

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERFIL DE RASGOS DE PERSONALIDAD DE MADRES
MALTRATADORAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
MTRO: JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

COMITE: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO
DRA. PATRICIA TRUJANO RUÍZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

AGRADECIMIENTOS Ciudad Universitaria, 2007

A la **Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré**



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.

Por la dirección de la presente investigación, su colaboración, sus conocimientos metodológicos, por su valioso tiempo en asesorías y revisiones, y su invaluable ayuda para la culminación satisfactoria de este trabajo.

A la Dra. Amada Ampudia Rueda

Por el apoyo otorgado en la realización de la presente investigación, con sus asesorías, observaciones, ánimos para salir adelante y por su amistad. Con el reconocimiento de su infatigable trabajo para apoyar a los alumnos a concluir sus proyectos de investigación.

Sobre todo con un profundo agradecimiento hacia su persona y la de su hermana Lourdes por su valiosa ayuda al salvarme la vida en momentos tan difíciles, en que estuve a punto de perderla.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Con admiración por su nobleza, disposición para ayudar a las personas, dedicación al trabajo y sus conocimientos académicos. Por su apoyo para la realización de la presente investigación y principalmente por su valiosa amistad.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo.

Por sus importantes observaciones clínicas y aportaciones en la realización del presente trabajo.

A la Dra. Patricia Trujano Ruíz

Por contar con su importante apoyo y ayudarme a observar otros aspectos en la línea de lo sociocultural de la figura de la madre y sus acertados comentarios que llevan a reflexionar sobre la lógica y coherencia de la realización de la investigación.

A la Dra. María Elena Medina Mora Icaza.

Por esas observaciones tan sutiles y profundas que permiten visualizar aspectos esenciales que le dan sentido y estructura al trabajo de investigación.

Al Dr. Ariel Vite Sierra

Por sus comentarios, sugerencias metodológicas, por aportarme conocimientos que tiene sobre la temática de las “madres maltratadoras” y por permitirme colaborar en otras de sus investigaciones.

A la Lic. Lourdes Monroy

Por orientarme y apoyarme en aspectos estadísticos, al igual que a mis alumnas en la realización de sus tesis.

A la Dra. Corina Cuevas Renaud

Por sus orientaciones metodológicas para la realización de la presente investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por permitirme ser universitario. A la Facultad de Psicología y a todos los maestros que me brindaron sus conocimientos para obtener la preparación académica adecuada y así obtener el presente grado y poder redituales mi agradecimiento, al seguir su ejemplo y ser orgullosamente profesor de esta institución.

A Dios por permitirme estar con todos mis seres queridos.

INDICE

Introducción.....	1
I. AGRESIÓN	
1.1. La agresión y sus definiciones.....	3
1.2. La agresión explicada desde la Biología.....	3
1.2.1. Agresión afectiva.....	3
1.2.2. Agresión predatoria.....	4
1.3. La agresión explicada desde el enfoque Psicosocial.....	4
1.4. La agresión considerada desde una perspectiva clínica.....	5
1.5. La agresión considerada desde el seno de la familia.....	6
II. MALTRATO	
2.1. Clasificación del maltrato.....	8
2.2. Tipos de maltrato. Definición e indicadores.....	8
2.2.1. Abandono físico o negligencia.....	8
2.2.2. Maltrato físico.....	9
2.2.3. Abuso sexual.....	11
2.2.4. Maltrato prenatal.....	12
2.2.5. Síndrome de Münchhausen por poder.....	13
2.2.6. Maltrato “cotidiano”.....	13
III. AGRESIÓN HACIA LOS HIJOS, ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ACTUALES	
3.1. En la antigüedad.....	16
3.2. En el México Prehispánico.....	17
3.3. En el México actual.....	18
IV. MODELOS EXPLICATIVOS DEL MALTRATO	
4.1. Modelo psicológico-psiquiátrico.....	22
4.2. Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato.....	24
4.3. Modelo cognitivo-conductual.....	25
4.4. Aprendizaje observacional.....	26
4.5. Modelo sociológico.....	27
V. LA MUJER FRENTE A LA MATERNIDAD Y EL MALTRATO	30
VI. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES MALTRATADORAS	
6.1. Estrés.....	35
6.2. Historia familiar de maltrato.....	36

6.3. Abuso sexual.....	37
6.4. Aislamiento social y desempleo.....	38
6.5. Madres adolescentes.....	39
6.6. Maltrato hacia la esposa.....	39
6.7. Tiempo de residencia en una misma localidad con carencias esenciales.....	39
6.8. Nivel educativo de las madres y tamaño de la familia.....	40
6.9. Abuso de drogas.....	41
6.10. Dedicación al hogar en lugar de realizar trabajo remunerado.....	42
6.11. Minusvalía del niño.....	43

VII. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS MADRES MALTRATADORAS

7.1. Desesperación e impotencia.....	44
7.2. Falta de empatía.....	46
7.3. Dependencia infantil.....	48
7.4. Falla en el establecimiento del vínculo afectivo.....	49
7.5. Insatisfacción por haber tenido hijos.....	49
7.6. Técnicas disciplinarias y sobreprotección.....	50
7.7. Descalificación y expectativas.....	50
7.8. Falla en el control de impulsos y afectos.....	52
7.9. Autoestima e ira en madres maltratadoras.....	54

VIII. PERSONALIDAD

8.1. Personalidad.....	56
8.2. Rasgos de personalidad.....	57
8.3. Estructura de personalidad y depresión en madres maltratadoras.....	63
8.4. Estructura de personalidad, rasgos paranoides y sociopáticos en madres maltratadoras.....	66
8.5. Rasgos de personalidad y su evaluación.....	68

IX. METODO

9.1. Objetivo general de la investigación.....	71
9.2. Objetivos específicos de investigación.....	71
9.3. Hipótesis general de trabajo.....	71
9.4. Definición de variables.....	72
9.5. Definición conceptual y operacional de las variables.....	72
9.6. Control de varianza externa.....	73
9.7. Tipo de investigación y diseño.....	74
9.8. Muestras.....	74
9.9. Criterios de selección.....	74
9.10. Instrumentos.....	74
9.11. Procedimiento.....	77
9.12. Aspecto ético.....	77

X. ESTUDIO 1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA PARA DETECTAR A MADRES QUE MALTRATAN FÍSICA Y/O EMOCIONALMENTE (EDMM)

10.1. Introducción.....	78
10.2. Objetivo general.....	78
10.3. Objetivo específico.....	78
10.4. Resultados.....	79
10.4.1. Validez de constructo.....	79
10.4.2. Índice de consistencia interna (alpha).....	82
10.5. Escala (EDMM): Análisis Factorial de los datos de la muestra de madres no maltratadoras.....	82
10.5.1. Validez de constructo.....	82
10.6. Escala (EDMM): Análisis Factorial de los datos de la muestra de madres (maltratadoras y no maltratadoras).....	85
10.6.1. Validez de constructo.....	85
10.7. Validez discriminante o predictiva.....	87
10.8. Puntos de corte de la Escala para detectar a madres que maltratan (EDMM).....	90
10.8.1. Maltrato físico.....	93
10.8.2. Maltrato emocional.....	94
10.9. Discusión.....	95
10.10. Conclusiones.....	98

XI. ESTUDIO 2. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LAS ESCALAS CLÍNICAS DEL MMPI-2 QUE CARACTERIZAN A LOS GRUPOS DE MADRES MALTRATADORAS Y NO MALTRATADORAS

11.1. Análisis de correspondencias.....	100
11.2. Objetivo.....	100
11.3. Procedimiento.....	101
11.4. Resultados del análisis de correspondencias.....	101
11.5. Elementos clínicos respecto del análisis de correspondencias en las escalas del MMPI-2 con cargas factoriales que indicaron mayor influencia en las dimensiones de los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras.....	103

XII. ESTUDIO 3. PERFILES DE RASGOS DE PERSONALIDAD **Estudio 3A**

12.1. Introducción.....	105
12.2. Objetivo.....	105
12.3. Muestra.....	105
12.4. Igualación de muestras.....	106
12.5. Instrumentos.....	107
12.6. Procedimiento.....	107

12.7. Resultados.....	108
Estudio 3B	
Comparación de Perfiles de Rasgos de Personalidad con diferentes Puntos de Corte	
12.8. Resultados de la muestra con puntuaciones por abajo y por arriba del percentil 25.....	118
12.9. Resultados de la muestra con puntuaciones por abajo y por arriba del percentil 50.....	123
12.10. Discusión.....	130
XIII. DISCUSIÓN GENERAL.....	133
CONCLUSIONES.....	150
XIV. HIPÓTESIS TEÓRICAS Y DE TRABAJO DERIVADAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.....	152
Limitaciones.....	154
REFERENCIAS.....	155
• Anexo I	
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2.....	183
• Anexo II	
Cuestionario de datos sociodemográficos y de detección de maltrato ejercido por parte de la madre.....	185
• Anexo III	
Escala para detectar a madres que maltratan ya sea física y/o emocionalmente (EDMM).....	188
• Anexo IV	
Formato guía, para conocer la historia del maltrato, sufrido por las madres y del maltrato que ellas ejercen sobre sus hijos.....	192
• Anexo V	
Perfiles de rasgos de personalidad con diferentes puntos de corte.....	196

RESUMEN

Uno de los principales maltratadores en la familia es la figura materna, de ahí que el interés del presente trabajo se centró en los siguientes objetivos: obtener el perfil de rasgos de personalidad de un grupo de madres maltratadoras a través del MMPI-2 y contrastarlo con un grupo de madres no maltratadoras, desarrollando al mismo tiempo un instrumento válido y confiable para la detección del maltrato físico y/o emocional que una madre puede ejercer sobre su hijo. La muestra total fue no probabilística con $N= 200$ mujeres y quedó subdividida en dos grupos: $n_1=100$, madres maltratadoras y $n_2= 100$, madres no maltratadoras que se igualaron en las principales variables sociodemográficas. La muestra de madres maltratadoras se reclutó en un Centro de Atención Psicoterapéutica y la de no maltratadoras en escuelas públicas de la Ciudad de México. Entre los resultados de mayor relevancia se encontró que las escalas clínicas de Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia, Esquizofrenia e Introversión Social presentaron los valores más elevados en el grupo de madres maltratadoras que en el de las madres no maltratadoras y estadísticamente significativos al ser comparadas las muestras. Estas diferencias se vieron reforzadas por las puntuaciones obtenidas en las escalas de contenido y suplementarias.

Uno de los hallazgos de mayor relevancia teórico-práctica señala que la variable maltrato se distribuye normalmente comportándose como un continuo, de tal manera que el maltrato medio (cotidiano) agrupa al mayor número de madres en el centro de la curva mientras que en el extremo izquierdo la variable indica los valores mínimos y en el derecho sus máximos; los resultados mostraron claramente que estos valores quedaron vacíos y que el registro de un maltrato máximo o muy severo corresponde a poblaciones en instituciones especializadas.

La investigación también puso en evidencia que el maltrato puede ejercerse de forma sutil y profunda, sin que algunas madres perciban la magnitud del daño o tengan conciencia de que lo están ejerciendo.

ABSTRACT

One of the main abusers in the family is the mother figure, that's why the focus of the present project is centered in the next objectives: gain the personality profile of a group of abusive mother's through the MMPI-2 instrument and compare it with a group of non abusive mothers, and at the same time develop a valid and reliable instrument for the detection of physical and/or emotional abuse that a mother can perform in her child. The non-probabilistic complete sample of N= 200 women got subdivided in two groups: n1= 100 abusive mothers, n2=100 non abusive mothers who were balance in the main socio-demographical variables. The abusive mothers sample was acquire in a Psychotherapy Center and the non-abusive mothers sample in public schools in Mexico City. Among the results of greater relevance was found that the profile abusive mothers was arrange by the clinical scales of Depression, Psychopathic Deviation, Paranoia, Schizophrenia and Social Introversion those scales presented the higher medium values with statistical significance different from the non-abusive mothers. Those differences were confirmed by the scores in the supplementary and contents scales.

One of the more important findings of theoretical-practical relevance points that the abusive variable normally distributes like a continuous, so the average abuse holds the biggest number of mothers in the center of the curve and in the left end the abuse indicates the minimal values and in the right end the maximal values, clearly showing that this values left empty and the documentation of a very severe abuse corresponds to specialized institutions.

The investigation also evidences the subjective nature of the abusive variable so the perception and self categorization of abusive mother and non abusive mother in most cases is not a match to reality facts.

INTRODUCCIÓN

La conducta violenta es un problema en nuestra sociedad, con repercusiones psicológicas, sociales y económicas. El ser humano experimenta enojo a lo largo de la vida pudiendo comportarse de forma agresiva. La agresión se manifiesta con determinadas características particulares las cuales dependen del contexto social en el que surgen y del grupo social en el que se presenten. Sin embargo hablar del tópico de la agresión es complejo ya que es como un caleidoscopio, cada vez que se le gira presenta diversas imágenes. Tiene un patrón multivariado, lo mismo sucede con el maltrato en general y específicamente con el que realizan las madres que agreden a sus hijos. Por tales motivos es difícil establecer un estudio integral de los mismos que permita conocer: ¿cómo maltratan las madres a sus hijos?, ¿cuáles son las razones para maltratar?, ¿qué tienen de particular las madres que maltratan, con respecto a las que no lo hacen?, ¿todas las madres pueden dar amor por el solo hecho de tener un hijo?, ¿se puede conocer un modelo acerca de las madres maltratadoras, en donde se conjuguen los aspectos biopsicosocioculturales?, ¿cuáles son los modelos de intervención, de prevención y tratamiento terapéutico para las madres maltratadoras? Estas son sólo algunas de las preguntas que se pueden plantear acerca de la problemática de la madre maltratadora y de la cual se ha investigado escasamente en México, a pesar de ser una situación relevante para la sociedad.

En virtud de la importancia teórico práctica de esta problemática, y considerando su complejidad, en el presente trabajo se optó por delimitar como objetivos los siguientes: determinar si existe un perfil de rasgos de personalidad característico de las madres maltratadoras, que acuden a solicitar tratamiento a un Centro de Atención Psicoterapéutica y el desarrollo de un instrumento válido y confiable que permita detectar la frecuencia del maltrato físico y/o emocional que una madre ejerce sobre su hijo.

Teniendo en cuenta estos objetivos, en el capítulo I se aborda el concepto de la agresión desde diferentes ángulos (biológico, psicosocial, clínico). En el capítulo II se muestran los diferentes tipos de maltrato (físico, emocional y por negligencia); en el capítulo III se desarrollan elementos históricos y actuales de la agresión hacia los hijos; posteriormente en el capítulo IV se describen los modelos explicativos del maltrato (psicológico-psiquiátrico, transmisión intergeneracional, cognitivo conductual y sociológico). Mientras que en el capítulo V se hace referencia a la mujer frente a la maternidad y el maltrato, en el capítulo VI se revisan aspectos del contexto sociocultural de las madres maltratadoras tales como: estrés, historia familiar de maltrato, abuso sexual, aislamiento social, desempleo, maltrato contra la mujer, entre otros más. En el capítulo VII se abordan las características psicológicas de las madres maltratadoras (desesperación e impotencia, falta de empatía, falla en el establecimiento del vínculo afectivo, falla en el control de impulsos y del afecto, entre otras más); posteriormente en el capítulo VIII se hace referencia a la personalidad y a los rasgos de personalidad. En el capítulo IX se describe el método que se siguió en el proceso de esta investigación. En los capítulos que van del X al XIV se muestran los resultados, que incluyen validez y confiabilidad de la escala para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente (EDMM); análisis preliminares al establecimiento de perfiles de rasgos de personalidad en un grupo de madres maltratadoras y no maltratadoras, el análisis de correspondencias de los rasgos de personalidad de las escalas clínicas del MMPI-2 que caracterizan a los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras; los perfiles de rasgos de personalidad, estableciendo puntos de corte en grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras y la comparación de perfiles de rasgos de personalidad con diferentes puntos de corte. Por último se expone la discusión en la que se aborda una visión general de los resultados y las conclusiones generales.

I. AGRESIÓN

1. 1. La agresión y sus definiciones

Ajuriaguerra (1989), considera que son diversas las definiciones de la agresión y que según el diccionario, en su versión inglesa, “aggression” se define como ataque ya sea físico o verbal. Puede ser éste el resultado de la respuesta ante una provocación o no. Otra variante del término corresponde a “against behavior”, el cual comprende el comportamiento ofensivo y defensivo. También se encuentra la palabra “aggressiveness”, cuya definición implica un estado permanente de predisposición constitucional de potencial agresivo y que puede estar relacionado con la iniciativa, la ambición, la decisión y el valor.

La agresión, por otra parte, ha llegado a significar hostilidad, ataque y destrucción. Sin embargo puede presentar atenuantes ya que si no es excesiva, es una norma conveniente de conducta, que dirigida apropiadamente, se convierte en un activo para el individuo y en una fuerza constructiva para la sociedad. No necesariamente es una reacción hostil, con impulsos destructores como respuesta a la frustración de impulsos vitales. Puede ser un fenómeno vital y aún útil.

1.2. La agresión explicada desde la Biología

Se considera que las formas de comportamiento animal agresivo pueden clasificarse de acuerdo al nivel de activación fisiológica y de la conducta de cada especie animal y depende de si es un ritual de lucha por la hembra, de defensa del territorio, o de defensa frente a un depredador, entre otras más.

1.2.1. Agresión afectiva

Este tipo de agresión involucra una intensa activación del sistema nervioso e incluye las conductas de protección de crías, la socialización entre hembras y la competitividad.

1.2.2. Agresión predatoria

Implica la activación autónoma del sistema nervioso y evoca la conducta de acecho silencioso, con la intención de asegurar la supervivencia así como la agresión defensiva y la protección territorial (Feshbach y Feshbach, 1986).

1.3. La agresión explicada desde el enfoque Psicosocial

La agresión a nivel social y específicamente intrafamiliar ha estado presente a lo largo de la historia. El fenómeno del maltrato hacia la mujer y/o hacia los hijos, ha prevalecido a través de todas las culturas manifestándose de diversas formas. Sin embargo, el reconocimiento de dicho fenómeno sigue un patrón en todas las culturas. Primero la sociedad no acepta que el maltrato exista dentro de la propia familia; posteriormente lo reconoce, lo acepta e intenta establecer medidas de tratamiento y finalmente da paso a su prevención.

La violencia a través de la historia de la humanidad, ha señalado que la familia es un lugar de paradoja. Por un lado, refugio del individuo y núcleo de sus afectos pero por otro, ámbito privilegiado para la violencia en el que se cometen entre un cuarto y un tercio de todos los homicidios (Chesnais, 1992).

La agresión se puede considerar como una reacción innata producida por estímulos situacionales. Puede ser una reacción emocional que se desencadena ante estímulos medioambientales provocadores de cólera, cuya modalidad fue aprendida para eliminar aquellas situaciones frustrantes, y como un deseo de mantenerse dentro de las normas y expectativas sociales. La observación cotidiana permite confirmar que la agresividad puede ser rechazada, castigada, admitida o admirada (Balge y Milner, 2000; Ceballo, Dahl, Trayci, Aretakis y Ramirez, 2001). La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a un individuo.

Wolfer y Terry (2000) han señalado que suele clasificarse una conducta como agresiva, cuando no se ejecuta como parte de una regla socialmente aprobada.

Los seres humanos tienen significados diferentes para la agresión y definen a la persona agresiva como aquella que viola frecuentemente las reglas sociales y que actúa con dominio y descortesía hacia otro. De cualquier modo si se mantiene la concepción de la agresión como conducta errónea, se corre el peligro de clasificar de forma equivocada. Por otra parte, si uno se posiciona en el papel del agresor, la conducta resultante no se vive como violenta. Si uno se coloca en el lado de la víctima, entonces se vislumbra como una conducta hiriente ya sea física y/o emocionalmente. La clasificación de una acción como agresiva llega a ser subjetiva y muchas veces arbitraria. Esto no justifica el empleo de la agresión, aun cuando pueda ser socialmente aprobada, ya que bajo este rubro pueden cometerse una serie de atrocidades, como sucedió durante el periodo en el cual predominó la “justicia” realizada por la Inquisición (Tedeschi, 1983).

Se insiste en que una definición verdaderamente adecuada de la agresión debería hacer referencia al propósito del atacante. Sin embargo, aunque casi todas las teorías coinciden en que la agresión es intencionada, no existe consenso sobre los fines del por qué los agresores tratan de dañar a otros individuos (Berkowitz, 1996).

1.4. La agresión considerada desde una perspectiva clínica

En el área de la psicología clínica se presentan dificultades en la definición, ya que el concepto de agresividad conlleva a diversas contradicciones y puntos de vista. Puede ser entendida y denominada de diferentes formas tales como enojo, agitación, agresividad o conducta violenta.

Enojo: reacción anímica normal frente a la adversidad.

Agitación: conducta irritable desorganizada, sin un objetivo específico.

Agresividad: conducta innata con un objetivo específico, para la eliminación de situaciones frustrantes.

Violencia: conducta irritable desencadenada por estímulos que generan cólera, con un objetivo específico claramente dirigido a infligir daño fuera de lo

socialmente establecido, y entonces surge la cuestión, ¿la agresividad es lo mismo que la violencia?

La violencia es un factor que puede estar asociado a la agresión. Sin embargo, no toda conducta agresiva es violenta. De forma general, se ha asumido que la violencia hace referencia al entorno social, mientras que la agresión se avoca a un aspecto general. Sin embargo, la violencia actual aparece, en muchas de sus manifestaciones, como innecesaria y totalmente gratuita.

Cuando se habla de maltrato familiar, la violencia se presenta de forma abierta o encubierta, actuándose de forma pasiva o activa, con maltrato físico y/o emocional, directo o indirecto. Puede tomar diferentes matices y características en donde el daño se dirige preferentemente hacia la esposa, pero también puede dirigirse hacia los hijos y escasamente hacia el esposo. Los maltratadores de la familia por lo general, suelen ser los que están al cuidado de los otros, ya sea económica, física o emocionalmente (Balge y Milner, 2000).

