28. Su distracción
29. Que moleste a su hermano
30. Que sean voluntariosos
31. Otro (especifique)

**9. ¿Cuál es el principal temor frente a sus hijos?**

1. Que la odien
2. Que no la obedezcan
3. Que la juzguen
4. Su incapacidad como mamá
5. Que se haga un círculo vicioso
6. Que sigan su ejemplo de maltratada
7. Que se vayan por mal camino (como las drogas)
8. No quiere que sus hijos sean inseguros, tímidos o con baja autoestima
9. Que no la quieran, que no le tengan cariño
10. Que no las respeten
11. Que le tengan miedo
12. Que no le tengan confianza
13. Provocarles daños irreparables
14. No hacer a sus hijos independientes, autosuficientes
15. Que vean a una mamá débil
16. Que dejen de necesitarla
17. Hacerlos infelices
18. Perder el control
19. Que se vayan de la casa, que la abandonen
20. Que la vayan a golpear
21. Que no tenga una vida sana
22. Matarlo
23. Que no estudien
24. Que no se sepan defender en la vida
25. Estar a solas con su hijo(a) y no saber como pasar el tiempo
26. Que les pueda pasar algo, como un accidente
27. Otro (especifique)

**10. ¿Qué espera de sus hijos?**

1. Que sea buen estudiante, termine su carrera
2. Que sean lo que ellos quieren ser
3. No hacerles daño
4. Que la amen y la respeten

5. Que sean felices, libres
6. Que no tengan ningún problema emocional
7. Nada
8. Que salgan delante de la mejor manera posible
9. Que sean mejor que su padre en todos los aspectos
10. Que sean buenos en lo que emprendan, que no pierdan los valores que les ha inculcado
11. Que siempre obtengan sus metas
12. Que sean autosuficientes e independientes, seguros
13. Que logren lo que se propongan
14. Que sean personas sanas emocionalmente
15. Que traten de ayudar a cambiar, que logren vivir en armonía
16. Que sean libres de pensamiento, actitudes y todo, que no los ate nada ni nadie
17. Que sean felices, respetuosos y responsables
18. Que no sean delincuentes
19. Amor, cariño y comprensión
20. Que sean personas de bien, que estudien y trabajen honradamente
21. Que se realicen
22. Que sean personas de provecho
23. Que sean buenos hijos, buenos padres, que se preparen
24. Que sea un ser perfecto
25. Que sepan desenvolverse y relacionarse
26. Que no crezcan con rencor, que comprendan que uestes no es perfecta
27. Disfrutar la vida con ellos, compartir sus triunfos y fracasos
28. Que amen la vida y que se quieran a sí mismos
29. Que se defiendan ante el mundo, que sean triunfadores
30. Que la consideren su amiga
31. Otro (especifique)

#### 11. ¿Cuáles son sus metas en la vida?

1. Ser buena hija, buena madre y buena esposa
2. Ser mejor cada día en todos los aspectos, sobre todo buena madre y esposa
3. Preparar a sus hijos para afrontar la vida
4. Aceptarse para amar la vida y amar a los demás
5. Trabajar
6. Tener casa propia
7. Dar lo mejor de sí a sus hijos
8. Que la quieran, que no la odien
9. Cambiar su conducta
10. Continuar su desarrollo como persona, como madre, esposa y profesionalista
11. Tener realmente una familia estable
12. Dar una buena educación a sus hijos para que sean autosuficientes
13. No tiene metas
14. Dejar de sentir la rabia que siente, ser mejor humano
15. Terminar sus estudios
16. Recuperarse emocionalmente

17. Tener suficiente solvencia económica para dedicarse a lo que le gusta
18. Dar lo mejor de sí
19. Tener calidad de vida
20. Vivir tranquilas
21. Cambiar los aspectos negativos de su vida
22. Tener un proyecto de vida
23. Sentirse satisfecha con lo que haga
24. Realizarse como mujer y saber enfrentar los problemas sin sentir rencor o culpas
25. Otro (especifique)