1.5. La agresión considerada desde el seno de la familia

La agresión familiar se define de acuerdo con Azaola (2001) como aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio. Comprende, entre otros, maltrato físico y/o psicológico y abuso sexual. La violencia doméstica es un modelo de conducta aprendida, coercitiva que involucra abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y coerción económica.

Díaz-Guerrero (1979) considera que en la familia, la madre juega un papel fundamental. Desde 1952 Díaz-Guerrero, al estudiar a un grupo de jóvenes detectó que el 99% estaba de acuerdo con la expresión “para mi, la madre es la persona más querida del mundo”. Posteriormente en 1970, en otra investigación con adolescentes de tercer año de secundaria, identificó que el 92% estaba de

acuerdo con esa misma afirmación. En consecuencia el investigador postuló que en México la madre es el ser más querido que existe, por lo que parte del comportamiento emocional de los individuos está ligado al concepto de madre.

Por otra parte, en nuestra cultura a la madre no se le concede permiso para expresar sentimientos negativos, como la cólera, el resentimiento y la hostilidad, como lo refiere Díaz-Guerrero (2000). En la cultura mexicana se presentan una serie de mandatos denominados premisas histórico-socioculturales, que son remanentes de un control, tales como el machismo y la obediencia afiliativa.

En la educación de los hijos, la desaprobación de los sentimientos negativos se ha desplazado de la desaprobación de esos sentimientos en el niño a la desaprobación de tales sentimientos en la madre. Así se cae en el dilema de que la madre que experimenta *malos* sentimientos hacia su hijo es una *madre mala* (Téllez, 1995).

II. MALTRATO

2.1. Clasificación del maltrato

Existen diferentes categorías del maltrato. La tipología propuesta por López (1995) señala diversas formas de clasificar los malos tratos en la infancia, y se describen en el siguiente cuadro:

Categorías de malos tratos
<ul style="list-style-type: none">○ Maltrato físico○ Negligencia○ Abuso sexual○ Maltrato emocional○ Mendicidad○ Corrupción○ Explotación laboral○ Maltrato prenatal○ Síndrome de Münchausen por poderes○ Maltrato institucional

Fuente: Simón, López y Linaza (2000) p.130

2.2. Tipos de maltrato. Definición e indicadores.

2.2.1. Abandono físico o negligencia

Por abandono físico o negligencia se considera, toda situación en la que las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo, con el que convive el niño. Estas necesidades básicas hacen referencia a la alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas y de seguridad en el hogar y aspectos educativos (Loredo, 1994).

La negligencia o abandono físico, y el maltrato físico son formas de maltrato que presentan indicadores externos claros. Por esta razón se detectan con mayor frecuencia. Entre los indicadores de este tipo de maltrato se destacan los siguientes:

Indicadores físicos y externos	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Suciedad extrema. ❑ Hambre habitual. ❑ Apariencia física demacrada. ❑ Falta de protección contra el frío. ❑ Problemas físicos desatendidos. ❑ Necesidades médicas ignoradas. ❑ Accidentes domésticos repetidos, debidos a negligencia por parte del adulto. ❑ Períodos prolongados sin supervisión de adultos.
Indicadores conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El niño se duerme en clase o está siempre somnoliento. ❑ Roba o pide comida. ❑ Ausentismo escolar. ❑ Fallas continuas en puntualidad y/o faltas de asistencia. ❑ Permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela. ❑ Fugas de casa. ❑ Manifestaciones afectivas extremas de pesimismo. ❑ Muestras de desconfianza hacia todo aquel que se le acerca afectivamente.

Fuente: Simón, López y Linaza (2000) p.133

2.2.2. Maltrato físico

Por maltrato físico se considera cualquier acción no accidental, consciente o inconsciente por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo (Loredo, 1994).

Los siguientes son los indicadores que pueden aparecer en los niños:

Indicadores físicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones cutáneas: hematomas, moretones, heridas, cortadas, pinchazos, señales de mordeduras, de pellizcos, o de otros objetos (cables, cinturones, palos, quemaduras). ▪ Lesiones internas: dislocaciones, lesiones en globos oculares, lesiones neurológicas o viscerales. ▪ Lesiones óseas: fracturas de huesos. ▪ Otras lesiones: intoxicaciones no accidentales, asfixia o ahogamiento.
Indicadores conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechazo por parte de los niños para ir a su casa. ▪ Rechazo del contacto con sus padres y otros adultos. ▪ Vestir ropas inadecuadas para el tiempo (para cubrir las lesiones). ▪ Presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento o agresividad extrema. ▪ Quejarse excesivamente o moverse con incomodidad. ▪ Sentirse rechazado y no apreciado. ▪ Baja autoestima.

Fuente: Simón, López y Linaza (2000) p.136

El relato de los padres o cuidadores maltratadores respecto del maltrato que ejercen tiene características peculiares, tales como:

- La forma en que relatan cómo se produjo la lesión, no es coherente con las lesiones existentes.
- Aparecen historias de los hechos que produjeron la lesión, las cuales a menudo son contradictorias.
- Los maltratadores suelen ser reacios a proporcionar información.

- Pueden culpabilizar de las lesiones a otras personas.
- Aparecen posturas de rechazo a la hora de realizar exploraciones y seguimientos del menor.
- Suele haber una historia previa de accidentes, aunque es necesario tener en cuenta que aunque éstos se hayan producido en otras ocasiones, no necesariamente han sido detectados (Loredo, 2004).

2.2.3. Abuso sexual

Los indicadores que suelen aparecer en los niños respecto al abuso sexual en el menor son los siguientes:

Indicadores físicos	<p>Indicadores por traumatismo local y/o infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifestaciones de difícil identificación como dolor y/o inflamación perineal, dolor en región anal, hemorragias anales / vaginales... que pueden originar dificultades para sentarse, andar, etc, en el menor. ▪ Enfermedades sexualmente transmisibles.
Indicadores conductuales relacionados con la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conductas que no corresponden al nivel de desarrollo del menor, como conductas sexualizadas. ▪ Interacción sexual con iguales (la precocidad puede ser un resultado de este tipo de maltrato). ▪ Acciones o comportamientos verbales sexualizados hacia personas adultas. (El menor puede llegar a esperar de los adultos determinadas formas de interaccionar). ▪ Conocimientos sexuales inadecuados a su edad.
Indicadores conductuales no relacionados con la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios repentinos de comportamiento. ▪ Dificultades en la atención y concentración. ▪ Cambios bruscos en el

	<ul style="list-style-type: none"> rendimiento escolar. ▪ Actitudes de desconfianza. ▪ Conductas autodestructivas. ▪ Ansiedad. ▪ Tristeza no habitual en el niño. ▪ Conductas agresivas. ▪ Fobias.
--	---

Fuente: Simón, López y Linaza (2000), p.139

2.2.4. Maltrato prenatal

Respecto al maltrato prenatal se hace alusión a la falta de cuidado por acción u omisión del cuerpo de la futura madre; o auto-suministro de sustancias o drogas que de una manera consciente o inconsciente perjudiquen al feto (crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, dependencia de drogas, etc.) (Ross, 1996). Entre los indicadores de este tipo de malos tratos se encuentran los siguientes:

Indicadores externos	Situaciones y estilos de vida que afecten negativamente a la madre gestante; especialmente de manera prolongada como alimentación inadecuada, consumo de drogas, actividades físicas peligrosas.
Indicadores en el bebé	Aparición en el recién nacido del síndrome alcohólico fetal; síndrome de abstinencia en el recién nacido. Patrones neurológicos anómalos. Retrasos y problemas en su crecimiento.

Fuente: Simón, López y Linaza (2000) p.145

El maltrato también se puede constatar en aquellos casos en los que existen alteraciones en el desarrollo del niño, sin que se presenten enfermedades orgánicas que lo ocasionen. Estas alteraciones pueden hacerse evidentes en el peso, altura y diámetro craneal por debajo del percentil 3°, en las tallas en las que se toma en cuenta el crecimiento normativo; con una ganancia sustancial de peso durante la estancia en el hospital, y recuperación en el retraso evolutivo, en un

ambiente con cuidados adecuados. Este tipo de maltrato en ocasiones pasa inadvertido y su detección se produce, generalmente, dentro del ámbito hospitalario (Parra, 1994).

2.2.5. Síndrome de Münchausen por poder

El Síndrome de Münchausen por poder se refiere a aquellas situaciones en las que el padre/madre somete al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas patológicos ficticios o generados, de manera activa, por el propio padre/madre. Como señala Álvarez (1995), el síndrome de Münchausen fue descrito por Meadows para referirse a un cuadro que se presenta en niños y originado por sus padres, quienes inventan historias de enfermedad, basándose en síntomas y signos falseados.

Hasta este punto se ha realizado un esbozo sobre diferentes formas y estilos de maltrato. Se muestra desde el más obvio, que implica golpes que dejan huella física en los hijos y del cual todos se percatan, hasta el más sutil y perverso en cuanto a la forma como se articula; con la sagacidad e ideación programada, para que la sociedad no lo detecte y el hijo no se pueda defender, ni acusar y ni siquiera se percate de la destrucción de la cual está siendo objeto.

Sin embargo, también es importante reflexionar que el maltrato hacia los hijos tiene su historia, la cual se remonta a tiempos antiguos y en donde se ha concebido el maltrato como una forma de educación y aceptado bajo las leyes que regían en ese momento histórico a la humanidad. A pesar de que las leyes han cambiado, aún el maltrato hacia los hijos se sigue ejerciendo.

2.2.6. Maltrato “cotidiano”

Como lo expresó Chesnais (1992) la familia es un lugar de paradoja, por un lado, refugio de afectos y por otro, ámbito de violencia. Según Núñez (2001) se tienen ejemplos, en la Biblia como cuando Abraham ofrece a su hijo en sacrificio ante Dios, o cuando Moisés es abandonado en el río Nilo. En sentido mitológico en la

obra de Edipo Rey, el padre de Edipo lo manda matar por temer ser asesinado por éste según el oráculo había predicho. En la literatura, en la obra de los hermanos Karamasov de Dostoievsky se habla del parricidio, en Hamlet de Shakespeare.

En consecuencia en todas las familias se realiza la violencia, pero hay tipo, frecuencia, intensidad, intencionalidad y estilo de maltrato, sin embargo es difícil precisar en qué momento se trata de una violencia mínima o cuándo es máxima, cuándo la sociedad (dependiendo de la época cultural en la que se ubique la educación de los hijos) lo considera o lo aprueba como práctica adecuada de corrección, así desde este ángulo, los malos tratos culturalmente pueden expresarse en frases populares tales como: “la letra con sangre entra”, “si no sufres para obtener las cosas, entonces no aprendes a valorarlas”, “te pego por tu bien”, “te golpeo para que aprendas a respetar”, “esa es tu cruz en la vida”, “no cuestiones, no preguntes, sólo obedece”, “ya sabes que tengo un carácter difícil, así que aguántate”, “siempre digo lo que siento (ofende)”, “tú no eres nadie en la casa, para opinar”, entre otras más, de tal forma que el agresor en la familia tiene un argumento que le permite maltratar más que educar y sobre todo tiene el poder para realizarlo porque la víctima no se puede defender por edad, situación o circunstancias.

Cuando se educa a los hijos se busca que se ubiquen en la realidad y aprendan de los errores, para que ante la siguiente situación de conflicto puedan resolverla de otra manera y así salir adelante. El maltrato existe y no es subjetivo, lo que es subjetivo es su clasificación y evaluación en el sentido de como lo interpreta cada persona, ya que puede variar de acuerdo a diversos factores tales como la estructura de personalidad, los valores personales y los aspectos socioculturales.

El maltrato puede tener diversas clasificaciones. Como ya se mencionó puede ser de tipo físico, emocional y/o por negligencia, sin embargo también puede considerarse su frecuencia (una vez al día, a la semana, al mes, al año), su intensidad (nada, poco, mucho, demasiado), su intencionalidad (para que ponga

atención, sufra un poco, le duela, o bien para que tenga mayor intensidad su dolor y salga muy lastimado, que no olvide quién manda o, en los extremos del maltrato, en donde se desea o bien se ejecuta la muerte).

En la presente investigación el maltrato denominado como “cotidiano” implica el aspecto de frecuencia (casi nunca o a veces) en donde el niño es maltratado de tal forma que no sufre consecuencias que pongan en peligro su vida física, ni emocional; es decir, los progenitores podrían presentar pautas de conducta, como las siguientes: regaños, molestias, enojos, autoritarismo, insultos, jaloneos, irritabilidad, gritos, ofensas; esta clasificación es subjetiva, pero permite tener idea del manejo del concepto del maltrato que se realiza en la familia de forma cotidiana. El maltrato severo se consideraría aquel en donde se daña de forma drástica al hijo como el quemarle las manos, enfermarlo con medicamentos hasta provocar su muerte, etc. Estas formas extremas de maltrato se pueden ubicar en la nota roja de los periódicos o en los hospitales bajo el término de “fue un accidente y se lastimó”.

III. AGRESIÓN HACIA LOS HIJOS, ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ACTUALES

3.1. En la antigüedad

En el pasado, el niño carecía completamente de derechos. Aristóteles, 400 años antes de Cristo, expresaba que un hijo o un esclavo eran considerados como una propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto.

Por otra parte, las creencias religiosas en la India, Egipto o China justificaban, que los recién nacidos pudieran ser ofrecidos a las distintas divinidades, como un sacrificio purificador. Según estas creencias religiosas, los padres tenían el poder de disponer de la vida de sus hijos.

En Babilonia, tampoco existían leyes políticas que dictaran medidas a favor de la protección infantil. En las exploraciones Arqueológicas de Canaán, se han encontrado vasijas llenas de huesos de recién nacidos en los cimientos de los edificios, en las viviendas y obras públicas. Este fenómeno ha sido constante a lo largo de diferentes culturas y siglos. El infanticidio era una práctica habitual que prevaleció hasta entrado el siglo IV después de nuestra era y se practicaba tanto con los hijos legítimos como con los ilegítimos. Se tenían motivaciones familiares, personales o institucionales. Quien en la familia podía escapar al destino, era el primogénito; pero todo aquel que se apartara de las características de los modelos de niños descritos en los libros de ginecología de la época, o que incluso fueran muy "llorones", podían seguir el camino del infanticidio (Aguilera, 1997).

El derecho a la vida era otorgado por el padre como un ritual. En Roma los derechos de un padre de familia sobre sus hijos eran ilimitados. El recién nacido era dejado a sus pies. Si él deseaba reconocerlo, se detenía y lo tomaba en sus brazos; pero si se alejaba, el niño era llevado fuera del hogar y expuesto en la calle para ver si alguien se apiadaba de él, lo recogía y cuidaba.

La práctica del infanticidio fue habitual hasta el siglo IV después de nuestra era. En el libro de ginecología del médico griego Soranus, se relata dicha práctica y toda una serie de circunstancias que hoy se conocen como situaciones de riesgo. Un ejemplo de los métodos utilizados como maltrato infantil consistió en que el adulto yacía sobre un niño en la cama, hasta producirle la muerte por asfixia. También se practicaba el ahogamiento para lo cual se utilizaban las letrinas y cisternas como lugares preferidos, hecho que se prolongó hasta principios del siglo XVI (Cirilo y Di Blasio, 1989).

En la Edad Media, en las clases sociales media y alta, era frecuente que personas ajenas a la familia se hicieran cargo de la lactancia y la educación de los niños durante sus primeros años de vida. Posteriormente los criados eran las personas encargadas de su formación. Después hacia los siete años de edad eran llevados a la escuela o a aprender oficios. Por lo tanto el contacto directo entre padres e hijos era mínimo (Parra, 1994). La protección al menor durante los siglos XVII y XVIII significó el internamiento en Instituciones. Esta institucionalización era considerada como “un mal menor”, sin embargo la acción podría ser nombrada como “infanticidio emocional” (Loredo, 1990).

En el siglo XIX se destacan cuatro puntos importantes: el estudio científico de malos tratos; la creación de los primeros hospitales infantiles, la extensión del trabajo remunerado a los niños y la creación de las primeras organizaciones dedicadas a la prevención de la crueldad inflingida a los niños. En 1856, Toulomuche, médico forense francés, describió algunas lesiones de malos tratos en niños; y en 1860, el también médico francés Ambrose Tardieu realizó la primera gran descripción del “síndrome del niño maltratado” (Espinosa, 1999).

3.2. En el México Prehispánico

En el México prehispánico se tenía la idea de que el nacimiento del hombre estaba ligado al sacrificio de los hijos para los dioses, como un tributo y un agradecimiento a los creadores de la vida y del universo. Así los Mayas

acostumbraban colocar a los niños recién nacidos sobre cama de varas durante cuatro o cinco días. Al mismo tiempo le colocaban la cabeza entre dos tablas para amoldarla a una forma especial. Además los niños servían para múltiples sacrificios, en honor del Dios de la lluvia (García, 1993).

En la cultura Mexica durante el reinado de Moctezuma, el niño era preparado para ser guerrero desde que tenía tres años. Durante este entrenamiento era alimentado con media tortilla. A los cuatro años le duplicaban la ración alimentaria y al mismo tiempo lo responsabilizaban de algunas tareas de la casa. A los cinco años el alimento era el mismo, pero las tareas aumentaban. Al cumplir los seis años tenía derecho a tortilla y media. A los siete años se le enseñaba a pescar. A la edad de ocho y nueve años comenzaban los castigos dolorosos, si es que antes no habían iniciado y a los doce años con el fin de obtener jóvenes fuertes, ponían a los niños acostados en el suelo boca arriba durante todo un día (Espinosa, 1999).

Durante la Triple Alianza en la cultura Mexica, los padres podían aplicar castigos a sus hijos para corregirlos, aunque no tenían el derecho de darles muerte. Las mentiras de los niños y de las mujeres se castigaban con pequeñas cortadas y rasguños en los labios, siempre que hubieran provocado consecuencias (García, 1993). El pueblo Nahuatl, en la fiesta de Toxcatl en honor de su Dios principal Tezcatlipoca, marcaban con navajas de piedra a los niños en el pecho, estómago y brazos. Era la fiesta de los Tlaloques. A los niños que cometían una falta, se les castigaba con ayuno de cuatro días, mientras se les maltrataba. Después eran recogidos por sus familiares. Estos crueles castigos, eran considerados adecuados y esperados por la comunidad, con temple de guerreros (Espinosa, 1999).

3.3. En el México actual

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) realizó en el Distrito Federal una encuesta (2002), mediante la cual detectó que el 30 por

ciento de las familias mexicanas sufren de violencia intrafamiliar. La UNICEF-México manifestó que durante el 2001, el número de casos atendidos por causas de maltrato infantil en dependencias gubernamentales del DIF fue de 7000; el 37 por ciento de esta cifra correspondió a maltrato físico, 38 por ciento a omisión de cuidados y un 25 por ciento a maltrato emocional. El INEGI reporta que en los últimos 4 años los casos comprobados y denunciados ante el ministerio público ascienden a un total de 42,000 niños maltratados (INEGI, 2005).

El gobierno mexicano ha implementado un programa llamado DIF-PREMAN, a través del Departamento de Servicios Sociales del Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia. Esta institución se encarga de registrar, investigar, y evaluar las denuncias que, por diferentes medios, se les hacen llegar. Sin embargo por diversas razones no se reportan todos los casos de maltrato infantil. En el 2002, mediante el programa DIF-PREMAN se atendieron 22, 463 niños y niñas víctimas del maltrato en la República Mexicana (INEGI, 2004). En el período de 2002 a 2003, de acuerdo al INEGI los estados que presentaron mayor índice de maltrato infantil fueron: Aguascalientes (2116 casos), Baja California Sur (2097 casos), Chihuahua (2086 casos), Durango (1930 casos), Tamaulipas (2562 casos) y Tlaxcala (2544 casos), (INEGI, 2005). Estadísticas del DIF-DF, basadas en los reportes de maltrato que recibe el programa de Atención al Maltrato Infantil de la Subdirección y Atención al Maltrato infantil correspondientes al 2004, indican que de 1326 casos reportados, se confirmó que en 1079 casos los niños y niñas recibían algún tipo de maltrato y que la mayoría ocurría dentro del hogar.

Marcovich en 1978, es quién hace la primera llamada de atención sobre este problema. Realizó una investigación en el Instituto Nacional de Pediatría basada en 130 expedientes de niños, a los cuales se les había deducido maltrato. Se pudo establecer que los lactantes y preescolares sufrían maltrato físico en un 70% más que los niños de mayor edad y refiere que el promedio de edad, en el que se sufría la mayor frecuencia de maltrato era a los 6.5 años para los varones y a los 8 años para las mujeres. También identificó algunos de los principales factores

asociados al maltrato, encontrando que los padres maltratadores tienen menos de 30 años. Eran padres desempleados, que vivían en condiciones de hacinamiento, y generalmente era la madre quien causaba la mayor agresión.

Ruiloba y Gastón (1990) llevaron a cabo un estudio en el departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría a través de la revisión de expedientes correspondientes a un período de 13 años. En este estudio evaluaron reportes médicos, psicológicos y radiológicos sobre el maltrato infantil. Se encontraron inicialmente, 36 casos por lesiones físicas, de los cuales 20 correspondían a fractura de huesos inferiores, 8 a fracturas de cráneo y 8 a quemaduras con diversos objetos. Loredó (1990) señala que los niños pequeños o con problemas de conducta, son los más propensos a la agresión.

Rodríguez (1985) realizó un estudio preliminar sobre la prevención del maltrato infantil y constató la urgencia de atender comprensivamente a las madres, mediante programas continuos de educación y orientación del desarrollo infantil. Posteriormente Rodríguez (1989), confirma algunos de los resultados de Marcovich, realizados en 1978. Al trabajar con una población de 120 padres cuyos principales rangos de edad iban de 17 a 19 y de 26 a 34 años, encontró que la mayor frecuencia de maltrato la realizaban las mujeres en un 73%, mientras que los hombres la ejercían en un 27%. El porcentaje más alto entre los niños maltratados tenía una edad de 0-5 años (48%).

Por su parte, Espinosa (1999) expresa que son pocos los estudios realizados en México. Además no se pueden conocer cifras exactas de los casos de maltrato físico, ya que no todos los casos son reportados.

Aguilera (1997) manifiesta que el problema del maltrato al menor es un problema social, conocido por todos (en el aspecto de su existencia) y sobre el cual se ha escrito mucho en forma general, sin embargo en México no existen suficientes trabajos estadísticamente documentados que permitan valorar la magnitud de esta situación.

Prácticamente el maltrato hacia el menor es un problema ampliamente reconocido por la sociedad y expresado a través de los medios. Este conocimiento ha servido para mostrar lo extremo de la violencia al presentarse imágenes de niños quemados o martirizados de diferentes formas. Sin embargo, se enfatiza que en México son escasos los estudios en donde se aborde de forma sistemática esta problemática del maltrato extremo y menos aún del maltrato cotidiano, ese que frecuentemente se presenta, pero que no se hace alarmante, que parece poco evidente debido a que el daño es mínimo o interno y no se nota, pero que puede en determinados momentos y circunstancias convertirse en un maltrato extremo dañando emocional y/o físicamente a los hijos. En México, debido a la escasez de investigaciones sobre madres maltratadoras, no se proporcionan datos específicos que permitan establecer un perfil psicológico del agresor.

La realidad social e histórica nos marca otros aspectos del maltrato que han estado encubiertos por la rúbrica de “por el bien de la educación del infante”. Díaz Guerrero (1970) detectó que para el mexicano, la madre es lo más importante en la familia. Sin embargo, conviene no olvidar que querer a un hijo, no pone a salvo a la madre de las presiones sociales tales como la pobreza; por otro lado, aspectos como la baja escolaridad, escasos conocimientos sobre desarrollo del menor, haber sufrido maltrato en la infancia, o la alteración de algunos rasgos de personalidad, pueden convertirse en factores de riesgo y como consecuencia incidir o jugar un papel importante en el surgimiento de pautas de conducta de maltrato hacia los hijos.

IV. MODELOS EXPLICATIVOS DEL MALTRATO

4.1. Modelo psicológico-psiquiátrico

Para poder explicar la dinámica de la violencia intrafamiliar y los factores de riesgo “biopsicosociales” que están involucrados, se ha desarrollado una serie de modelos que tratan de mostrar las interacciones y las relaciones de mayor fuerza. A continuación se esbozan algunas de estas propuestas.

Los primeros modelos se centraron en la presencia de trastornos psiquiátricos de los padres, con lo cual se justificaba el bloqueo, la distorsión o la no adquisición de los recursos mentales para desempeñar el rol de padre/madre adecuadamente, en donde las características del funcionamiento psicológico podrían explicar las disfunciones en la ejecución del rol parental (Arruabarrena y De Paúl, 1994). Este modelo considera, como factor prioritario explicativo, las características psicológicas o los rasgos psicopatológicos de los perpetradores, proponiendo como método terapéutico la modificación de los factores emocionales presentes.

Al ampliarse la definición del maltrato, y al comprobarse la escasez de síntomas psicóticos o limítrofes en padres maltratadores, la hipótesis de la psicopatología, como base, ya no pudo satisfacer el sustrato de ser el único elemento básico para la explicación del maltrato. Kempe y Helfer en 1972 advierten que sólo un 10% de los maltratadores padecía enfermedad psiquiátrica específica. La mayor incidencia de determinadas psicopatologías hizo postular que este modelo se centrara en características de personalidad (Tabla 1).

Tabla 1. Personalidad característica del padre maltratador

Pobre desarrollo emocional	Baja autoestima	Aislamiento emocional	Soledad depresiva	Bajo control de la agresividad
*Inmadurez *Dependencia *Necesidad de afecto	*Baja autoestima *Sensación de incompetencia *Hipersensible	*Aislado *Rechaza relaciones humanas *Falta de empatía *Falta de afecto *Desconfiado *Dificultad matrimonial	*Deprimido *Sentimientos depresivos crónicos *Apático *Triste, infeliz *Temor a estar solo	*Agresión pobremente controlada *Hostilidad *Agresividad y hostilidad perversa *Patrón de agresión y violencia

Fuente: Casado, Díaz y Martínez (1997) p. 47

La ausencia de resultados consistentes que apoyen una explicación exclusivamente psicopatológica, no minimiza el interés de comprender las características individuales de los padres, quienes maltratan a sus hijos en relación con sus experiencias previas y necesidades, como factor contribuyente (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

Alteraciones psicopatológicas. Una de las cuestiones más estudiadas es la presencia de alcoholismo y toxicomanías en las familias maltratadoras. Los trabajos realizados por Albert, Klein, Noble, Zahand y Holtby (2000); Jones y McCurdy (1992); Windham, Rosenberg, Fuddy, McFarlane, Sia y Duggan (2004); Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner (2000); presentan datos que apoyan esta relación en los casos de maltrato físico y de abandono físico. En términos generales sólo en un reducido número de casos de padres se encuentran

alteraciones psicológicas concretas y diagnosticables que sean la base del maltrato infantil.

4.2. Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato

La teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato ha ocupado un lugar importante en las explicaciones sobre los orígenes del maltrato infantil. En este caso se plantea la existencia de un ciclo en el cual la violencia genera violencia y propicia el maltrato de padres a hijos a través de las generaciones.

La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos de abordaje del “síndrome del niño apaleado” (Helfer y Kempe, 1968). Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en dicha transmisión de patrones maltratadores para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen en las relaciones padres-hijos en el que predomina el maltrato físico.

Desde la teoría del apego de Bowlby (1985), también se ha analizado la teoría de la transmisión intergeneracional, aplicando el conocido “constructo” de los modelos internos de funcionamiento en donde los padres ofrecen apego seguro, ansioso-resistente o evitativo.

Desde el aprendizaje social, se establece la hipótesis de que la historia de maltrato infantil provocaría una ausencia de habilidades aprendidas, para el manejo de las conductas de los niños y la utilización del castigo físico, como exponente de la única estrategia aprendida (Wolfe y Wekerle, 1993).

No obstante, estas explicaciones se han basado en la supuesta evidencia de tal transmisión intergeneracional o de la repetición del ciclo de los malos tratos que ha empezado a no ser aceptada de manera generalizada. En investigaciones que han estudiado esta problemática, no se han tenido en cuenta a todos los padres que han sido maltratados en su infancia y que cuidan adecuadamente a sus hijos.

Es evidente que este importante sesgo produce una sobrestimación de las tasas de transmisión intergeneracional. La revisión realizada por Kaufman y Zigler (1987) se constituye como un elemento esencial en el tema. Desde un punto de vista retrospectivo, se podría afirmar que existe una tasa de un 90% de transmisión intergeneracional del maltrato. Si se analizan con rigor los datos de las investigaciones longitudinales revisadas en el trabajo citado, podría decirse que aproximadamente un 18% de los sujetos maltratados, en su infancia, reproducen este comportamiento en la edad adulta.

Pero también es dudosa esta interpretación de los resultados de los estudios longitudinales en aquellos en donde se evalúa la reaparición del maltrato infantil en un único hijo y sólo durante un breve lapso de tiempo (primer año, hasta los cinco primeros años). Es conveniente tener en cuenta que no todos los hijos de una familia son siempre objeto de maltrato y que las tasas de distribución, por edades, muestran altas proporciones de casos aparecidos después del primer año o a partir de los seis años. De cualquier manera, es evidente que la historia de maltrato es una variable que coloca a un sujeto en un importante riesgo de reproducir el problema. Lo esencial es discriminar aquellas variables que hacen que un sujeto maltratado se convierta, o no, en un maltratador físico y/o emocional con sus hijos.

Por otra parte, la presencia de una figura de apoyo en la infancia, la participación en algún tipo de actividad psicoterapéutica, la estabilidad y apoyo emocional de la pareja actual son los aspectos que diferencian a los sujetos maltratados, que reproducen este problema, de los que no lo hacen. En definitiva, las situaciones de ruptura de la transmisión intergeneracional y las razones de tal ruptura son un aspecto esencial en la comprensión de la etiología del maltrato infantil (Moehler, Resch y Cierpka, 2001).

4.3. Modelo cognitivo–conductual

Bauer y Twentyman (1985) formularon el modelo cognoscitivo del maltrato físico, mediante una secuencia de cuatro fases: 1) expectativas inadecuadas con

respecto a secuencias de interacción del niño; 2) incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas; 3) interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad, y 4) respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño. Se trataría, en definitiva, de una inadecuación de los padres para la resolución de las situaciones estresantes. Según Helfer y Kempe (1968) parece que las expectativas negativas que las madres o padres tienen de los niños, se aprecian con una mayor relevancia en algunas secuencias complejas interpersonales muy frecuentes en la interacción cotidiana.

Milner (1993) ha formulado un modelo etiológico del maltrato físico basado en la teoría del procesamiento de la información social. En este modelo, el procesamiento de la información constituye un proceso que se compone de tres fases cognitivas: 1) la percepción de la conducta social; 2) las interpretaciones, evaluaciones y expectativas que dan significado a la conducta social, y 3) la integración de la información y selección de la respuesta. La cuarta fase es de tipo cognitivo-conductual, la cual incluye el proceso de implantación y monitorización de la respuesta.

De acuerdo con este mismo autor, existen tres conceptualizaciones conductuales, que al menos están parcialmente involucradas en el maltrato infantil: el aprendizaje observacional, déficit en el control de impulsos, y patrones familiares de interacción coercitivos.

4.4. Aprendizaje observacional

De acuerdo a Milner (1993) el aprendizaje observacional es otra forma más para explicar el desarrollo del maltrato. Específicamente, la observación de la violencia para la resolución de conflictos resulta en el aprendizaje de estos métodos y de su subsecuente aplicación con los propios hijos. Este aprendizaje puede ocurrir durante la infancia de la persona en donde fue víctima de maltrato físico, o donde observó el abuso de los hermanos o de la pareja del maltratador. En la edad adulta los padres aprenden a usar los castigos físicos y los métodos disciplinarios

al observar a otros padres, miembros de la familia o individuos en la comunidad de forma similar. Fallas en la observación de los cuidados adecuados pueden resultar en una maternidad negligente.

Para apoyar el papel del modelamiento en el maltrato infantil primero, hay que hacer énfasis en estudios que han documentado la trascendencia del modelamiento en el aprendizaje en general y en el desarrollo de comportamientos agresivos en particular; segundo, es importante señalar que una significativa proporción de padres maltratadores reportan haber observado violencia intrafamiliar de niños o el haber sido víctimas de maltrato o comportamiento negligente.

4.5. Modelo sociológico

Las deficiencias en habilidades sugieren que muchos padres maltratadores, no observan modelos apropiados de crianza cuando son niños, ni cuando son adultos. Por supuesto que se debe mencionar que las fallas en habilidades se pueden deber a otras causas que no son por el aprendizaje observacional, tales como el abuso de drogas, disfunciones psiquiátricas, y lazos afectivos de uniones frágiles (Eiden y Das, 1999).

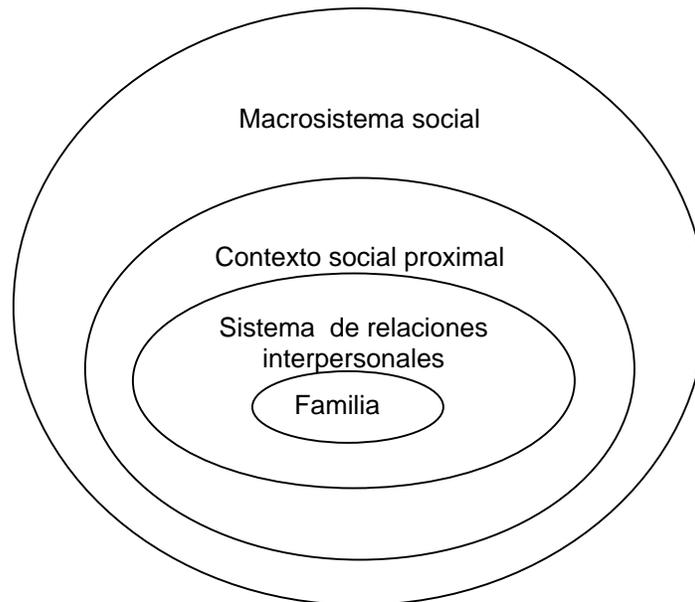
A partir de 1970, el modelo sociológico aparece y comprende la etiología del maltrato desde las relaciones socioculturales. En este modelo la violencia es el resultado de problemáticas sociales no resueltas en las familias, en situaciones de estrés, enfermedad, droga, desempleo, dificultades económicas, hacinamientos, problemas matrimoniales, problemas legales, entre otros.

El modelo sociológico considera, que es difícil tener un patrón de todos los factores que están implicados en el maltrato de los niños. En la Unión Americana se discute mucho acerca de las influencias sociales sobre la violencia infantil y del adolescente, y la reflexión es que la violencia se está ejercitando entre los jóvenes muchas veces de unos contra otros y de los familiares hacia los niños. Sin

embargo, no hay un sólo factor que explique gran parte de la varianza del por qué de la agresión, ni tampoco se sabe quién en un futuro será violento. Según Eron, Gentry y Schelegel (1994) la violencia es una conducta multideterminada que se desarrolla y está influida en todos los niveles, por factores del desarrollo y también por las diferencias individuales y culturales.

Tolan y Guerra (1994) exponen el siguiente modelo psicosocial de las influencias sobre el maltrato en niños y jóvenes, el cual, es similar al de Bronfenbrenner (1979) en donde se asume que el maltrato se comprende mejor al conocer diferentes niveles de influencia, cómo cada uno de ellos está conectado y cómo ejerce influencia sobre el otro. En este modelo se pueden distinguir cuatro niveles de influencia sobre la violencia: 1) Características individuales, en este rubro se hace referencia a los rasgos de personalidad, la tolerancia a la frustración, la capacidad de resiliencia, el estilo de afrontamiento ante los problemas de la vida cotidiana, la capacidad de empatía, entre otras más; 2) Relaciones interpersonales cercanas, en este punto es importante conocer la naturaleza de las relaciones familiares y sociales, si son cordiales, de atención, cuidado, si hay interés en la convivencia familiar, en la convivencia con amigos o bien si existen situaciones de estrés, agresión y distanciamiento; 3) Contexto social o ambiental, este nivel se refiere a las características del contexto en el que se desenvuelven las personas, como por ejemplo, en dónde realiza su vida el sujeto, si vive en un lugar con comodidad, si hay convivencia en el ámbito laboral, si la persona tiene acceso a diversión en centros recreativos, si le agrada su trabajo; 4) Sociedad global o macrosistema, este nivel implica conocer si el sistema de políticas públicas del país le permite un desarrollo laboral, o si existe pobreza, amenaza de guerra, falta de empleo, falta de seguridad pública, etc. (véase la figura 1).

Figura 1. Niveles de influencia sobre la violencia.



Fuente: Tolan y Guerra (1994), p.197

Tolan y Guerra (1994) consideran que lo que pasa en la sociedad, en sentido macro, viene a ser representado en sentido micro en las familias de cada sociedad y existe una continua retroalimentación de lo macro a lo micro y viceversa.

Desde esta perspectiva, los padres son considerados como víctimas de fuerzas sociales, encontrándose el abuso igualmente entrelazado con un conjunto de valores, actitudes y creencias socioculturales acerca de la infancia, la familia y la paternidad: agresión verbal y/o castigo corporal como disciplina, arraigo en la idea de privacidad en la vida familiar, niños propiedad de los padres, etc. (Casado, Díaz y Martínez, 1997; Sidebotham y Heron, 2003).

V. LA MUJER FRENTE A LA MATERNIDAD Y EL MALTRATO

Como se había mencionado anteriormente Díaz- Guerrero (1993) considera que los mexicanos ven a la madre, ante todo, como una fuente de amor y comprensión. La relación de la madre se acentúa más con los hijos que con el esposo, siendo en la cultura mexicana la madre la figura de mayor relevancia, más poderosa, más activa y más significativa. La mayor parte de la educación es a través de la familia y ésta se basa en la madre, como su principal agente, para transmitir el bagaje cultural y de normas sociales.

Una vez que la mujer está en el proceso de la maternidad no puede dar marcha atrás, a pesar de que pueda darse cuenta de que lo que anhelaba, no es lo que ahora va a tener (Fromm, 1996).

El ser madre, en las diferentes culturas, tiene diversos significados, ya que la maternidad es acompañada de cambios biopsicosociales. Además es común que hoy en día, las mujeres enfrenten una marcada ambivalencia; pudiéndose presentar situaciones de ansiedad, determinadas en buena medida por aspectos de tipo económico y demandas de tipo social o individual, lo cual interviene en la actitud de maternidad, protección y crianza del hijo (Salvatierra, 1989). La sociedad tiene diversas expectativas de la conducta materna, las cuales son variables dependiendo de la cultura.

Para muchas mamás los hijos representan una amenaza pues las exigencias son muchas y viven el momento de satisfacer sus demandas como una pérdida de las propias necesidades. La consecuencia es que la madre experimente el sentimiento de estar perdiendo su individualidad como persona. 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 y sin embargo, al mismo tiempo, experimenta una pérdida del yo, que deja a muchas mujeres

confusas y deprimidas. En muchos casos pueden terminar en una crisis de identidad y la ruptura de ésta. 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, de un desarrollo pleno de su personalidad, revivir su pasado y sus esperanzas (Fromm, 1996).

Chodorow (1984), menciona que se han realizado estudios en donde se ha encontrado que no existe nada en la fisiología de las mujeres que van a tener un hijo, que las haga especialmente aptas para el cuidado posterior de los niños. Ni existe razón alguna de tipo instintivo que permita aseverar que debieran ejercer ese cuidado posteriormente, por lo que considera que los argumentos biológicos, a favor de la maternidad, se fundan en hechos que no provienen de la biología, sino del “constructo” social, que se ha creado a lo largo de la historia. Considera que el ejercicio maternal de las mujeres, es el producto del aprendizaje y de la identificación en un rol determinado. Esto es, a las niñas se les enseña a ser madres y se les entrena para el cuidado infantil. Se les envuelve en ropas y sábanas rosas, se les dan muñecas y no se les permite jugar con los camiones “de los niños”, llegando algunas veces a no estimularlas para esforzarse en el colegio, considerando que su función real es ser madre, no profesionista.

Casi siempre se cree que las mujeres desean ser madres y que el instinto materno es inherente e innato en ellas, sin embargo, Ferro (1991) admite que el instinto maternal no existe como tal. Este papel les es impuesto a todas las mujeres aún si no llegan a tener marido, ni hijos. Por el sólo hecho de ser mujer se tiene que preocupar y cuidar a los demás, “ser un ser para los otros” (Cazés, 1996; Torres, 2001). El rol materno comprende una variedad de suposiciones, tareas, responsabilidades, obligaciones y expectativas sociales (Cazés, 1996). La función maternal está caracterizada por las creencias sobre la “buena madre” de quien se espera todo tipo de sacrificio para mantener feliz a su hijo(a).

En nuestra sociedad se sigue promocionando el discurso naturalista y se considera que como la mujer está biológica y fisiológicamente preparada para

tener hijos y amamantarlos, le corresponde ser la buena madre (Ortiz, 2004). Debe querer y cuidar a sus hijos y si realiza todas estas funciones será reconocida socialmente. Conforme el niño o la niña va creciendo la madre se convierte en la principal o la única responsable de cuidarlo(a). Tiene que bañarlo(a), darle de comer, cambiarlo(a) de ropa, educarlo(a), etc. Lo cual implica que la mujer existe sólo si responde a las necesidades de los otros, olvidándose de las suyas. Se considera que las mujeres desde que tienen niños, y principalmente en la etapa de crianza de niños pequeños, no deben tener intereses políticos, culturales, ni de ningún tipo (Lamas, 1992). Sólo preocuparse por cuidar de los hijos y dejar a un lado los intereses personales. La mujer trabaja más para complacer al marido e hijos(as) y se vuelve dependiente del marido, de su trabajo en el hogar y no se atreve a quejarse, pues es presionada por la ideología maternalista inculcada (Ortiz, 1991).

Como se puede ver, ser madre implica realizar sacrificios para lograr la felicidad de sus hijos, amarlos y quererlos como la mayoría de las madres lo hacen. Si no se cumple con lo anterior, se dice que es una “mala madre” y es reprobada y castigada por la sociedad. Al considerar a la madre como la única responsable de la crianza y educación de los hijos e hijas, como contraparte se ha hecho creer que el hombre no tiene la responsabilidad de cuidar y educar a los hijos, y sólo necesita aportar el ingreso económico para mantener a la familia (Terán, 1995). Barbieri (1984), realizó un estudio en la Ciudad de México en el cual encontró que las mujeres entrevistadas hicieron mención que para ellas “el hogar y los hijos son lo primero, antes que nada”.

Lamas (1992) también señala que la biología no es una garantía de ser una buena madre. Se puede llevar a cabo una crianza impecable, traer al niño limpio, llevarlo a la escuela, llevarlo a las vacunas, etc. Pero lo primordial es la presencia de los sentimientos y de la voluntad de las mujeres, es decir que ellas decidan si quieren tener hijos, cuántos y cuándo es el momento más adecuado.

Históricamente la función de la maternidad le ha dado a la mujer un carácter intermedio entre naturaleza y cultura. Esta definición la ha llevado, aún en nuestros días, a colocar la procreación por encima de su propia proyección, de su capacidad. Se considera como algo antinatural el que la mujer no quiera casarse, y no tenga el deseo de tener hijos (Hyde, 1995).

Lamas (1992) argumenta que una maternidad no deseada afecta de manera negativa al hijo o hija. Una madre que no desea a su hijo(a) puede abandonarlo(a) con resentimiento o resignación, le puede dañar psíquica o físicamente sin darse cuenta o puede interrumpir el embarazo. En México más de dos millones de mujeres abortan cada año y muchas madres abandonan a sus hijos, lo cual representa un serio problema.