**12. ¿Cual ha sido su peor error en la vida?**

**13. ¿Cual ha sido el peor maltrato o paliza que le ha dado a su hijo y porque motivo?**

**13. ¿Con que frecuencia maltrata a sus hijos?**

1. Diario
2. De cuatro a seis veces por semana
3. De una a tres veces por semana

**14. ¿Siente placer al maltratar a sus hijos?**

1. Sí
2. No
3. Siente que descarga su enojo

**15. ¿Se siente culpable después de golpear a sus hijos?**

1. Sí
2. No
3. Poco

**16. ¿Ha llevado alguna vez a alguno de sus hijos al médico por la golpiza que le dio?**

1. Sí
2. No

**17. ¿De pequeña fue usted maltratada?**

1. Sí, mucho
2. Sí, frecuentemente
3. Sí, algunas veces
4. Sí, esporádicamente
5. Considera que no fue maltratada
6. No

**18. ¿Qué tipo de maltrato recibió usted?**

1. Le gritaban, insultaban, menospreciaban
2. Le daban de nalgadas
3. Le pegaban con todo lo que encontraban a la mano (cinturón, cordón de la plancha, etc.)
4. Le dejaban de hablar, con indiferencia
5. Le hacían sentir culpable
6. La abandonaban
7. La chantajeaban
8. Con jalones, coscorriones, pellizcos
9. La castigaban privándola de algo que le gustaba
10. Con el puño cerrado, golpes
11. Le pegaban hasta que se cansaban
12. La arrastraban por la casa
13. Otro (especifique)

**19. ¿Quién la maltrataba?**

1. Su papá
2. Su mamá
3. Algún hermano(a)
4. Otro familiar (especifique)
5. Otro (especifique)

**20. ¿Alguna vez fue abusada sexualmente?**

1. Sí
2. No

**21. ¿Si contesto sí, por quién fue abusada?**

1. Por su papá
2. Por su padrastro
3. Por algún hermano
4. Por algún tío
5. Por su mamá
6. Un extraño
7. Otro (especifique)

**22. Describa brevemente el abuso**

**23. ¿Su pareja maltrata sus hijos?**

1. Sí
2. No
3. Algunas veces

**24. ¿De que forma lo hace?**

1. Con gritos, insultos, menosprecio
2. Le da nalgadas
3. Les pega con lo que encuentra a la mano (cinturón, cordón de la plancha, etc.)
4. Les deja de hablar, con indiferencia
5. Los hace sentir culpables
6. Los abandona
7. Los chantajea
8. Con jalones, coscorriones, pellizcos
9. Los castiga privándolos de algo que les gusta
10. Con el puño cerrado, a golpes
11. Les pega hasta que se cansa
12. Los arrastra por la casa
13. Otro (especifique)

**25. ¿Por parte de su pareja ha sido maltratada?**

1. Sí, aún me maltrata
2. Sí, Algunas veces lo hizo, pero ya no
3. Sí, al inicio del matrimonio
4. Sí, cuando estaba embarazada
5. De vez en cuando
6. No, nunca lo ha hecho

**26. ¿Cuál es el principal problema con su pareja?**

1. Que tiene mamitis
2. Que es muy complaciente con los hijos
3. No la comprende, No la apoya en sus proyectos
4. No colabora en las tareas domésticas
5. Falta de amor
6. La diferencia de edades
7. Incompatibilidad de caracteres
8. El aspecto sexual
9. Casi no esta en casa, falta de tiempo
10. La forma de educar y corregir a los hijos
11. El alcoholismo (o drogadicción)
12. El aburrimiento
13. La económico
14. Es autoritario, no la toma en cuenta en las decisiones
15. Siempre esta de mal humor
16. No hay comunicación
17. Los celos
18. Otro (especifique)

**27. ¿Cuál es la actitud de su pareja cuando usted maltrata a sus hijos?**

- 
- 28. ¿El maltrato a sus hijos se intensifica cuando hay pleitos con su pareja?**
1. Sí
  2. No
  3. Algunas veces
- 29. ¿Cuándo usted o su pareja ingiere bebidas alcohólicas llegan a golpear a sus hijos?**
1. Sí
  2. No
  3. Algunas veces
- 30. ¿Alguno de sus hijos se ha ido de la casa por disgustos en la familia?**
1. Sí
  2. No
- 31. ¿Alguno de sus hijos se droga?**
1. Sí
  2. No
- 32. ¿Cómo es la comunicación en su familia?**
1. Pocas veces se platica sin terminar enojados
  2. Hay poca
  3. Con sus hijos es excelente, con su pareja no existe
  4. Buena, platican mucho, hablan de todo
  5. Nula
  6. Regular
  7. Antes era muy mala, pero ha ido mejorando
  8. Cree que usted escucha a su pareja, pero él no la escucha a usted
  9. Medianamente buena
  10. Aceptable
  11. Inadecuada
  12. Predomina la comunicación con violencia
  13. Superficial
  14. Cada día mejor

Cuestionario elaborado por el Mtro Jorge R. Pérez Espinosa  
Centro de Atención Psicoterapéutico para Mamás (CAPSIM)  
Av. Coyoacán #1012 Int. 1 Col. Del Valle  
Tel 55-75-09-72  
roge@servidor.unam.mx