Es de suma importancia que la mujer decida si quiere ser madre o no. “La maternidad debe ser libre y voluntaria” para que se sienta realmente feliz y no dañe a los hijos(as), ni se dañe a ella misma. Por otro lado, no se debe considerar la maternidad como la única opción que tiene la mujer para desarrollarse como ser humano, sino como una alternativa si es que así lo desea (Eyer, 1995).

VI. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES MALTRATADORAS

La humanidad está en contra del maltrato infantil y sin embargo no ha sido posible detenerlo. El conocimiento dinámico sobre cada una de las macro fuerzas sociales que inciden en la violencia hacia los niños es complejo. Tolan y Guerra (1994) consideran que no se debe intentar especular acerca de lo que es el maltrato, tampoco buscar resolverlo bajo condiciones ideales, sino trabajar líneas de investigación que incidan sobre situaciones reales y sobre todo, en términos de prevención.

Existe gran cantidad de factores de riesgo que intervienen en el maltrato de los hijos. Algunos de ellos forman parte de la personalidad de los padres; otros forman parte de aspectos sociales tales como el estrés, la pobreza absoluta, el aislamiento social, la frustración para encontrar alternativas de solución ante las demandas básicas de los hijos, sentimiento de desigualdad económica, mayor exposición a la violencia comunitaria, falta de oportunidades laborales, influencia de los medios de comunicación masiva respecto a la violencia que la muestran excitante, efectiva y aceptable, valores que cada grupo étnico trasmite a sus hijos, el machismo, entre otros más (Ards, Cheng y Myers, 1998; Attar, Guerra y Tolan, 1994; Bailey, Nordstrom, Hannigan, Ager, Sokol y Covington, 2005; Brown, Cohen, Johnson y Salzinger, 1998; Cappelleri, Eckenrode y Powers, 1993; Creighton, 1985; Currie, 1986; Chaffin, Kelleher y Hollenberg, 1996; Deyoung y Zigle, 1994; Dinwiddie y Bucholz, 1993; Eron y Huesman, 1994; Ferrari, 2002; Greenhoot, McCloskey y Glisky, 2005; Jencks, 1992; Kelleher, Chaffin, Hollenberg y Fischer, 1994; Kotch, Browne, Dufort y Winsor, 1999; Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivara, 2000; Sidebotham, Golding y The ALSPAC Study Team, 2001; Tajima, 2000; Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner, 2000; Zuravin, 1991).

Kotch, Browne, Dufort y Winsor (1999) concluyeron que el maltrato hacia los niños no se puede estudiar en forma separada de los problemas generales de la sociedad.

La madre juega un papel esencial al ser una de las principales protagonistas del maltrato, sin embargo, si se pudiera analizar profundamente el caso de cada una de aquellas madres a las cuales bajo un concepto se les llama "maltratadoras", podría conocerse que son diversos aspectos sociales y culturales tales como los de género, biológicos, familiares, psicológicos que se combinaron en su vida, y por los cuales su conducta se manifiesta en desesperación en la relación afectiva con los hijos; la forma de comunicación se mezcla con ofensas que terminan en malos tratos y en daños físicos y/o emocionales para éstos.

El maltrato es un continuo, no es un aspecto del todo o nada. Los factores de riesgo pueden actuar con mayor o menor influencia como unitarios y cuando se combinan sus fuerzas su efecto se multiplica y recae con mayor peso en el maltrato hacia los niños.

A continuación se mencionan algunos aspectos socioculturales que pueden influir como factores de riesgo para que una mujer llegue a convertirse en madre "maltratadora".

6.1. Estrés

Según Bishop y Leadbeater (1999); Howze y Kotch (1994); Wekerle y Wolfe (1996) el estrés de la vida cotidiana sobre las madres genera ansiedad y promueve la falta de sensibilidad para resolver los problemas que el medio familiar les plantea (Azar, 1989; Yates, Dodds, Sroufe y Egeland, 2003). La madre maltratadora suele angustiarse ante el estrés de la vida cotidiana y éste se incrementa por demandas de los hijos y/o por el gran número de horas de trabajo realizado en el hogar o en conjunto con la actividad laboral externa.

El estrés aumenta las posibilidades de respuestas disciplinarias punitivas en mujeres con alto riesgo de ser madres maltratadoras (Schellenbach, Monroe y Merluzzi, 1991).

Windham, Rosenberg, Fuddy, McFarlane, Sia y Duggan (2004); Yates, Dodds, Sroufe, y Egeland (2003) afirman que es importante identificar los problemas que vivió una madre durante su infancia tales como la depresión y la violencia doméstica que también provocan estrés.

6.2. Historia familiar de maltrato

La historia familiar de maltrato ha sido el factor de riesgo más frecuentemente reportado. Muller y Diamond (1999) mencionan que madres con historia de abuso sexual constantemente están preocupadas porque nadie maltrate a sus hijos. Sin embargo, ellas ante la frustración, activan la agresión física o emocional en contra de los mismos.

McMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Wals, Wong y Beardslee (2001) refieren que las mujeres que han recibido maltrato en su infancia presentan tasas significativamente más elevadas respecto a trastornos de la ansiedad, abuso o dependencia de alcohol y comportamientos antisociales, en comparación con mujeres no maltratadas.

Kotch, Browne, Ringwalt, Dufort y Ruina (1997) identificaron que la indiferencia y la intolerancia parental, evidenciada bajo una historia de violencia familiar y problemas socio-económicos, se convierten en indicadores relevantes de vulnerabilidad hacia el maltrato infantil.

Baumrind (1995) encontró correlación entre las madres que de niñas fueron abusadas sexualmente por sus padres, y la alteración en los rasgos de la personalidad, principalmente en la falla de control de impulsos y en la paranoia.

Brodsky, Oquendo, Ellis, Haas, Malone, y Mann (2001) reportan que los malos tratos en la infancia pueden constituir un factor de riesgo ambiental para que individuos adultos con depresión mayor, puedan desarrollar rasgos de impulsividad, agresividad hacia los hijos y tentativas de suicidio.

Horton y Cruise (1997) comprobaron que los hijos que habían sido maltratados en su infancia, tienen una probabilidad cuatro veces mayor de tener problemas psicológicos que los niños que se desarrollaban en familias no violentas.

Coohey (2003) señala que las madres que han sido víctimas de maltrato en su infancia, son pobres supervisoras del cuidado de los niños, sobre todo cuando son más pequeños.

Vostanis, Tischler, Cumella y Bellerby (2001) reportan que el 60% de madres que maltratan fueron víctimas de maltrato cuando niñas. Describen a sus padres como crueles, duros, rechazantes e irrazonables en sus disciplinas. Wipple y Webster (1991) refieren que aunque no existe una correlación absoluta entre el tipo de maltrato ocurrido en la infancia y el maltrato expresado posteriormente en la vida adulta, parece existir una cierta tendencia hacia la repetición en los patrones de crianza y por lo tanto dicho evento debe considerarse como factor de riesgo para el maltrato.

Cross y Wendi (2001) indican que una madre que de niña sufrió descuidos frecuentes y serias amenazas de ser abandonada o golpeada es más propensa que otras, a maltratar a sus hijos.

6.3. Abuso sexual

Mujeres que en su infancia tienen historia de abuso físico y/o sexual y no pudieron resolver el daño emocional suelen tener tendencia a comportarse de manera hostil frente al hijo de sexo masculino (Balge y Milner, 2000).

Las madres con memorias de severo castigo físico, muestran mayor potencial de maltrato infantil, y madres con memorias de castigo físico y sexual a las que les produjeron lesiones severas, muestran mayor depresión (Gara, Allen, Herzog y Woolfolk, 2000; Ducharme, Atkinson y Poulton, 2000).

Las personas sobrevivientes de abuso sexual presentan en la etapa adulta secuelas de desconfianza, resentimiento y falla en las prácticas de maternaje, particularmente en las habilidades de proveer a sus hijos estructuras emocionales apropiadas, disciplina consistente y claras expectativas conductuales (García y Torres, 2000).

Las madres que fueron abusadas sexualmente de niñas, corren el riesgo de exponer a sus niños al abuso (DiLillo, Tremblay, Peterson y Lizette, 2000).

6.4. Aislamiento social y desempleo

Arruabarrena y De Paúl (1994); Lee y Bong Joo (1999) en estudios de análisis socioculturales en un grupo de 50 madres maltratadoras, detectaron que un amplio margen de factores sociales, se correlaciona con el maltrato en general. Entre éstos se incluye clase social baja, aislamiento social, falta de apoyo social, participación en empleos no bien remunerados.

Moncher (1995) reporta que el riesgo de maltrato aumenta en una sociedad que esté completamente desprovista de políticas públicas que aminoren el impacto de las diferencias de nivel socioeconómico familiar; la situación se modera cuando en la sociedad los bajos ingresos permiten el acceso a los servicios básicos.

Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner (2000) observaron que un grupo de madres catalogadas como negligentes que vivían en ambientes de vivienda y de recursos económicos muy similares a otras no negligentes, tenían una interacción psicológica muy diferente. Se sentían solas, sin apoyo emocional y se mostraban aisladas del grupo al que pertenecían.

Dolz, Cerezo y Milner (1997), detectaron por medio de un estudio comparativo entre un grupo de madres maltratadoras y otro de no maltratadoras, que el desempleo y la insatisfacción con las actividades del hogar es un factor de riesgo para el maltrato infantil.

6.5. Madres adolescentes

Parker, McFarlane, Soeken y Torres (1993) identificaron que en las madres jóvenes que tienen menor intervalo de embarazos y con escasos cuidados prenatales, pueden presentar uno o más abortos o la muerte temprana de uno de sus hijos, lo cual las convierte en madres con alto riesgo de maltrato.

Zelenko, Huffman, Brown, Daniels, Lock, Kennedy y Steiner (2001) mencionan que las madres muy jóvenes no se encuentran preparadas para la tarea de la maternidad y existe un alto riesgo de maltrato al hijo principalmente por negligencia.

Connelly, Straus y Murray (1992); De Paúl, Arruabarrena y Mugica, J. (1999) consideran que las madres adolescentes solteras y que fueron educadas con patrones equivocados respecto a los valores y la importancia de tener hijos, tienden al maltrato infantil.

6.6. Maltrato hacia la esposa

Baldry (2003) refiere que cuando el esposo abusa de la esposa, los niños viven el maltrato de su madre con angustia, dolor, enojo y sufrimiento; luego esa madre maltratada descarga sus frustraciones en los hijos. Straus (1994) analizó los datos de la encuesta de 1990-1992 de Estados Unidos sobre violencia familiar y encontró que las mujeres que habían sido golpeadas por sus parejas tenían un 71% de probabilidades de maltratar a sus hijos.

6.7. Tiempo de residencia en una misma localidad con carencias esenciales

De acuerdo a Cicchetti y Beeghly (1988) cuando una madre vive en una localidad en la cual las carencias económicas, dificultad para encontrar un mejor empleo, falta de servicios básicos (agua, luz, drenaje, entre otros más) se presentan de forma continua y pasan los años, sabiendo que así va a ser el resto de su vida, la sensación de desesperanza hace que aumenten las probabilidades de ejercer el maltrato infantil.

6.8. Nivel educativo de las madres y tamaño de familia

Claussen y Crittenden (1991) identificaron como factor de riesgo para el maltrato infantil en una muestra de 50 madres maltratadoras, un nivel de educación menor a 10 años.

Margolin y Larson (1988) detectaron que en un grupo de 40 madres maltratadoras, el maltrato emocional estaba asociado a niveles de escolaridad superior, en cambio el maltrato físico ejercido por otras integrantes de este grupo estaba asociado con un nivel de escolaridad bajo.

La ignorancia respecto a la secuencia del desarrollo cognoscitivo y emocional de los hijos, aunado a las creencias familiares, comentarios o sugerencias de las personas que le rodean, genera que las madres piensen que sus hijos son como adultos pequeños y por lo tanto consideran que ellos entienden todo lo que se les pide y cuando esto no resulta, las madres recurren al maltrato (Cross y Wendi, 2001).

De acuerdo a Konstantarea y Desbois (2001) la escolaridad no la consideran como factor de riesgo de gran influencia para el maltrato infantil, ya que detectaron que la ansiedad, los rasgos de depresión y el establecimiento del vínculo afectivo son factores de riesgo de mayor influencia para realizar el maltrato infantil.

Kotch, Browne, Dufort y Winsor (1999) descubrieron que la incidencia de informes de maltrato era más alta en madres deprimidas, cuando presentaban síntomas psicósomáticos y no se habían graduado de la escuela secundaria, y además consumían alcohol. El nivel de escolaridad por sí mismo no resultó ser factor de riesgo, sino cuando se combina con otros elementos, entonces se potencializa la aparición del maltrato infantil. Sin embargo, Balge y Milner (2000) examinaron factores potenciales que influyen para ser padres abusivos; al realizar entrevistas estructuradas a 48 madres con niños recién nacidos encontraron que el nivel de escolaridad no era factor de riesgo con tanto predominio como los síntomas depresivos, altos estresores cotidianos y bajo apoyo social, por lo que se

consideró que las madres cuando presentan estas características pueden estar en riesgo potencial para convertirse en maltratadoras.

Lee, Bong Joo (1999) analizaron diversos resultados de investigaciones, realizadas en E.U., que enlazan la violencia comunitaria y la pobreza en madres empleadas con bajo nivel educativo, residentes de un vecindario con diferentes niveles de peligrosidad vecinal y penurias económicas. Los resultados confirman que las mediciones compuestas del status socioeconómico y educación no muestran relación estadística con el ajuste conductual y emocional para maltratar a los hijos, sino que más bien depende de otros factores como son el vínculo afectivo y la historia de maltrato sufrido en la infancia.

Mullick, Miller y Jacobsen (2001) examinaron a un grupo de 44 madres maltratadoras y los resultados mostraron que la calidad de la interacción madre-hijo, es base para tener un mejor insight sobre lo que les pasa a los hijos y se vuelve un factor protector contra el maltrato en la medida que aumenta porque les proporciona capacidad de empatía, el nivel de escolaridad no está asociado a la capacidad de insight, ni de empatía.

García (1995) identificó que el tamaño de la familia es un criterio importante, que se correlaciona con el maltrato y la negligencia. Al ser más grande la familia, mayor es el riesgo de maltrato por abandono o descuido.

6.9. Abuso de drogas

Albert, Klein, Noble, Zahand y Holtby (2000) encontraron que la incidencia de informes de maltrato era más alta en madres que consumían alcohol o alguna otra sustancia como la cocaína.

Jones y McCurdy (1992); Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner (2000); consideran que los niños sufren maltrato desde el útero cuando la madre fuma o abusa de drogas. Todo esto contribuye a que el niño tenga diferentes complicaciones al

nacer y se pueda continuar con el maltrato durante su desarrollo infantil. Con el uso de drogas las madres se olvidan del cuidado de los hijos, en consecuencia los niños lloran más y la madre puede sentirse invadida recurriendo al golpe como forma de silenciar ese llanto.

Windham, Rosenberg, Fuddy, McFarlane, Sia y Duggan (2004) en un estudio realizado sobre la influencia de algunos factores de riesgo psicosociales para el maltrato infantil, detectaron que los factores psicosociales de riesgo son la depresión, el uso de drogas y la violencia intrafamiliar. Sin embargo no se encontraron asociaciones estadísticas con las características de edad, escolaridad, estado civil o religión.

Coohey (1998) reportó que un grupo de 45 madres maltratadoras, las cuales mostraban poco cuidado de sus hijos, habían tenido problemas de alcohol en un 41%, y estaban clínicamente deprimidas en un 57%.

Cuando una madre tiene problemas de alcoholismo o de farmacodependencia muestra menor conocimiento respecto a las necesidades del niño y en consecuencia no provee adecuada supervisión y cuidados (Jones, 1987; Marks y MacDonald, 1989; Nelson, Saunders y Landsman, 1993; Wood, 1997).

Coohey (2003) señala que, si la madre utiliza drogas y alcohol, el grado de dificultad para cuidar a sus hijos aumenta y la madre principalmente se convierte en maltratadora de tipo negligente. Cuando la edad de la madre corresponde a la adolescencia y además usa drogas, el maltrato se potencializa.

6.10. Dedicación al hogar en lugar de realizar trabajo remunerado

Greenglass (1985) considera que la dedicación exclusiva al hogar y a los hijos inhibe el desarrollo personal y puede disminuir la autoestima de las madres, lo que aumenta la posibilidad de ejecutar represalias hacia los niños.

6.11. Minusvalía del niño

Eiden y Das (1999) detectaron que los hijos con minusvalía representan una carga económica mayor y una necesidad de cuidado especial, por lo cual las madres se quedan al cuidado de ellos dejando de trabajar. Esto conlleva a la disminución de la economía familiar generándoles frustración y tendencia al maltrato, sobre todo cuando se combina con madres que tienen poca tolerancia a la frustración. La percepción de la madre de que su hijo es diferente, ya sea porque tiene deficiencia mental o porque no aprende en la escuela como el promedio de los otros niños, puede ser suficiente para instigar el maltrato infantil.

Kurosawa, Reiko, Tagami y Fujio (2005); McGuigan y Pratt (2001) realizaron un seguimiento de 2544 recién nacidos y en riesgo de maltrato. A los cinco años se observó que 155 casos habían sufrido maltrato por negligencia. En estos casos el 38% de las familias padecía cuadros de violencia doméstica y los niños presentaban algún problema congénito.

VII. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS MADRES MALTRATADORAS

Históricamente ha sido difícil admitir la existencia del maltrato infantil. Su identificación ha pasado por momentos delicados, como lo expresa Tardieu, médico forense francés que describió el cuadro de maltrato, tras identificar que las lesiones en cadáveres de niños no eran accidentales y habrían sido producidas por sus cuidadores. Debido a estas explicaciones fue expulsado del consejo de médicos de Francia. A esa etapa de inexistencia, le sucedió la etapa de reconocimiento y caracterización, que confirma con la descripción realizada por Kempe y Kempe (1979) del síndrome del niño apaleado.

Cappelleri, Eckerode y Powers (1993); Chaffin, Kelleher y Hollenberg (1996); Dinwiddie y Bucholz (1993); Kotch, Browne, Dufort y Winsor (1999); Pedreira (2003); y Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivara (2000), entre otros, consideran que las madres llamadas “maltratadoras” presentan características tales como: agresividad crónica, rigidez y autoritarismo, impulsividad, dificultades maritales, dificultad en crear y mantener amistades, fuertes dificultades familiares, baja tolerancia a la frustración, dificultad de expresión, angustia, conductas regresivas, “acting out”, trasgresión de los límites de sus hijos, falta de empatía con sus hijos, elevadas expectativas en relación a sus hijos, perfeccionismo, exigencia, devaluación de las tareas escolares de sus hijos y escasas habilidades para resolver conflictos de la vida cotidiana.

7.1. Desesperación e impotencia

Bowlby (1985) y Dopke y Milner (2000) manifiestan que las madres maltratadoras se desesperan ante situaciones de la vida cotidiana, tales como los problemas de conducta de los hijos en las escuelas, discusiones entre los hijos por algún juguete o el no desear comer a la hora indicada; consideran que tienen que resolver muchas cosas más en su vida y se les dificulta encontrar alternativas de solución

viables, por lo tanto recurren al maltrato por considerarla como única alternativa de solución.

Estas mamás no son capaces de diferenciar entre situaciones de la vida que son difíciles de las que son fáciles de resolver. Para ellas todo es complejo y complicado. Caselles y Milner (2000) señalan que estas mujeres reaccionan ante los cambios de la vida con estilo antagónico, más que con la búsqueda de soluciones y de apoyo en otros.

Según Duggan, Fuddy, MacFarlane, Burrell, Windham, Higman, y Sia (2004) y Lenton (1990) las madres maltratadoras presentan déficit en las técnicas de crianza. No saben manejar la conducta de oposición u opositorista que presentan los hijos. En consecuencia se tornan abusivas o negligentes, centrando su atención en las cosas negativas; no prestan atención a los problemas de sus hijos y demuestran alejamiento respecto a la relación afectiva. Balge y Milner (2000) identificaron que estas madres ven o detectan muy pocas cosas positivas en los reclamos del niño. Constantemente emplean la fuerza y no entienden su conducta de desobediencia y opositorista.

Haapasalo y Aaltonen (1999) y Wekerle y Wolfe (1996) señalan que las madres emplean respuestas negativas y técnicas disciplinarias inadecuadas, como elementos de intervención para corregir la desobediencia de un niño, ya que les genera gran frustración.

Barkley (1997); Ducharme, Atkinson y Poulton (2001); Ducharme, Popynick, Pontes y Steele (1996); Eyberg y Boggs (1998); Fraser, Armstrong, Morris y Dadds (2000), consideran que los factores psicosociales deben ser tomados en cuenta de forma personal ya que son factores que generan estrés en la familia. En las madres se manifiestan en forma de ansiedad y desesperación. Las dificultades de la vida cotidiana en la crianza de los hijos suelen vivirlas como catastróficas, lo cual les genera desesperación. Por lo tanto, se procede como alternativa de solución, al maltrato infantil (Azar, 1986).

Ampudia y Delgado (2002); Brown, Cohen, Johnson y Salzinger (1998); y Tajima (2000) consideran que la capacidad para ser padre implica ser previsor, no sufrir grados de ansiedad que lo paralicen y tener habilidad para poder cambiar de conducta y tomar decisiones ante determinadas situaciones o problemas de la vida. La ansiedad es una señal de alarma ante un peligro real o fantaseado, en madres maltratadoras la ansiedad ante un problema de la vida cotidiana implica la vivencia de que el mundo se les viene encima y como recurso a su desesperación podrían culpar a alguno de sus hijos de la problemática que se desencadena.

Ampudia y Tovar (2002) y Tocaven (1990), consideran que la agresión ha llegado a significar hostilidad, ataque y destrucción; estos aspectos se presentan en criminales, sin embargo también pueden encontrarse en padres que maltratan a sus hijos, que no pueden detener esa reacción hostil llegando a dañar severamente a sus descendientes, sobre todo cuando se presenta la frustración que sienten les generan sus hijos.

7.2. Falta de empatía

En un grupo de madres maltratadoras Fontana y Robinson (1984) y Koenig, Cicchetti y Rogosch (2000) observaron que éstas establecen poco contacto visual con sus hijos y con poco tiempo de duración comparadas con madres no maltratadoras. Gardner (1989) señala la inconsistencia de las madres maltratadoras en su estilo de interacción con sus hijos, respecto a tiempos de estar juntos y de jugar.

Lenton (1990); Marino (1992); Milner, Halsey y Fultz (1995); Rosenstein (1995) y Wiehe (2003) manifiestan que existe relación entre empatía y agresión. La empatía ayuda a la autoestima y entrena al niño para que pueda defenderse en la vida y de los maltratadores. La conducta empática incluye la comprensión, la capacidad para generar confort al niño, le ayuda y le fomenta la cooperación. A las

madres maltratadoras les es difícil ser flexibles (Downs y Jenkins, 1993) y mostrar sensibilidad para comprender las necesidades de sus hijos (Belsky, Rovine y Taylor, 1984).

Rosenstein (1995) considera que la relación empática y el maltrato infantil presentan una relación inversa en donde a menor entendimiento o comprensión del problema del hijo, mayor maltrato.

En un estudio realizado con un grupo de madres maltratadoras comparado con uno de no maltratadoras, se presentaron diferencias en las puntuaciones respecto a la empatía. Las maltratadoras mostraron menor puntaje y ciertos atributos aversivos, sobre todo cuando sus hijos lloran. Además encontraron que la falta de empatía correlaciona con rasgos de personalidad narcisista (Caselles y Milner, 2000). Rosenstein (1995); Wiehe (2003) y Wink (1991) en su investigación con grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras encontraron que las maltratadoras presentan rasgos de personalidad narcisista; lo cual las incapacita para entender a los hijos, al considerar los fracasos como algo intolerante y como una afrenta hacia la autoridad.

Kinard y Milling (2001) señalan que a las madres maltratadoras les es difícil supervisar la conducta de sus hijos, ya que no detectan cuando un hijo puede tener problemas o está en conflicto con los demás. Tienen problemas de empatía, por lo tanto, les resulta difícil comprender las emociones de sus hijos y poseen menos estrategias para proporcionar apoyo emocional (Burgess y Conger, 1978). La falta de empatía y supervisión puede observarse en diversas situaciones (Magura y Moses, 1986; Raskin y Novacek, 1991; Shipman y Zeman, 1999; Trocme, 1996; Zuravin, 1991). Un ejemplo entre muchos otros, es cuando los hijos realizan tareas que ponen en peligro sus vidas y las madres son incapaces de captar el riesgo que corren sus hijos. Un niño puede salir solo de la casa para ir a la tienda y ser tan pequeño como para poder perderse, o bien llevar ropa inadecuada para cubrirse del frío invernal.

Raskin y Novacek (1991) sugieren que la potencialidad de daño en los hijos pequeños depende mucho de la habilidad de los padres para proteger al niño, en combinación con la edad, el desarrollo y la habilidad del niño para protegerse cuando se encuentra solo.

Las madres maltratadoras suelen no percibir que su hijo es abusado sexualmente por parte de un cuidador externo u otro familiar (English y Marshall, 1999). Falla la capacidad para saber el potencial de daño al que se pueden exponer sus hijos. Según Baird (1988); Sidebotham y Heron (2003) existen madres que no tienen la motivación o la conciencia para reflexionar y cambiar lo que tiene que ver con el cuidado de sus hijos. Tal parecería que de forma consciente y/o inconsciente están colocando a sus hijos en una situación de riesgo de daño. Las madres maltratadoras son personas a las que les cuesta trabajo establecer relaciones sociales. Sin embargo no hay que pensar que son personas malas o que desean el daño de sus hijos, mas bien presentan dificultades en la capacidad para comprender lo que le pasa al hijo o lo que siente. Según Eiden y Das (1999) los padres parecen enojados. Son hostiles o bien no entienden qué pasa con sus hijos y a pesar de todo tienen grandes expectativas para ellos.

7.3. Dependencia infantil

En ocasiones las madres maltratadoras, se comportan como niñas asustadas e incapaces de valerse por sí mismas, por lo tanto buscan en su hijo el amor y el consuelo que les hace falta, alguien que les diga cómo resolver el problema que les aqueja, incluso pueden volver al niño confidente de sus dificultades (Davidson, William y Jennings, 1995; Stanley, Penhale y Bridget, 1999; Zeller, 1992). Las madres que pueden tener la sensación de no ser tomadas en cuenta por personas importantes de su entorno familiar, desean internamente, cuando nace el hijo, que les solucione con su compañía la falta de sentido por la vida o su soledad. Pero como esto no sucede, entonces bajo el pretexto de no ser tomadas en cuenta, maltratan al hijo (Moncher, 1995).

7.4. Falla en el establecimiento del vínculo afectivo

Generalmente, las madres que no desearon tener hijos y que ejercen maltrato físico, al ser cuestionadas respecto a una caída o lesión de sus hijos, relatan historias contradictorias e incoherentes que no coinciden con el daño sufrido por los niños. Se muestran reacias a dar la información solicitada, se demoran injustificadamente en la búsqueda de atención médica y reflejan una actitud de descuido o desapego hacia el hijo (Mejía, 1994).

Pollock y Percy (1999) infieren que las raíces de un relativo desapego, probablemente provienen de una alta incidencia de acontecimientos y sentimientos y de no haber sido deseadas en su infancia.

Las madres maltratadoras que a su vez han sufrido de carencia afectiva materna presentan deficiencias en su propia maternidad y temiendo el desamor de su hijo anticipan el rechazo (Moncher, 1995; Torres, 2001).

7.5. Insatisfacción por haber tenido hijos

Existen madres maltratadoras que expresan menor satisfacción por haber concebido a sus hijos y menor apertura en la expresión de sentimientos y afectos (Corse, Schmidt y Trickett, 1990). Cuando la interacción madre-hijo ocurre en este tipo de madres se presentan menos comportamientos parentales positivos.

Bousha y Twentyman (1984) refieren que cuando los hijos son deseados no generan problemas de gran dificultad para la madre, en consecuencia se tornan tranquilas, no hay discusiones y estas madres hasta pueden ser afectivas en un 80 %. Según Crowe y Zeskind (1992) y Gardner (1989), cuando los hijos no son deseados, puede haber un momento de reconciliación ya sea durante el nacimiento, o bien si el hijo va satisfaciendo la necesidad de la madre de no ser llorón, o de ser obediente, inteligente y que la haga reír por ejemplo; esto es como un “enamoramiento”, de otro modo, podrían tornarse iracundas y maltratadoras.

7.6. Técnicas disciplinarias y sobreprotección

Las madres maltratadoras cuando corrigen o educan a sus hijos tienden a utilizar más técnicas disciplinarias aversivas, que las no maltratadoras. Haapasalo y Aaltonen (1999) consideran además que algunas realizan crianzas aberrantes hacia los niños en el sentido de castigarlos dejándolos sin comer o golpeándolos severamente bajo la premisa de educarlos (Altememeier, O'Connor, Vítese, Sandler y Sherrod, 1992; Lesnik-Oberstein, Koers, Arend y Cohen, 1995).

La madre maltratadora a veces tiende a comportarse en el otro extremo de la conducta de cuidados hacia los hijos, tornándose sobreprotectora y así impedir que el hijo se desarrolle emocionalmente, que crezca y se independice (Marcus, Ammermann, Klein y Schmidt, 1995).

En una variante de la conducta de sobreprotección, se tiene que las madres con historia de abuso, constantemente están preocupadas porque nadie maltrate a sus hijos, y se obsesionan en el cuidado. Sin embargo, ante la frustración de que sus hijos no obedecen sus ordenes, activan la agresión física y/o emocional (Haskett, Scott, Smith, Grant, Ward, Caryn y Robinson, 2003).

7.7. Descalificación y expectativas

Ashton (2004) considera que cuando las madres llamadas maltratadoras descalifican a sus hijos, detrás de estos elementos puede existir rivalidad y envidia hacia los mismos.

Mammen, Kolko y Pilkonis (2002) encontraron que la violencia doméstica es más frecuente cuando las madres sienten que sus hijos no son lo que ellas esperaban y los devalúan, al grado que se vuelven obsesivas buscando errores en ellos y remarcándoselos a cada momento en la línea de la devaluación.

Ferrari (2002) en un estudio realizado con 150 madres maltratadoras encontró que el maltrato verbal realizado por ellas es más frecuente cuando tienen devaluados a sus hijos. El padre, que pasa menos tiempo con los hijos, cuando los devalúa,

emite el mensaje de no quererlos lo cual podría manifestarse en un reto abierto por parte del hijo y se podría presentar una continua descalificación con el sentimiento del hijo de querer golpear al padre.

Existen diferencias en la percepción, la atribución y las expectativas del comportamiento de los hijos entre las madres maltratadoras y las no maltratadoras (Mammen, Kolko y Pilkonis, 2002). Las maltratadoras esperan más de la potencialidad de los hijos, ya sea para estudiar, competir físicamente, trabajar y aportar económicamente a la casa. Creen que sus hijos son responsables de las dificultades de la familia y tienen una percepción negativa del niño cuando no cumple sus expectativas físicas y/o emocionales (Muller y Diamond, 1999).

Las madres con alto riesgo de maltrato presentan alteraciones en su apreciación de las características favorables de sus hijos, particularmente, cuando el niño se porta mal. Woolfolk, Novalany, Gara, Allen y Pollino (1995) señalan que las madres abusivas tienen expectativas irreales con respecto a la conducta de sus hijos, pidiéndoles más de lo que pueden dar, en cualquier actividad, donde ellas necesitan que sus hijos destaquen.

Connelly, Straus y Murray (1992) señalan que las madres solteras no necesariamente tienen más riesgo de ser maltratadoras, sin embargo la falta de pareja, de apoyo, y el aumento de trabajo tanto remunerado como en casa, pueden generar en determinados momentos desesperación y recurrir al maltrato infantil como una alternativa de obtener control en la casa ante la difícil solución de los problemas de la vida cotidiana.

Las madres que maltratan a sus hijos presentan fallas en la percepción del nivel y del grado de demandas que tienen sobre sus hijos (Brown, Cohen, Johnson y Salzinger, 1998; Famularo, Fenton y Kinscherff, 1992; Sidebotham, Golding y The ALSPAC Study Team, 2001; Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner, 2000).

Por otra parte Sidebotham, Golding y The ALSPAC Study Team (2001) encontraron que las madres maltratadoras reportan pocos atributos positivos de sus hijos en relación con los hijos de las madres no maltratadoras. También se encontró una asociación entre los atributos negativos de los hijos con problemas de alimentación, el llanto y la frecuencia con que hacen berrinches. Las madres maltratadoras expresan mayores demandas a los hijos que no toleran y, por otra parte, no saben cómo dirigir a sus hijos en la búsqueda de soluciones ante un determinado problema.

Nelson, Saunders y Landsman (1993) detectaron que los padres que tienen expectativas inapropiadas y un pobre conocimiento acerca del desarrollo integral de los hijos, no pueden desarrollar adecuadamente su papel de supervisores.

7.8. Falla en el control de impulsos y afectos

Para Calam, Bolton, Barrowclough y Roberts (2002) las madres maltratadoras responden exageradamente ante un conflicto con el niño y fracasan en el dominio de sus impulsos. Suelen mostrarse continuamente enojadas, iracundas, resentidas contra todos en general y buscan un objeto con el cual desquitarse, como si el mundo les debiera algo (Caselles y Milner, 2000). Se presentan fallas en los mecanismos inhibitorios de la expresión del impulso; por lo tanto se expresa el golpe como respuesta motora inmediata (Green, 1998).

Según DiLillo, Tremblay, Peterson y Lizzete (2000) algunas madres después de golpear no sienten culpa, ya que consideran estar en su derecho de educar a sus hijos en esa temática, pero en realidad están sacando sus impulsos hostiles, en forma encubierta y velada.

Las madres iracundas que maltratan físicamente presentan altos niveles de ansiedad, y son más sensibles a la separación de los hijos que las no maltadoras (Téllez, 1995). Las madres maltratadoras son intrusivas, no dan el tiempo necesario para que los niños procesen la solución a un problema, llevan

prisa todo el tiempo y no saben para qué. Cuando un hijo quiere realizar libremente una actividad con la cual no están de acuerdo frenan la actividad sin dialogar, proporcionan una retroalimentación negativa, aplican castigos súbitamente, sin esperar que los hijos reflexionen. Las madres negligentes no tienen energía para reaccionar bruscamente y sólo permiten que los accidentes pasen y se muestran indiferentes retrasando la ayuda médica al niño (Coohey, 2003; Davidson y Jennings, 1995).

La madre maltratadora presenta sentimientos de infelicidad y depresión. Se frustra fácilmente, responde de manera hostil y agresiva, es suspicaz y defensiva (Balge y Milner, 2000; Milner y Wimberley, 1980). Existe mayor tendencia a la expresión de la cólera y a la excitabilidad, así como una mayor desorganización. El lenguaje es ambiguo señalando la falta por un lado, y perdonando por otro, la conducta se vuelve extraña ya que a veces suele ser cariñosa y, en otras ocasiones distante y fría cuando se dirige a sus hijos.

Howze y Kotch (1994) apreciaron una clara presencia de sintomatología depresiva y de ansiedad con frecuentes quejas subjetivas de malestar físico y psíquico, que correlacionan significativamente con las interacciones negativas entre madres e hijos. Parece ser válida la hipótesis de que los padres con niveles más altos de malestar emocional y físico pueden tener umbrales más bajos de tolerancia a las conductas aversivas de los niños y por lo tanto, pueden reaccionar más fácilmente con conductas agresivas e incontroladas.

Spaccarelli, Sandler y Rosa (1994) constatan que la violencia doméstica influye en la infancia dejando elementos que posteriormente se asocian con cuadros depresivos en mujeres adolescentes y con un patrón disociativo en la edad considerada adulta el cual influye en la baja tolerancia a la frustración y el poco control de impulsos en las madres, principalmente. Gray, Spurway y McClatchey (2001) manifiestan que en aquellos casos de violencia familiar en los que no ha habido una intervención terapéutica adecuada, los hijos pueden presentar

trastornos comportamentales agresivos y regresivos, bajo rendimiento académico, sociabilidad deficiente, bajo nivel de control de impulsos con baja autoestima, entre otros más.

7.9. Autoestima e ira en madres maltratadoras

La infelicidad, el sentimiento de inadecuación y la baja autoestima se asocian frecuentemente a situaciones de maltrato físico (Douglas, 2000; Milner y Wimberley, 1980). Las madres maltratadoras presentan una autoestima inferior a la de las madres sin problema de maltrato y una mayor incongruencia entre la forma en que se perciben a sí mismas y lo que perciben como valioso de sus hijos. Es posible que el rechazo y la hostilidad experimentados por algunos padres maltratadores durante su infancia, o la ausencia de cuidados adecuados, sean factores en la actualidad del déficit en la valoración de sí mismos y de los hijos.

Windham, Rosenberg, Fuddy, McFarlane, Sia y Duggan (2004) encontraron en sus estudios sobre familias maltratadoras que los factores de riesgo que más influyen para que se presente el maltrato infantil corresponden a la psicopatología de los padres, y principalmente al de la madre cuando es diagnosticada como limítrofe o “borderline”; ya que ella es la que suele pasar más tiempo al cuidado de los hijos y de su educación y podría tornarse iracunda, actuando impulsivamente ante la mínima frustración, recurriendo al maltrato infantil sin importar las consecuencias en esos momentos.

La frustración en la madre maltratadora se exagera si el niño es especialmente difícil de manejar, y/o cuando los padres carecen de las habilidades parentales adecuadas o de estrategias de manejo (Cole y Woolger, 1989). La madre maltratadora es sensible al rechazo que le muestran los hijos, aun cuando éste sea la respuesta al mismo rechazo que ella ejerce.

Briere (1992); Cole y Putnam (1992); Courtois (1988); Douglas (2000); Scott y Day (1996) consideran que las sobrevivientes del abuso sexual tienen dificultad para

tolerar las demandas emocionales, propias de los procesos de crianza de los hijos. Les es difícil regular su vida y sus frustraciones y pueden precipitarse en actos severos por alguna falta de la llamada “mala conducta rutinaria” que el niño hace. Casi siempre la expresión de ira podría estar relacionada con aquellas experiencias difíciles que tuvieron en su infancia.

Douglas (2000) y Wipple y Webster (1991) sostienen la hipótesis de que las madres maltratadoras, que en su infancia fueron acosadas sexualmente, presentan dificultades especiales en el manejo de su vida y en las interacciones con sus hijos, se tornan iracundas sobre todo con los hijos del sexo masculino. Empíricamente es clara la conexión entre la ira materna y el alto potencial de abuso físico (Scott y Day, 1996).

Dopke y Milner (2000) consideran que la ira es un elemento de la personalidad que se consolidó en el desarrollo de la estructuración de la personalidad en madres maltratadoras por todos los maltratos que recibió durante su infancia. En consecuencia la ira puede convertirse en el extremo en expresión de patología al maltratar severamente al hijo e incluso llevarlo hasta la muerte. La ira es una forma de respuesta adaptativa para evitar el abuso. Las madres podrían considerar que sus hijos, cuando no les obedecen están abusando de ellas y responden con ira y maltrato.

Polusny y Follette (1995) señalan que las madres cuya característica es tornarse iracundas cuando un hijo comete un error o una falta, suelen castigar con disciplina física. Golpean a los hijos para establecer el control sobre la situación con esto se incrementa la dificultad para ser empática con el hijo.

Banyard (1997) y Cohen (1995) encontraron que en las madres maltratadoras, la ira también puede ser el resultado de su déficit en técnicas adecuadas para la crianza de los hijos, o de limitaciones en las habilidades necesarias para saber cómo resolver un problema con ellos.

VIII. PERSONALIDAD

Según Liebert (2000), el carácter que moldea nuestra conducta es algo definido y duradero. Por consiguiente es razonable tratar de medirlo y para medirlo los psicólogos modernos de la personalidad establecen inferencias a partir de diversas fuentes de información: autoreportes, pruebas, observación directa, las impresiones de otras personas, historial personal detallado y registros de vida, entre otros. Al final del proceso se buscan líneas convergentes de comprobación para respaldar las conclusiones. El interés común es el de ubicar y entender al ser humano, tanto a un nivel individual como a un nivel social, y comprender su personalidad.

El concepto de personalidad ha sufrido notables cambios a medida que transcurre el tiempo. Su continuo desarrollo se manifiesta de acuerdo con la evolución y necesidad de cada época. Según Cueli y Reidl (1984) las teorías de la personalidad difieren al abordar a diferentes niveles el estudio en los sujetos.

El primer nivel pertenece a las proposiciones universales sobre la naturaleza humana. Dirigiéndose, primero, a los mecanismos y procesos de la personalidad, es decir, cómo funciona la personalidad, por ejemplo el psicoanálisis. En el segundo nivel se clasifica por categorías a las personas según los tipos de personalidad y rasgos distintivos que poseen. En el tercer nivel se observa el contenido específico, rasgos y características, en donde lo crucial, se pone de manifiesto con la idea de la unicidad en la personalidad.

8.1. Personalidad

Cuando se estudia la personalidad de un sujeto se busca hipotéticamente conocer la totalidad de la persona, cómo funciona un individuo, cómo difiere en las percepciones e interpretaciones en relación con los demás. Cómo son las diferencias y similitudes que hacen formas de comprender la vida y de actuar ante ella como seres que conviven, pero que están diferenciados. El estudio de la

personalidad no sólo se centra en los procesos psicológicos, sino también en las relaciones entre éstos.

Liebert (2000) comenta que la personalidad es la organización única y dinámica que caracteriza a una persona en particular, considerando características psicológicas, que influyen en la conducta y las respuestas del sujeto ante el ambiente social. Algunas de estas características serán únicas de la persona específica (por ejemplo, los recuerdos, los hábitos, las peculiaridades) y otras las compartirá con unas cuantas o con todas las demás personas.

Aunque el término personalidad puede ser abordado desde varias perspectivas, en realidad podría decirse que no existe una teoría totalmente acabada de ella. La personalidad es multidimensional y para explicar un patrón es importante tomar en cuenta los diferentes factores o fuerzas que influyen en la expresión de la conducta evidenciada (Dicaprio, 1985). Pervin (1999), considera que el término personalidad puede tener varias acepciones y por ende usarse de muchas formas.

Cuando se habla de personalidad, se hace referencia a lo que es típico, o característico de una persona, a lo que lo hace único, o bien, que identifica a un individuo. En este sentido pasaría a ser sinónimo de identidad personal. La identidad, en estos términos, estaría compuesta de rasgos, los cuales pueden ser elementos más o menos constantes, denominados centrales, y elementos de carácter cambiante, denominados periféricos y limitados. Respecto a este último punto, se han desarrollado teorías específicas sobre los rasgos.

8.2. Rasgos de personalidad

Uno de los primeros estudiosos de la personalidad, que la conceptualizó en términos de conjunto de rasgos fue Catell. Desde 1905 daba énfasis al estudio de la personalidad con fines explicativos y de predicción (Cueli y Reidl, 1984). Anastasi (1980) planteó la necesidad de estudiar la personalidad en términos

objetivos y definir, operacionalmente, a los rasgos como dimensiones susceptibles de ser medidas y cuantificadas, y por tanto ser sometidos a un análisis factorial.

De hecho para algunos teóricos, la personalidad debería ser el objeto central, y el estudio de la misma, la tarea más importante de la Psicología. Allport (1984) planteó la necesidad de estudiar la personalidad como el conjunto de varios rasgos y de una manera integral. Además considera que toda teoría de la personalidad, debería examinarse, desde el punto de vista de la literatura, la filosofía, las ciencias naturales y las ciencias biológicas y convenir con todas ellas. Esta concepción de Allport representa un enfoque abierto, cuya base puede contribuir al mayor entendimiento de la personalidad.

Para Anastasi (1980) el objetivo de estudiar la personalidad, es comprender en forma aproximada las motivaciones del individuo; esto es, conocer qué lo motiva a opinar, sentir, o ser de determinada manera. Se intenta integrar los conocimientos de diversas facetas del individuo en una sola; como son la percepción, la motivación, el aprendizaje, entre otras. Por otra parte, con este tipo de información se puede aumentar la probabilidad de generar predicciones sobre el comportamiento de una persona, con mayor exactitud. Así como también conocer las interrelaciones de los diferentes factores o rasgos de personalidad en un sujeto.

Una forma de iniciar el estudio o valoración de la personalidad, es el establecimiento de conceptos y categorías. Una categoría de la descripción de la personalidad utilizada con frecuencia es el concepto de rasgo. Los rasgos pueden ser considerados como las características que le son propias a un individuo, y que pueden funcionar como patrones de respuestas. Dichos patrones de personalidad cuando pueden ser evaluados de forma cuantitativa, proveen de un correlato numérico de sus rasgos, resultando de gran utilidad en la evaluación de un individuo en el sentido de que pueden llevarse a cabo comparaciones objetivas

entre los individuos o colectividades, o bien, entre diferentes puntuaciones de un mismo sujeto, funcionando éste como su propio parámetro.

La teoría de los rasgos en términos generales considera que la personalidad está influida por rasgos definidos que pueden ser medidos a través de sus indicadores. Existen infinidad de rasgos que pueden ser utilizados como descriptores de la personalidad. En unos rasgos pueden integrarse o estar comprometidas varias conductas.

Un rasgo puede ser conceptualizado como una tendencia predeterminada o una predisposición a responder de una forma determinada, es decir, una motivación o disposición que guía a un individuo a conducirse de determinada manera. Esta guía determina la forma en que un individuo se adapta al medio ambiente de forma peculiar. Un rasgo representa una parte de un todo en un sistema neuropsíquico generalizado y localizado, que le es peculiar al individuo, con la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes, así como de iniciar y guiar formas equivalentes de conducta expresiva y adaptativa que existen normalmente de forma independiente al observador (Allport, 1970).

Un rasgo puede ser la resultante de la combinación de dos o más hábitos. Cuando un rasgo es compartido por muchas personas, se dice que es un rasgo en común. En caso contrario, cuando es peculiar y se encuentra presente en un sólo individuo, se habla de un rasgo individual. También se puede hablar de rasgos centrales, y rasgos secundarios. Los primeros son los típicos y característicos de un individuo, y se presentan de manera permanente o constante. Los segundos son los rasgos no usuales que por tanto hacen que en determinadas circunstancias o condiciones el individuo se comporte de manera diferente a la habitual.

Precisamente la personalidad se va creando a partir de los rasgos. Su consistencia está dada por la integración gradual de los patrones dinámicos,

compuestos a su vez, de rasgos centrales y secundarios, así como de intenciones, pulsiones, etc. Conductas repetitivas se van convirtiendo en motivos por sí mismos, y son parte del estilo de vida de la *persona*.

Hay otros tipos de rasgos que están definidos en función de su importancia y su funcionamiento dentro de la configuración de estructura de toda la personalidad de un individuo. Los rasgos cardinales son aquellas características de un individuo que le proporcionan unicidad, y a través de los cuales se le puede identificar y diferenciar fácilmente de los demás. A su vez existen los rasgos denominados centrales, que aunque no se pueden detectar con tanta facilidad, ni saltan a la vista, se constituyen en características precisamente centrales de un individuo. Un tercer tipo de rasgos que define a una persona, son los rasgos secundarios, que aunque presentes en la estructura de la personalidad, no se manifiestan de forma constante, cuya expresión suele ser de carácter esporádico. De tal forma se puede hablar de rasgos característicos en una persona en función de su permanencia, su sistematicidad y fuerza con la que se manifiestan en un individuo. Cada teoría de la personalidad propone entonces su campo de estudio, sus propias listas de rasgos e interrelaciones supuestas entre las dimensiones o factores de personalidad que pueden usarse para clasificar las conductas interpersonales más estables del individuo (Allport, 1984).

La teoría de los rasgos considera que la personalidad está influida por rasgos definidos y que tales rasgos se pueden inferir por medio de una medición de sus indicadores (Wolff, 1970). De acuerdo con Allport (1984) se puede agrupar a las personas según el número de rasgos que son comunes a todos en mayor proporción y, de acuerdo con la Teoría de los Rasgos, se puede describir la personalidad de un sujeto por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo, que marca tendencias determinantes, y predisposiciones a actuar. Un rasgo representa el resultado de la combinación, o integración, de dos o más hábitos. Los rasgos no sólo sirven como base de

descripción de la personalidad, sino que también se refieren a predisposiciones generalizadas para la conducta.

Las investigaciones de Raymond Cattell (1965) estuvieron dirigidas a medir los rasgos de personalidad importantes que llamó “rasgos fundamentales”, porque aparecen estables y están determinados por factores genéticos y que determinan a su vez, muchas conductas superficiales.

Un rasgo superficial se observa fácilmente. Un rasgo fundamental subyace y determina las manifestaciones de la superficie. Los rasgos deben inferirse, ya que no son observables directamente. Unos son constitucionales o innatos, y otros determinados por el ambiente. Un rasgo dinámico actúa como una motivación, inicia y guía la conducta. Los rasgos de aptitudes se refieren a la efectividad con la cual una persona alcanza una meta.

Para Wolman (1995) la conducta humana es ideográfica, única en cada individuo, y no obstante sigue leyes, que están constituidas por los modos de adaptación. La conducta es una corriente continua de energía, cada acto sucesivo representa una movilización convergente de toda la energía disponible en un momento dado.

Los rasgos, dice Allport (1984), son modos de adaptación asentados sobre disposiciones “neurales” propias de orden complejo. Ellos determinan las percepciones selectivas de los estímulos y la elección de las respuestas respectivas. Por consiguiente, muestran unos efectos motivacionales, inhibitorios y selectivos sobre elementos específicos de la conducta.

Otro de los conceptos importantes de la teoría de Allport es que las esperanzas, los deseos, las ambiciones, las aspiraciones y los planes de una persona están todos representados en el término intención, y establece que lo que el individuo trata de hacer es la clave más importante para saber cómo se comporta en el presente. La intención, entonces, surge de la motivación (Allport 1970).

Un rasgo de personalidad es un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se pueden describir con un sólo término; el rasgo se infiere a partir de las respuestas. Los rasgos de la personalidad suelen ser adjetivos como celoso, inquisitivo, cruel y cínico. Una actitud es un rasgo de la personalidad con significado social, político o religioso expresándose como liberal y piadoso. Un rasgo de carácter es un rasgo de la personalidad con significado ético o moral, como honrado y sincero.

Algunos autores coinciden con Allport, en que los rasgos se pueden estudiar dimensionalmente, como aspectos de la psicología de las diferencias individuales en términos de disposiciones personales, cuyo objetivo primordial radica en establecer inferencias de la estructura de la personalidad, comparando distintos grupos de personas (Tyler, 1975).

Para Cattell (1965) el análisis factorial ha sido un instrumento subsidiario del que se sirve para esclarecer una gran variedad de problemas, ordenados todos ellos, dentro de una estructura sistemática. Su teoría constituye el más amplio de los intentos hasta ahora realizados para reunir y organizar los principales hallazgos procedentes de los estudios analíticos, de los factores de la personalidad. Su posición puede llamarse con bastante exactitud “teoría del rasgo” porque traslada las ideas psicológicas a las formas matemáticas.

El rasgo según Cattell, es una “estructura mental” que se infiere a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta. Menciona que existen rasgos comunes presentes en los individuos que comparten ciertas experiencias sociales. De la misma forma, existen rasgos singulares que sólo corresponden a un individuo o grupo en particular. Hace la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables que operan en conjunto, y rasgos fundamentales que representan variables subyacentes. Según Cattell, la meta de la Psicología y de la Teoría de la Personalidad es formular

leyes que permitan predecir la conducta en muchas condiciones. Su definición de personalidad no es sorprendente, dado que se basa en la predicción: “Personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación” (Catell, 1965 p. 79).

Según Catell (1965) investigaciones realizadas en este campo, se han basado en los conceptos de rasgos como constantes de la personalidad, ya que se puede describir a una persona, por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. La principal característica del enfoque de este autor, es el análisis factorial de un marco teórico, ya que al emplear el análisis factorial para el estudio de la personalidad, considera que la estructura de la personalidad es de naturaleza jerárquica.

Cueli y Reidl (1984) consideran que para investigar los factores de la Personalidad es conveniente utilizar “tests” de clasificación, cuestionarios y otras medidas psicológicas. Según Guilford y Zimmerman (1974), la personalidad es el patrón único de rasgos de un individuo. Un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que un individuo difiere de otro. Los rasgos presentan las siguientes características: se pueden medir, son consistentes en su posición relativa entre uno y otros, son universales, su generalidad puede ser mayor o menor en una persona.

8.3. Estructura de personalidad y depresión en madres maltratadoras

Respecto al número de rasgos que se requieren para explicar la personalidad, debe ser el menor número posible. Deben abarcar en forma comprensiva a toda la personalidad y es preciso un acuerdo respecto a la lista de rasgos que se van a utilizar. La estructura de personalidad como un conjunto o un todo muestra al sujeto con una identidad o una forma de ser y de expresarse en este mundo. En el caso de las madres maltratadoras, pueden presentar trastornos de ansiedad, pero cuando ésta se vuelve extrema, por sí sola puede ser indicador de depresión.

La mayoría de las madres sufre depresión post parto y tienen una remisión espontánea, sin embargo algunas permanecen deprimidas, lo cual afecta el vínculo afectivo con sus hijos. Las madres en quienes se alarga la depresión post parto presentan el riesgo de ser maltratadoras ya que ese estado depresivo dificulta la empatía y la formación de apego de tipo seguro. La infancia es crucial para la adecuada relación afectiva, de no ser así después la empatía parecería ser una herramienta que se anquilosa y difícilmente puede usarse para comprender a los hijos; la distancia emocional aparece y la probabilidad de maltrato se potencializa al correr de los años (Milner, Halsey y Fultz, 1995; Pitt, 1975; Rosenstein, 1995; Wiehe, 2003).

La prolongación de la depresión post parto y la depresión clínica son factores de riesgo para el maltrato infantil (Hopkins, Marcus y Campbell, 1984; Straus y Gelles, 1990) pudiendo ocasionar fallas en la atención al bebé y con la probable consecuencia de lesiones o accidentes que podrían llevarlo hasta la muerte (Hammon, Marks, De Mayo y Mayol, 1985). Kurosawa, Reiko, Tagami y Fugio (2005) mencionan que estas madres muestran emociones negativas hacia sus hijos. Estas emociones se muestran abiertamente o de forma enmascarada a través de la conducta de distanciamiento afectivo de la madre hacia sus hijos y de poca comprensión o empatía sobre lo que le sucede a los hijos. (Cohn, Campbell, Matias y Hopkins, 1990; Milner, 1993). Las madres con depresión mayor suelen tornarse negligentes presentando fallas en el progreso del cuidado de los hijos, a tal punto de no tener conocimiento de si su hijo está bien o no, o si tiene cubiertas las necesidades básicas de sustento (Brandt y Steele, 1984; Mc Cauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder y Bass, 1997; Jennings, Ross, Popper, y Elmore, 1999). En las madres maltratadoras los síntomas depresivos aumentan de forma paralela con la insatisfacción por las tareas del hogar, incrementando el riesgo del abuso infantil, mostrándose desesperadas y maltratando porque los niños no realizan las tareas que las madres consideran les corresponden (Krause, 1983). La depresión suele estar acompañada de aislamiento social y falta de redes de apoyo. Caselles y Milner (2000); Downs y Miller (1998); Salzinger, Kaplan y Artemyeff (1983);

consideran que en las madres maltratadoras, la depresión es una constante de su personalidad por lo que pueden estar continuamente tristes, de mal humor sin causa aparente, pasivas e infelices. Se sienten inmaduras emocionalmente, y con dudas sobre la toma de decisiones en la vida cotidiana. La incidencia de maltrato es más alta en madres deprimidas, cuando presentan síntomas psicósomáticos (Canton y Cortés, 1997).

Ampudia, y Delgado, (2002) y Megargee, Merecer y Carbonell (1999), Pérez, Ampudia, Jiménez y Sanchez, G. (2005) hacen referencia a elevaciones presentadas en las escalas que tradicionalmente han sido señaladas como criterios para evaluar aspectos del comportamiento agresivo en el MMPI-2 como son las escalas de Desviación psicopática (Pd); Paranoia (Pa); Hipomanía (Ma); Conducta Antisocial (ASP) y la escala de Hostilidad reprimida (Hr) en mujeres delincuentes y madres maltratadoras.

Entre las madres rurales predominan los síntomas depresivos, altos “estresores” cotidianos y bajo apoyo social. Sullivan y Knutson (2000) consideran que estas condiciones constituyen un factor de riesgo potencial para ser madres abusivas.

Belsky (1980); Cadzow, Armstrong y Fraser (1999) y Douglas (2000) afirman que los resultados de los diferentes trabajos de investigación realizados sobre la situación psicológica de las maltratadoras asignan una mayor importancia al malestar psicológico (depresión, ansiedad, hostilidad) y al estado emocional negativo general del sujeto. En realidad, se puede afirmar que se está detectando en las maltratadoras físicas una mayor presencia de lo que se ha etiquetado como “neuroticismo”.

Belsky (1993) y Belsky y Pensky (1988) consideran como rasgos esenciales en madres maltratadoras la baja autoestima, depresión y ansiedad, los cuales estiman que están correlacionados con su propia historia de maltrato infantil. En las ahora “madres maltratadoras”, que en su infancia sufrieron malos tratos y/o

que además estuvieron socialmente asiladas, las agresiones infantiles se convirtieron en factores de riesgo para que la baja autoestima, depresión y ansiedad se consolidaran como características constantes de la personalidad de estas mamás.

Peterson, Gable y Saldana (1996) y Scott (1992) consideran que los programas de tratamiento para las madres maltratadoras no son los adecuados, o fallan cuando existe algún problema de personalidad severo, o bien cuando la madre maltratadora hace uso de sustancias tóxicas o drogas y además presenta depresión, ya que estos aspectos potencializan el maltrato a los hijos. La depresión es eminentemente tratable sobre todo en sus primeras etapas y es importante tener en cuenta que una madre puede estar deprimida sin que ella perciba este estado emocional.

8.4. Estructura de personalidad, rasgos paranoides y sociopáticos en madres maltratadoras

En la estructura de personalidad de la madre maltratadora también pueden presentarse elementos de desconfianza hacia los demás, o sentir que los otros le quieren hacer daño, o bien que están en su contra, sobre todo su familia. De esta manera, Capaldi y Patterson (1991); Konstantarea y Desbois (2001) consideran que las madres maltratadoras les atribuyen a sus hijos características negativas e intenciones malévolas, pero en realidad proyectan en ellos sus elementos paranoides y sus dificultades en las relaciones afectivas. Tienen la impresión de que el niño es la causa de todos sus problemas (Briere y Runtz, 1990; Wipple y Webster, 1991). Las madres presentan fallas de percepción ya que consideran que sus hijos tienen problemas de conducta y que se portan “mal” con el propósito de dañarlas, cuando en realidad el niño está pasando por una determinada etapa de desarrollo o existe un problema no atendido y podría estar llamando la atención (Heilbrun y McKinley, 1992; Lorber, Felton y Reid, 1984).

Bosquet, y Egeland, (2000); Fendrich, Warner y Weissman (1990); Paulson, Afifi, Thomason y Charleff (1989). encontraron una correlación entre el alto grado de

sociopatía de la madre y el riesgo del maltrato infantil. Ajuriaguerra (1989) menciona la existencia de madres que consideran, equívocamente, que su hijo presenta una rebeldía dirigida contra ellas, en consecuencia las madres tienen que defenderse y educar a sus hijos, sin embargo la educación se convierte en un maltrato organizado y “justificado” para ellas.

Las madres maltratadoras no intervienen en los comportamientos incorrectos de sus hijos hasta que las transgresiones se encuentran muy avanzadas y, sobre todo, cuando la agresión se dirige hacia los progenitores. Sin embargo, si la agresión se dirige hacia otras personas los padres pueden tolerarlas e incluso aplaudirlas como signo de fortaleza y seguridad de sus hijos. En un trabajo realizado por Egeland, Sroufe y Erickson (1983) se encontró que en un grupo de 30 madres maltratadoras el 52% presentaba rasgos de personalidad antisocial.

La psicosis está raramente involucrada en el maltrato infantil, ya que menos del 10% de las madres que maltratan a sus hijos, se encuentran mental y severamente enfermas (Kempe y Helfer, 1972).

Si a la presencia de esquizofrenia se le añaden factores estresantes, físicos y sociales, se puede precipitar la pérdida de contacto con la realidad y, en consecuencia, las madres pueden dañar severamente a sus hijos (Mullick, Miller y Jacobsen, 2001).

DiLillo, Tremblay, Peterson y Lizzete (2000) mencionan que altos niveles de pobreza y desórdenes psiquiátricos en madres, son factores que se asocian con el maltrato infantil. Nobes y Smith (2000) encontraron que en un grupo de 50 madres que ejercían maltrato físico intenso hacia sus hijos, el 21% presentaba enfermedad mental severa.

McMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Wals, Wong, y Beardslee (2001) refieren que las mujeres que han recibido maltrato en su infancia presentan

tasas significativamente más elevadas respecto a trastornos de ansiedad, abuso del alcohol y comportamientos antisociales, en comparación, con mujeres no maltratadoras. Los antecedentes de maltrato infantil incrementan la probabilidad de presentar patología en algún momento de la vida adulta, esta probable correlación se presenta más en mujeres que en hombres.

8.5. Rasgos de personalidad y su evaluación

Es evidente que resulta imposible medir la personalidad completamente si para ello tenemos que estimar tres mil rasgos. Todos los rasgos de Personalidad continuamente varían en grados. Sin embargo, la proliferación de los tests de personalidad publicados indica que los psicólogos han realizado bastantes mediciones en este sentido.

Existen una gran cantidad de pruebas psicométricas para la evaluación de tipos, rasgos y características de la personalidad. Algunos como los unidimensionales sólo miden una variable para producir un puntaje único, y otros llamados multidimensionales, miden muchas variables para producir varios puntajes, y al mismo tiempo conocer a la persona en diversos ángulos acerca de sus motivos para comportarse de una u otra manera y hacer evidente su personalidad.

Existen diferentes métodos para evaluar la personalidad, cada uno de estos métodos cuenta con una diversidad de tests. El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI desarrollado originalmente por Hataway y McKinley en los años cuarenta, según refiere Núñez (1979) en su versión original. Actualmente ha sido modificado y adaptado en la versión del MMPI-2 a la población mexicana, por lo que es uno de los instrumentos más utilizados para estos objetivos (Lucio y Reyes, 1994).

Para propósitos de este estudio y en función de los antecedentes (ver anexo I) y ámbito en el que se desarrolló el MMPI original, a partir del cual se ha venido desarrollando el MMPI-2, se considera que éste es un instrumento adecuado a los propósitos y objetivos de la presente investigación, ya que sus escalas permitieron

realizar la detección de un perfil de las madres maltratadoras con base en la teoría de los rasgos de personalidad. Como se mencionó es importante considerar que el MMPI-2 ha sido adaptado a población mexicana por Lucio y Reyes (1994).

Conocer de forma integral la problemática de la madre maltratadora es tarea difícil, debido a la complejidad que se presenta para comprender la dinámica de los factores de riesgo y la fuerza con que influyen en un determinado momento y que cambian con el tiempo ya sea con la edad del menor, la personalidad de la madre, la fortaleza del hijo para defenderse y diversos factores culturales, entre otros aspectos. Esta temática en los países desarrollados se ha venido investigando desde hace varios años y aún se tienen serias limitaciones al respecto. En México es una línea de investigación que apenas comienza, a pesar de ser un problema de relevancia biopsicosocial y no obstante que existe un gran número de asociaciones públicas y privadas dedicadas a la prevención y/o tratamiento de la violencia familiar: DIF, CAVI, UAVIF, ADIVAC, CORIAC, entre otras más.

El conocimiento sobre la madre maltratadora es complejo. Como ya se ha mencionado en las investigaciones de Cappelleri, Eckenrode y Powers (1993); Creighton (1985); Chaffin, Kelleher y Hollenberg (1996); Dinwiddie y Bucholz (1993); Kelleher, Chaffin, Hollenberg y Fischer (1994); Kotch, Browne, Dufort y Winsor (1999); Pedreira (2003) y Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivara (2000); se hace referencia a diversas características de las madres maltratadoras: agresividad crónica, rigidez y autoritarismo; impulsividad, dificultades maritales, dificultad en hacer y mantener amistades; dominantes e impulsivas, con dificultades familiares, baja tolerancia a la frustración, dificultad de expresión, angustia, conductas regresivas con “acting out”; trasgresión de los límites de sus hijos, dificultad para mostrar empatía con sus hijos, elevadas expectativas en relación con sus hijos. Con dificultades en reconocer sus habilidades, son perfeccionistas, exigentes y devalúan las tareas escolares de sus hijos, presentan escasas habilidades para resolver conflictos de la vida cotidiana, algunas hacen

uso y abuso de alcohol y drogas y presentan ansiedad excesiva ante un problema cotidiano; entre otras características más.

En virtud de la complejidad del problema “madre maltratadora” y del poco conocimiento empírico en México, se consideró especialmente relevante, desde una perspectiva de la Psicología clínica y de la salud, investigar el estado de esta problemática y, consecuentemente, producir conocimientos al respecto.

Finalmente fue propósito de esta investigación contribuir con información que permita a mediano y largo plazo, diseñar programas de intervención, ya sea a nivel preventivo o de tratamiento y poder colaborar así, en la disminución del daño a los menores y reducir en lo posible la repetición del círculo de maltrato, cuando los niños de hoy formen una familia en el futuro.

IX. MÉTODO

9.1. Objetivo general de la investigación

- A. Desarrollar un instrumento válido y confiable que permita detectar la frecuencia de maltrato físico y/o emocional que una madre ejerce sobre su hijo.
- B. Determinar si existe un perfil de rasgos de personalidad característico de las madres maltratadoras, que acuden a solicitar tratamiento a un Centro de Atención Psicoterapéutica.

9.2. Objetivos específicos de investigación

- 1) Determinar a través del MMPI-2 los rasgos de personalidad que tienen mayor peso y que pueden caracterizar a la “madre maltratadora”.
- 2) Contrastar los perfiles de rasgos de personalidad de madres maltratadoras vs. madres no maltratadoras y determinar si difieren significativamente.
- 3) Construir hipótesis de trabajo a partir de la información obtenida.

9.3. Hipótesis de trabajo

En la presente investigación se partió del supuesto general que establece que:
Las madres maltratadoras mostrarán rasgos de personalidad característicos y diferentes de los de las madres no maltratadoras.

9.4. Definición de variables

Variable independiente

La variable independiente o de clasificación asumió dos valores que permitieron categorizar a los sujetos de estudio como:

- -Madres maltratadoras.
- -Madres no maltratadoras.

Variable dependiente

Rasgos de Personalidad.

9.5. Definición conceptual y operacional de las variables

Madre Maltratadora:

- Conceptualmente, se entiende como la persona 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, emocional, el abandono y la indiferencia (Santamaría, 1993).
- Operacionalmente, es aquella mamá que obtuvo puntuaciones en la escala para detectar a madres que maltratan ya sea física y/o emocionalmente a sus hijos (EDMM) dentro del rango 215 a 428.

Madre no Maltratadora

- Conceptualmente, 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).

- Operacionalmente, es aquella madre que obtuvo puntuaciones en la escala para detectar a madres que maltratan ya sea física y/o emocionalmente a sus hijos (EDMM) dentro del rango 107 a 214.

Rasgos de Personalidad

- Conceptualmente, se entiende como la organización dinámica dentro del individuo conformado por sistemas psicofísicos, que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos (Liebert, 2000).
- Operacionalmente, se definen como las respuestas que las madres de la muestra de estudio obtuvieron a los 567 reactivos que, contestados como verdadero o falso, permiten obtener puntuaciones que configuran tres perfiles de las diferentes escalas (básicas, de contenido y suplementarias) del MMPI-2.

9.6. Control de varianza externa

Con el propósito de disminuir los efectos de fatiga, aprendizaje y pérdida de interés, que pueden producirse, durante la investigación debido a instrumentos de auto-aplicación, muy extensos como la prueba del MMPI-2, así como por la aplicación de otros medios de recolección de datos, se procedió a controlar el orden de aplicación de los mismos, recurriendo al método de contrabalanceo:

1) ABC, 2) BCA, 3) CAB, en donde:

- A. Entrevista clínica con cuestionario de datos sociodemográficos y con Formato Guía para conocer historia de maltrato sufrido por la madre y del que ejerce sobre sus hijos.
- B. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).
- C. Escala para detectar a madres que maltratan ya sea física y/o emocionalmente (EDMM).

9.7. Tipo de investigación y diseño

El estudio desarrollado correspondió a una investigación de tipo exploratorio, transversal y de campo, con un diseño de dos muestras con observaciones independientes (Coolican, 2000).

9.8. Muestras

Se trabajó con una muestra total no probabilística de $N = 200$ mujeres, compuesta por: $n_1=100$ madres maltratadoras y $n_2= 100$ madres no maltratadoras, igualadas en edad, escolaridad, ocupación y estado civil.

El primer grupo se formó con las mamás que fueron canalizadas de diferentes instituciones por ser consideradas madres que maltrataban a sus hijos y que solicitaron tratamiento en un Centro de Atención Psicoterapéutica, y que aceptaron participar en la investigación. El segundo grupo se reclutó en escuelas primarias y secundarias ubicadas en la Ciudad de México en la misma delegación en que se encuentra el Centro de Atención Psicoterapéutica.

9.9. Criterios de selección

Se cuidó que los grupos de las madres maltratadoras y las no maltratadoras quedaran igualados con respecto a las siguientes variables:

- Rango de edad.
- Escolaridad mínima de secundaria completa.
- Ocupación.
- No presentación de enfermedad física y/o mental.
- Respuestas al MMPI-2 sin problemas de invalidez estadística.

9.10. Instrumentos

En la recolección de datos se utilizaron:

A) El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1994) (Anexo I). Este instrumento consta de 567 reactivos contestados en verdadero y falso, se compone de las siguientes escalas:

Escalas clínicas: Escala 1 (Hipocondriasis HS); Escala 2 (Depresión D); Escala 3 (Histeria Conversiva Hi); Escala 4 (Desviación Psicopática Dp); Escala 5 (Masculinidad-Feminidad Mf); Escala 6 (Paranoia Pa); Escala 7 (Psicastenia Pt); Escala 8 (Esquizofrenia Es); Escala 9 (Manía Ma); Escala 0 (Introversión social Is).

Escalas de validez:

Escala L Mentiras. Valora la actitud del sujeto ante la prueba. Representa una medida de autoconciencia. Escala F Infrecuencia (respuestas atípicas o infrecuentes). Evalúa la presencia de síntomas. Escala K Corrección (factor de corrección). Mide la destreza de un sujeto para minimizar y encubrir información personal, así como la tendencia a no confrontar o discutir sus problemas con otros.

Escala Fp. Mide la validez de la última parte de la prueba y por lo tanto la validez de las escalas de contenido. Escala INVAR. Inconsistencia de las respuestas variables.

Escalas de contenido: Son un complemento para la interpretación de las escalas empíricas tradicionales, se compone de las siguientes escalas: Ansiedad (ANS), Miedos (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la salud (SAU), Pensamiento delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Prácticas antisociales (PAS), Personalidad tipo A (PTA), Baja autoestima (BAE), Incomodidad social (ISO), Problemas familiares (FAM) y Dificultad en el trabajo (DTR).

Escalas suplementarias: Enriquecen la interpretación de las escalas básicas y amplían el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos, Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo (Fyo), alcoholismo de MacAndrew-revisada (A-MAC), Hostilidad reprimida (HR), Dominancia (Do), Responsabilidad social (Rs),

Desajuste profesional (Dpr), Género masculino y femenino (GM y GF), Desorden de estrés postraumático (EPK y EPS).

B) Entrevista clínica con Cuestionario de datos sociodemográficos elaborado específicamente para esta investigación con el propósito de obtener información sistematizada sobre variables sociodemográficas y los antecedentes e historia de maltrato.

En los datos sociodemográficos se exploran variables tales como edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos, número de hijos, maltrato a alguno de los hijos, edad y sexo del hijo maltratado (Anexo II).

Respecto a los antecedentes e historia del maltrato se elaboró una entrevista clínica y un formato guía para conocer la historia de maltrato sufrido por la madre, y del maltrato que ejerce ella sobre su hijo. Está compuesta por preguntas relacionadas con áreas respecto a la infancia, adolescencia y adultez de la madre, así como el embarazo, la infancia y adolescencia del hijo y aspectos relacionados con el maltrato.

Se obtuvo validez de contenido por "jueceo". Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total y para los reactivos de las seis secciones que integran el formato guía, obteniéndose los siguientes valores de alfa para los reactivos de: a) infancia de la madre (.7687), b) adolescencia de la madre (.8788), c) adultez de la madre (.8289), d) embarazo (.8333), e) infancia del hijo (.7847), adolescencia del hijo (.7964). Escala total (.8021), (ver Anexo IV).

C) Escala para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente (EDMM). Elaborada para esta investigación con el propósito de medir la frecuencia de maltrato físico y/o emocional de las madres hacia sus hijos. Es una escala que consta de 107 afirmaciones tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (S= Siempre, CS= Casi siempre, A= A veces, N= Nunca) con puntuaciones que van

del 1 al 4, en donde 1 se asigna a la opción de nunca y 4 a la siempre, y tiene como objetivo detectar la existencia/ausencia de maltrato y grado de frecuencia del mismo. Se obtuvo consistencia interna (alpha de Cronbach) y validez de constructo (análisis factorial) y de discriminación (análisis discriminante) (Anexo III). La escala se calificó de tal manera que a mayor puntuación, mayor frecuencia de maltrato.

9.11. Procedimiento

1) Se conformó la muestra de madres maltratadoras (n1=100) con las mamás que solicitaban ingresar a los grupos de madres agresivas o maltratadoras (como ellas lo nombran) de un Centro de Atención Psicoterapéutica. Se procedió como sigue:

2) De acuerdo con el método de contrabalanceo se aplicaron los instrumentos en tres diferentes órdenes a dos grupos de madres (apartado control de varianza externa).

9.12. Aspecto ético

- 1) A todas las participantes se les informó en primera instancia, de forma personal, que se trataba de un proyecto de investigación y que tenía como propósito conocer características de personalidad, así como historia de maltrato y el por qué del maltrato a los hijos.
- 2) Se les informó que se trabajarían los resultados manteniendo el anonimato de las participantes.
- 3) Se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado.
- 4) Se les explicó que cualquiera podría abandonar el proceso de llenado de instrumentos o entrevista, en cuanto lo desearan.
- 5) Se les manifestó que los resultados se explicarían a las participantes que así lo solicitaran, al término de sus entrevistas, aplicación y evaluación de los instrumentos.
- 6) Se invitó a las madres no maltratadoras a recibir apoyo psicológico gratuito, si así lo deseaban, en el Centro de Atención Psicoterapéutica.

X. ESTUDIO 1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA PARA DETECTAR A MADRES QUE MALTRATAN FÍSICA Y/O EMOCIONALMENTE (EDMM)

10.1. Introducción

Internacionalmente se han desarrollado instrumentos de medición para evaluar la violencia intrafamiliar tales como: Conflict Tactics Scale (CTS) Valerie, Whiffen y Benazon (1990); Child Abused Potencial Inventory (CAP) De Paúl, Arruabarrena y Mugica (1999); Formulation of the Physical Maltreatment Category (PMC) Zuravin (1991); Parent Threat Inventory (PTI) Scher, Stein, Ingram y Quaid (2001). Algunos de estos instrumentos incluyen reactivos relacionados con el maltrato que puede ejercer una madre.

En cambio, el seguimiento documental en México mostró la prácticamente inexistencia de instrumentos que evaluaran maltrato infantil de madres maltratadoras. Se encontró por ejemplo la Escala de Conflicto Familiar para Latinos (Cárdenas, Mata, Vite y Flores, 2002) que incluye reactivos relacionados con algunas de las características de las madres maltratadoras, aunque no se centran en este rubro. En virtud de esto, es que se propusieron en la presente investigación los siguientes objetivos.

10.2. Objetivo general

Desarrollar un instrumento válido y confiable que permita detectar y evaluar el tipo o clase de maltrato físico y/o emocional que una madre ejerce sobre su hijo así como su frecuencia.

10.3. Objetivo específico

Obtención de los valores psicométricos del instrumento.

10.4. Resultados

10.4.1. Validez de constructo

Con el propósito de obtener la validez de “constructo” del instrumento, se aplicó el Análisis Factorial de los componentes Principales con la Rotación Varimax a los datos de las madres maltratadoras así como los de las madres no maltratadoras (ver sumario tabla 3.1). Por razones de espacio sólo se expondrán ampliamente los resultados del análisis factorial de las madres maltratadoras.

Los resultados de la Prueba KMO (.741) y de la Prueba de “Esfericidad” de Bartlett ($p=.000$), incluidos en la Tabla 1 indican que el tamaño de la muestra resultó adecuado para llevar a cabo el Análisis Factorial. El análisis arrojó 11 factores que explicaban el 69% de la “varianza”. Se descartaron cinco factores por no agrupar un mínimo de tres variables, y uno por no cumplir con un valor alpha mínimo de .60 en ninguno de los reactivos.

Tabla 1. Prueba de Esfericidad de Bartlett y KMO de adecuación de la muestra

KAISER-MEYER-OLKIN MEASURE OF SAMPLING ADEQUACY		.741
Bartlett's Test of Sphericity	Chi-cuadrada	2493.670
	gl	1081
	Significancia	.000

El modelo final quedó formado por seis factores (ver tabla 2) que dan cuenta del 50% de la “varianza” explicada. El valor alpha de la escala total de consistencia interna fue de .9015.

Tabla 2. Factores y valores propios (eigen values), varianza y consistencia interna

No. de reactivo	FACTOR 1 MALTRATO VERBAL	CARGA FACTORIAL
29	Cuando mis hijos no hacen lo que les digo, los insulto	.751
20	Insulto a mis hijos cuando son groseros	.736
18	Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	.709
97	Cuando mis hijos hacen lo que les da la gana, les hablo con groserías	.603
% "Varianza": 23.343		Eigen value: 10.971
Alpha= .7739		

No. de reactivo	FACTOR 2 MALTRATO EMOCIONAL POR FRUSTRACIÓN	CARGA FACTORIAL
10	Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	.767
1	Daño a mis hijos emocionalmente	.709
11	Descargo mi frustración con mis hijos	.685
6	Soy agresiva con mis hijos	.665
32	Daño a mis hijos insultándolos	.530
% "Varianza": 7.005		Eigen value: 3.293
Alpha= .7877		

No. de reactivo	FACTOR 3 MALTRATO FÍSICO	CARGA FACTORIAL
17	Jaloneo a mis hijos cuando no me hacen caso	.823
16	Les pego a mis hijos cuando me desobedecen	.794
23	Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen	.753
98	Les pego a mis hijos cuando me contestan	.500
19	Castigo a mis hijos quitándoles lo que más les gusta	.467
% "Varianza": 6.428		Eigen value: 3.021
Alpha= .7540		

No. de reactivo	FACTOR 4 MALTRATO IMPOSITIVO	CARGA FACTORIAL
21	Me molesta que mis hijos se rebelen	.720
88	Regaño a mis hijos porque me levantan la voz	.639
83	Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	.611
8	Me enoja con facilidad cuando no me obedecen	.541
% "Varianza": 4.946		Eigen values: 2.324
Alpha= .7413		

No. de reactivo	FACTOR 5 MALTRATO DEMANDANTE	CARGA FACTORIAL
68	Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	.691
102	Cuando mis hijos me contestan, los insulto	.659
101	Insulto a mis hijos porque son desordenados	.593
89	Les grito por cualquier cosa que hacen	.510
71	Les grito cuando son groseros	.449
% "Varianza": 4.695		Eigen value: 2.207
		Alpha= .8405

No. de reactivo	FACTOR 6 MALTRATO AUTORITARIO	CARGA FACTORIAL
48	En mi casa hago las cosas sin pedir opinión a mis hijos	.755
53	Cuando me piden dinero se los niego	.738
49	Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen	.530
42	Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	.432
% "Varianza": 4.037		Eigen value: 1.897
		Alpha= .7019

Por otra parte, los contenidos de las variables de cada factor también muestran consistencia teórica entre sí, sólo una de las variables del factor 3 (maltrato físico), la del reactivo 19, "Castigo a mis hijos quitándoles lo que más les gusta" parece no formar parte del factor ya que como puede verse no se refiere a un castigo físico.

TABLA SUMARIA

Tabla 3. Valores Alpha de los factores y Alpha general del instrumento (EDMM)
de la muestra de madres maltratadoras

FACTOR	ALPHA
FACTOR 1. MALTRATO VERBAL	Varianza explicada: 23.34 Eigen value: 10.97 Alpha= .774
FACTOR 2. MALTRATO EMOCIONAL POR FRUSTRACIÓN	Varianza explicada: 7.0 Eigen value: 3.2 Alpha= .787
FACTOR 3. MALTRATO FÍSICO	Varianza explicada: 6.42 Eigen value: 3.02 Alpha= .754
FACTOR 4. MALTRATO IMPOSITIVO	Varianza explicada : 4.94 Eigen values: 2.32 Alpha= .741
FACTOR 5. MALTRATO DEMANDANTE	Varianza explicada : 4.69 Eigen value: 2.20 Alpha= .840
FACTOR 6. MALTRATO AUTORITARIO	Varianza explicada: 4.03 Eigen value: 1.89 Alpha= .701
General	.90

10.4.2. Índice de Consistencia Interna (ALPHA)

Como se observa en la Tabla 3, el instrumento presenta niveles aceptables de confiabilidad, es decir, representa una prueba confiable para detectar diferentes categorías de frecuencia de maltrato (físico y psicológico) en las madres maltratadoras; la prueba obtuvo un alpha general de .90.

10.5. Escala (EDMM): Análisis Factorial de los datos de la muestra de Madres No maltratadoras

10.5.1. Validez de constructo

La muestra de las mamás no maltratadoras también resultó ser adecuada para llevar a cabo el Análisis Factorial ($KMO=.852$, $Bartlett=.000$) (ver Tabla 1). El Análisis de componentes principales y rotación Varimax arrojó originalmente 12 factores que explicaban el 69% de la varianza, se descartaron 8 factores por no

cumplir con el mínimo de tres variables y uno porque no cumplir con un valor alpha mínimo de .60 en ninguno de los reactivos.

Tabla 1. Prueba de esfereicidad de Bartlett y KMO de adecuación de la muestra

KAISER-MEYER-OLKIN MEASURE OF SAMPLING ADEQUACY		.852
Bartlett's Test of Sphericity	Chi cuadrada	3522.155
	gl	1128
	Significancia	.000

El modelo final quedó formado por tres factores que dan cuenta del 33% de la varianza explicada, el instrumento presentó un alpha general de .9046. Las variables que integran cada factor así como los alphas de confiabilidad respectivos se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Factores y valores propios (eigen values), varianza y consistencia interna

FACTOR 1 MALTRATO VERBAL	CARGA FACTORIAL
Regaño a mis hijos porque me levantan la voz	.790
Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	.736
Les grito a mis hijos cuando son groseros	.694
Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	.629
Les grito a mis hijos porque son desordenados	.604
Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	.594
Les grito a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	.582
Les grito a mis hijos porque toman mis cosas	.555
Me molesta que mis hijos se rebelen	.550
Les grito a mis hijos cuando son necios	.519
Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	.504
Castigo a mis hijos quitándoles lo que más les gusta	.495
Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	.447
% Varianza: 13.408	Eigen value: 6.436
	Alpha= .8150

FACTOR 2 MALTRATO EMOCIONAL POR FRUSTRACIÓN		CARGA FACTORIAL
Soy agresiva con mis hijos		.722
Insulto a mis hijos		.657
Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta		.656
Insulto a mis hijos cuando me desobedecen		.650
Me cuesta trabajo controlarme cuando me enojo		.650
Me enojo con facilidad cuando no me obedecen		.564
Frente a mis hijos me cuesta trabajo aceptar mis errores		.465
% Varianza: 10.057	Eigen value: 4.827	Alpha= .7809

FACTOR 3 MALTRATO FISICO		CARGA FACTORIAL
Les pego a mis hijos cuando no hacen lo que les digo		.787
Les pego a mis hijos porque hacen lo que se les da la gana		.770
A mis hijos les pego cuando me desobedecen		.705
Les pego a mis hijos cuando me contestan		.567
Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen		.532
Maltrato a mis hijos físicamente		.526
Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen		.484
Insulto a mis hijos porque son desordenados		.442
% Varianza: 9.468	Eigen value: 4.545	Alpha= .8309

TABLA SUMARIA

Tabla 3.1. Valores Alpha de los factores y Alpha general del instrumento (EDMM) de la muestra de madres No maltratadoras

FACTOR	ALPHA
FACTOR 1. MALTRATO VERBAL	Varianza explicada: 13.40 Eigen value: 10.97 Alpha= .815
FACTOR 2. MALTRATO EMOCIONAL POR FRUSTRACION	Varianza explicada: 10.05 Eigen value: 4.82 Alpha= .780
FACTOR 3. MALTRATO FÍSICO	Varianza explicada: 9.46 Eigen value: 4.54 Alpha= .830
General	.90

10.6. Escala (EDMM): Análisis Factorial de los datos de la muestra de Madres (maltratadoras y No maltratadoras)

En virtud de los resultados poco diferenciados obtenidos con el Análisis Factorial aplicado por separado a cada muestra, se decidió conjuntar ambas muestras. Razón por la cual se procedió a la obtención de la validez de constructo.

10.6.1. Validez de constructo

El análisis arrojó 11 factores que explicaban el 68% de la “varianza”. Se descartaron tres factores por no agrupar un mínimo de tres variables, y uno por no cumplir con un valor alpha mínimo de .60 en ninguno de sus reactivos.

El modelo final quedó formado por seis factores (ver tabla 2) que dan cuenta del 56.7 de la varianza explicada. El valor alpha de la escala total de consistencia interna fue de .9683.

Tabla 2. Factores y valores propios (eigen values), varianza y consistencia interna

FACTOR 1 MALTRATO FÍSICO	CARGA FACTORIAL
Les pego a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	.702
A mis hijos les pego cuando me desobedecen	.765
Golpeo a mis hijos cuando son groseros	.708
Jaloneo a mis hijos cuando no me hacen caso	.702
Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen	.689
Les pego a mis hijos porque son muy necios	.686
Les pego a mis hijos porque hacen lo que se les da la gana	.633
Maltrato a mis hijos físicamente	.630
Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen	.519
Varianza explicada: 13.83	Eigen value: 7.19
	Alpha= .931

FACTOR 2 MALTRATO EMOCIONAL VERBAL	CARGA FACTORIAL
Insulto a mis hijos porque son desordenados	.723
Cuando mis hijos me contestan los insulto	.699
Les hablo con groserías cuando mis hijos hacen lo que se les da la gana	.639
A mis hijos les hablo con groserías	.586
Insulto a mis hijos porque son muy necios	.573
Cuando mis hijos no hacen lo que les digo, los insulto	.565
Les grito a mis hijos porque son desordenados	.550
Les grito a mis hijos cuando son groseros	.537
Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	.512
Agredo a mis hijos cuando se burlan de mí	.498
Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	.451
Varianza explicada: 11.72	Eigen value: 6.09
	Alpha= .9368

FACTOR 3 MALTRATO EMOCIONAL POR AUTORITARISMO	CARGA FACTORIAL
En mi casa hago las cosas sin pedir opinión a mis hijos	.719
Frente a mis hijos me cuesta trabajo aceptar mis errores	.643
Soy muy fría con mis hijos	.638
Educo a mis hijos como yo fui educada	.567
Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	.530
Regaño a mis hijos por cualquier cosa que hacen	.486
Varianza explicada: 9.05	Eigen value: 4.70
	Alpha= .843

FACTOR 4 MALTRATO EMOCIONAL POR MANIPULACIÓN	CARGA FACTORIAL
Hago sentir culpables a mis hijos	.706
Chantajeo a mis hijos	.657
Presiono mucho a mis hijos	.611
Regaño a mis hijos porque me exigen mucho	.571
Soy intolerante con mis hijos	.464
Varianza explicada: 8.39	Eigen value: 4.36
	Alpha= .815

FACTOR 5 MALTRATO EMOCIONAL POR DESOBEDIENCIA	CARGA FACTORIAL
Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	.688
Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	.662
Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	.576
Les grito a mis hijos cuando son necios	.565
Me enojo con facilidad cuando no me obedecen	.550
Les grito a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	.467
Varianza explicada: 7.56	Eigen value: 3.33
	Alpha: .862

FACTOR 6 MALTRATO EMOCIONAL POR FRUSTRACIÓN		CARGA FACTORIAL
Soy agresiva con mis hijos		.598
Daño a mis hijos emocionalmente		.567
Me cuesta trabajo controlarme cuando me enojo		.559
Descargo mi frustración con mis hijos		.530
Insulto a mis hijos porque toman mis cosas		.480
Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos		.465
Varianza explicada: 6.11	Eigen value: 3.17	Alpha= .858

TABLA SUMARIA

Tabla 3. 2. Valores Alpha de los factores y Alpha general del instrumento (EDMM) de la muestra de madres maltratadoras y no maltratadoras

FACTOR	ALPHA
FACTOR 1. MALTRATO FÍSICO	Varianza explicada: 13.83 Eigen value: 7.19 Alpha= .9315
FACTOR 2. MALTRATO VERBAL	Varianza explicada: 11.72 Eigen value: 6.096 Alpha= .9368
FACTOR 3. MALTRATO AUTORITARITARIO	Varianza explicada: 9.05 Eigen value: 4.70 Alpha= .8432
FACTOR 4. MALTRATO POR MANIPULACION EMOCIONAL	Varianza explicada: 8.39 Eigen value: 4.36 Alpha= .815
FACTOR 5. MALTRATO POR DESOBEDIENCIA.	Varianza explicada: 7.56 Eigen value: 3.33 Alpha: .862
FACTOR 6. MALTRATO POR FRUSTRACION	Varianza explicada: 6.11 Eigen value: 3.17 Alpha= .858
General	.96

Teniendo en cuenta los resultados de ambos Análisis Factoriales que no muestran, como ya se señaló, diferencias claras entre los grupos señalados y considerando que el maltrato parece distribuirse en un continuo, de menor a mayor magnitud, se decidió realizar un Análisis Factorial con la muestra de madres maltratadoras y no maltratadoras (ver Tabla Sumaria 3.2). Como puede verse los resultados indican una mayor congruencia que los arrojados por los Análisis Factoriales de cada una de las muestras por separado (madres maltratadoras y no maltratadoras). En virtud de estos resultados, se sugiere que el

Análisis Factorial que toma en cuenta a los dos grupos se utilice para la elaboración de la versión final del instrumento.

10.7. Validez discriminante o predictiva

Con el propósito de evaluar la validez predictiva del instrumento se aplicó el análisis discriminante con el método paso a paso tipo Mahal a los reactivos y se utilizó como variable de clasificación el maltrato (madres que maltratan-madres que no maltratan).

En la Tabla 4 se pueden observar las variables que entraron en la ecuación final del análisis.

Tabla 4. Variables en el análisis discriminante

Paso 7	Tolerancia	F para remover	Mínimo Cuadrada
Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	.853	37.999	4.039
Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos	.918	33.481	4.199
Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	.740	12.022	5.057
Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	.853	7.742	5.251
Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	.882	7.494	5.262
Les pego a mis hijos por cualquier cosa	.723	6.089	5.327

En la Tabla 5, se muestran los “centroides”, que son las medias de las calificaciones discriminantes de ambos grupos. Dado que están en puntuaciones Z, éstos señalan que un poco más de una unidad de desviación estándar es la distancia que separa la media del grupo de madres que maltratan de la media del grupo sin maltrato.

Tabla 5. Funciones en los “centroides” de los grupos

	FUNCION
GRUPO	1
No maltrato	-1.174
Maltrato	1.197

La Tabla 6, muestra la función canónica discriminante, con el valor respectivo del “eigen value” (1.420), porcentaje de “varianza” (100%) y la correlación canónica (.766); esto quiere decir que las variables incluidas en el análisis correlacionan moderadamente, mientras que, la función canónica discriminante formada por estas variables es significativa al nivel .000. Debe señalarse además que el coeficiente de correlación canónica elevado al cuadrado $(.766)^2 = .59$, proporciona el porcentaje de “varianza” explicada por la variable independiente (madre maltratadora), que este caso es de 59%, esto quiere decir que un 41% de la varianza quedó sin explicar $(1 - .59=.41)$.

Tabla 6. Función canónica discriminante

FUNCIÓN	EIGEN VALUE	% DE VARIANZA	% ACUMULADO	CORRELACIÓN CANÓNICA
1	1.420	100.0	100.0	.766
Valores asociados con Lambda de Wilk				
Prueba de Funciones	Wilks' Lambda	Ji Cuadrada	gl	Sig.
1	.413	171.856	7	.000

En la tabla 7, se presentan las cargas discriminantes de las variables incluidas en el análisis y se puede observar que los reactivos que tuvieron más peso en la explicación de la variable dependiente son, en orden descendiente de importancia las tres con cargas más altas 42, 10 y 18 (.582, 512 y 506). Siguen la número 9 y 94 (.439 y .413), y por último la 107 con una carga de .274.

Tabla 7. Matriz de estructura de las variables en el análisis

42	Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	582
10	Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	.512
18	Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	.506
9	Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	.439
94	Cuando me enojo con mi pareja, les pego a mis hijos	.413
107	Les pego a mis hijos por cualquier cosa	.274

El análisis discriminante arrojó como paso último un resumen de clasificación, el cual se presenta en la Tabla 8. En este análisis se puede observar que el 85% de los casos fueron agrupados correctamente. Estos datos nos hacen suponer que la información proporcionada por las variables arrojadas en el análisis tienen una capacidad predictiva y discriminante, relativamente aceptable.

Tabla 8. Resultados de clasificación

Grupo		GRUPOS PREDICTORES		Total
		No maltrato	Maltrato	
Original	No maltrato	85	15	100
	Maltrato	15	85	100
%	No maltrato	85	15	100
	Maltrato	15	85	100
Cross-validación	No maltrato	87	13	100
	Maltrato	13	87	100
%	No maltrato	87	13	100
	Maltrato	13	87	100

El 85% de los casos agrupados originalmente fueron correctamente clasificados y 87% de casos agrupados, en validación cruzada fueron correctamente clasificados.

10.8. Puntos de corte de la Escala para detectar a Madres que Maltratan (EDMM)

Enseguida, se procedió a realizar un análisis de las categorías más frecuentes de respuesta que las madres (maltratadoras y no maltratadoras) habían dado a cada

una de las variables arrojadas por el análisis discriminante, clasificándolas en dos categorías (sin maltrato y maltrato) de acuerdo a los puntos de corte de la escala.

Tabla 9. Matriz de estructura de las variables en el análisis

Categorías de respuestas más frecuentes por grupo de madres			
		NO Maltratadoras	Maltratadoras
42	Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	<i>Sin maltrato</i>	<i>Maltrato</i>
10	Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	<i>Sin maltrato</i>	<i>Maltrato</i>
18	Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	<i>Sin maltrato</i>	<i>Maltrato</i>
9	Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	<i>Maltrato</i>	<i>Maltrato</i>
94	Cuando me enojo con mi pareja, les pego a mis hijos	<i>Sin maltrato</i>	<i>Maltrato</i>
107	Les pego a mis hijos por cualquier cosa	<i>Sin maltrato</i>	<i>Maltrato</i>

En la tabla 9 se presentan los reactivos clasificados del análisis discriminante de acuerdo a las categorías (sin maltrato y maltrato) con base en los promedios de las puntuaciones obtenidas en la escala EDMM.

Para obtener los puntos de corte en la escala (EDMM) la cual, como se había mencionado anteriormente, quedó compuesta por 107 reactivos (S= Siempre, CS= Casi siempre, A= A veces, N= Nunca) se procedió de la siguiente forma:

Se multiplicó el total de reactivos (107) por cada uno de los valores asignados a las opciones de respuesta de la escala que son: 1 para “nunca”, 2 para “a veces”, 3 para “casi siempre” y 4 para “siempre”. Se obtuvo el mínimo y el máximo: 107-428.

107 X 1 = 107 puntaje total de la respuesta “nunca”

107 x 2 = 214 puntaje total de la respuesta “a veces”

107 x 3 = 321 puntaje total de la respuesta “casi siempre”

107 x 4 = 428 puntaje total de la respuesta “siempre”

A partir de la obtención de las puntuaciones totales de las opciones de respuesta, se procedió, con base en estos resultados, a conformar las categorías de niveles de maltrato considerando el rango de 107 (nunca) a 214 (a veces), como la categoría “sin maltrato”, y de 215 (casi siempre) a 428 (siempre) como la categoría de “maltrato” :

107 a 214= sin maltrato

215 a 428= maltrato

Una vez obtenidas las categorías de maltrato y los puntos de corte, se procedió a ubicar a los sujetos de ambos grupos, de acuerdo con sus puntuaciones obtenidas en la escala, quedando las muestras de madres maltratadoras y no maltratadoras como aparece en la tabla 1.

Tabla 1. Rangos de maltrato general

Rangos de puntos de corte y porcentajes		
Tipo de madre	Sin maltrato	Maltrato
	107-214	215-428
Maltratadora	59%	41%
No maltratadora	100%	0%

En la tabla 1 se observa el porcentaje de sujetos que se ubicó en cada uno de los niveles de maltrato de acuerdo con los puntos de corte establecidos. En donde se observa que el 100% de las madres no maltratadoras se localiza en la categoría sin maltrato, mientras que sólo el 41% de las madres maltratadoras se ubicó dentro de la categoría de maltrato; el 59% de las madres maltratadoras cayó en la categoría sin maltrato.

La escala está compuesta por reactivos relacionados con el maltrato físico (24) y emocional (83) para los cuales se realizó el mismo procedimiento anterior de multiplicar el total de reactivos por cada valor de las opciones de respuesta que se

proponen en la escala (EDMM), de tal forma que los puntos de corte y las categorías de niveles de maltrato quedaron conformados de la siguiente manera.

10.8.1. Maltrato físico

Se multiplicó el total de reactivos relacionados con el maltrato físico (24) por cada uno de los valores asignados a las opciones de respuesta de la escala que son: 1 para “nunca”, 2 para “a veces”, 3 para “casi siempre” y 4 para “siempre”. Se obtuvo el mínimo y el máximo: 24-96.

$24 \times 1 = 24$ puntaje total de la respuesta “nunca”

$24 \times 2 = 48$ puntaje total de la respuesta “a veces”

$24 \times 3 = 72$ puntaje total de la respuesta “casi siempre”

$24 \times 4 = 96$ puntaje total de la respuesta “siempre”

A partir de la obtención de las puntuaciones totales de las opciones de respuesta se procedió, con base en estos resultados, a conformar las categorías de niveles de maltrato considerando el rango de 24 (nunca) a 48 (a veces) como la categoría de “sin maltrato” y de 45 (casi siempre) a 96 (siempre) como la categoría de “maltrato” :

24 a 48 = sin maltrato

45 a 96 = maltrato

Una vez obtenidos los puntos de corte y las categorías de maltrato, se procedió a ubicar a los sujetos de ambos grupos, de acuerdo con sus puntuaciones obtenidas en la escala, quedando las muestras de madres maltratadoras y no maltratadoras como aparecen en la tabla 2.

Tabla 2. Rangos de maltrato físico

Rangos de puntos de corte y porcentajes		
Tipo de madre	Sin maltrato Físico	Maltrato Físico
	24-48	49-96
Maltratadora	83%	17%
No maltratadora	100%	0%

En la tabla 2 se observa el porcentaje de sujetos que se ubicó en cada una de las categorías de maltrato de acuerdo con los puntos de corte establecidos. Se observa que el 100% de las madres no maltratadoras se localiza en la categoría de “sin maltrato físico”, mientras que un alto porcentaje (83%) de madres maltratadoras cayeron dentro de la categoría de “sin maltrato físico” y sólo un 17% cayeron en la de “maltrato físico”.

10.8.2. Maltrato emocional

Para obtener los puntos de corte de los reactivos del maltrato emocional de la escala EDMM, se procedió de la siguiente forma:

Se multiplicó el total de reactivos relacionados con el maltrato emocional (83) por cada uno de los valores asignados a las opciones de respuesta de la escala que son: 1 para “nunca”, 2 para “a veces”, 3 para “casi siempre” y 4 para “siempre”. Se obtuvo el mínimo y el máximo: 83-338.

$83 \times 1 = 83$ puntaje total de la respuesta “nunca”

$83 \times 2 = 166$ puntaje total de la respuesta “a veces”

$83 \times 3 = 249$ puntaje total de la respuesta “casi siempre”

$83 \times 4 = 338$ puntaje total de la respuesta “siempre”

A partir de la obtención de las puntuaciones totales de las opciones de respuesta se procedió, con base en estos resultados, a conformar las categorías de los niveles de maltrato considerando el rango de 83 (nunca) a 166 (a veces) como

la categoría de “sin maltrato” y de 167 (casi siempre) a 338 (siempre) como la categoría de “maltrato” :

83 a 166 = sin maltrato

167 a 332 = maltrato

Una vez obtenidas las categorías de maltrato y los puntos de corte, se procedió a ubicar a los sujetos de ambos grupos, de acuerdo con sus puntuaciones obtenidas en la escala, quedando las muestras de madres maltratadoras y no maltratadoras ubicadas de la siguiente forma (ver tabla 3).

Tabla 3. Rangos de maltrato emocional

Rangos de puntos de corte y porcentajes		
Tipo de madre	Sin maltrato Emocional	Maltrato Emocional
		83-166
Maltratadora	52%	48%
No maltratadora	100%	0%

Los datos de la tabla 3 indican que el 48% del grupo de madres maltratadoras se ubica dentro de la categoría de “maltrato emocional”, pero el 52% se ubicó en la categoría de “sin maltrato emocional”. En cambio las madres no maltratadoras se mantienen en la categoría de sin maltrato emocional en un 100%.

10.9. Discusión

De acuerdo con los resultados que se acaban de exponer del Análisis Factorial que agrupa a las madres maltratadoras y no maltratadoras, puede decirse que el instrumento tiene una estructura multidimensional, compuesta por 6 factores que agrupa un mínimo de 5 variables (factor 6) hasta 11 como máximo (factor 2) con cargas $\geq .40$. Cabe señalar que los factores de la escala también explican de manera aceptable (57%) la varianza total, y una alta consistencia interna (.97).

El análisis señaló que los factores principales (componentes) fueron los de maltrato físico (factor 1), maltrato emocional verbal (factor 2), maltrato emocional

por autoritarismo (factor 3), maltrato emocional por manipulación (factor 4), maltrato emocional por desobediencia (factor 5) y maltrato emocional por frustración (factor 6). Parece ser que la madre en primera instancia descarga su enojo físicamente (en tanto que el primer factor es el que tiene cargas factoriales más altas). Al ver que no le hacen caso o no le ponen atención es cuando su enojo se incrementa y suele maltratar emocionalmente, sobre todo, cuando los hijos se encuentran en la infancia, podría pensarse que la madre maltrata como último recurso ante su impotencia de resolver los problemas que se le presentan en la vida cotidiana.

Con respecto al Análisis Factorial de las madres maltratadoras, se encontró que estas madres ejercen la violencia tanto física como emocional. Estos resultados coinciden con la literatura internacional (Cappelleri, Eckenrode y Powers, 1993; Creighton, 1985; Chaffin, Kelleher y Hollenberg, 1996; Dinwiddie y Bucholz, 1993; Kelleher, Chaffin, Hollenberg y Fischer, 1994; Kotch, Browne, Dufort y Winsor, 1999; Mejía, 1994; Pedreira, 2003; Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivara, 2000, entre otros).

Con el propósito de obtener **validez predictiva** del instrumento se aplicó el Análisis Discriminante. Los resultados indicaron que el modelo final quedó formado por seis variables: "Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero", "Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos", "Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta", "Les grito a mis hijos cuando me desobedecen", "Insulto a mis hijos cuando me desobedecen", "Les pego a mis hijos por cualquier cosa". Resulta interesante mencionar que estas variables coinciden con la literatura internacional, Bowlby (1985); Briere y Runtz (1990); Konstantarea y Desbois (2001); Milner y Wimberley (1980); Mullick, Miller y Jacobsen (2001), Téllez (1995) y Wipple y Webster (1991); quienes señalan que las madres que maltratan tienen características como: a) rivalidad, b) resentimiento ("Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos", "Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta"); c) expectativas irreales sobre los hijos, perfeccionismo ("Me irrita que

mis hijos no hagan las cosas como yo quiero"); d) falla en el control de impulsos ("Les pego a mis hijos por cualquier cosa"). Este Análisis también nos dice que estas seis variables serían las más importantes en la diferenciación de las mamás que maltratan a sus hijos de aquéllas que no lo hacen. Sin embargo, uno de los resultados más importantes es el que muestra que en el grupo de madres maltratadoras las puntuaciones caen en los rangos de las categorías de "a veces, casi siempre y siempre", mientras que en las no maltratadoras, en "nunca y a veces". Esto nos indica que ambos grupos maltratan.

Las variables que forman el modelo del análisis discriminante que se utilizó para analizar las categorías más frecuentes y así poder concluir que lo que las contrasta es la mayor o menor frecuencia con que realizan el maltrato, lo cual hace pensar que la situación de maltrato en general se distribuye normalmente en un continuo, como en una curva de Gause, en donde la mayoría de las madres se coloca en la parte central y en el extremo derecho estarían los casos de maltrato severo (como quemar o colgar al niño). El instrumento no investiga estos casos de maltrato extremo, maltrato que aparece en la nota roja de los periódicos. En el extremo izquierdo de la curva estarían las madres con mínimo maltrato.

Estos resultados sugieren la necesidad de desarrollar instrumentos que midan en futuras investigaciones no solo la frecuencia, sino también la intensidad del maltrato mismo.

Debe destacarse que las variables que arrojó el **Análisis Discriminante** alcanzaron sólo un 85 % de clasificación correcta y una Consistencia Interna del instrumento de $\alpha=.9015$. Por lo cual puede decirse que el poder predictivo de la escala es aceptable. Sin embargo, se requieren nuevos estudios en los que se promuevan nuevas áreas de investigación y más variables, con un mayor número de preguntas de tal manera que se alcance un porcentaje de predicción correcta ($\geq 90\%$). Esto es, añadir variables que puedan explorar más ampliamente el fenómeno. Por ejemplo, conocer antecedentes de abuso sexual, maltrato por

negligencia, uso de drogas y deseo o no de ser madre, la intensidad, el estilo y la intencionalidad de maltrato entre otras (Albert, Klein, Noble, Zahand y Holtby, 2000; Balge y Milner, 2000; Briere y Runtz, 1990). Desde luego, los resultados también sugieren, que si se desea ampliar la información sobre esta problemática es necesario recurrir a otro tipo de recolección de datos, pruebas proyectivas y/o entrevistas clínicas a profundidad. De esta manera, puede decirse que los instrumentos utilizados y el método seguido en la recolección de datos de esta investigación, son de gran utilidad para una primera detección, son además funcionales o prácticos para la obtención rápida de información en muestras grandes, esto es, se sugiere que se utilicen como instrumentos de escaneo de la variable maltrato.

Es importante hacer notar que un 15% de las mamás que originalmente formaron parte del grupo de no maltrato fueron reubicadas en la categoría de maltrato por el análisis discriminante. Este dato es interesante, ya que es común que no todas las personas que sufren de un desorden busquen ayuda. En este caso se podría hablar de madres que no se estén reconociendo como maltratadoras, aunque en realidad sí lo sean.

10.10. Conclusiones

Los resultados obtenidos en el análisis factorial y en el análisis discriminante, muestran que la escala tiene validez aceptable de constructo y una buena confiabilidad ($\alpha \geq 0.90$). Los análisis realizados sugieren la necesidad de utilizar los factores resultantes del Análisis Factorial que agrupan a madres maltratadoras y no maltratadoras.

Se puede concluir que la escala de madres maltratadoras:

- 1.- Tiene validez de constructo.
- 2.- Tiene baja validez predictiva o discriminante (se requiere agregar ítems cualitativa y cuantitativamente diferentes a los que ya se tienen).
- 3.- Posee un adecuado índice de consistencia interna.

4.- El hallazgo más importante de esta etapa de investigación es que el maltrato existe como un continuo que se distribuye de menor a mayor frecuencia, lo que implica que las madres en general maltratan, pero las madres maltratadoras lo hacen con mayor frecuencia, falta por investigar además, como se diferencian por intensidad.

XI. ESTUDIO 2. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LAS ESCALAS CLÍNICAS DEL MMPI-2 QUE CARACTERIZAN A LOS GRUPOS DE MADRES MALTRATADORAS Y NO MALTRATADORAS

11.1. Análisis de correspondencias

El análisis de correspondencias es un método multivariado factorial de reducción de la dimensión de una tabla de casos variables con datos cualitativos o cuantitativos categorizados con el fin de obtener un número reducido de factores, cuya posterior interpretación permitirá un estudio más simple del problema investigado.

El análisis de correspondencias extrae relaciones entre categorías y define similitudes y disimilitudes entre ellas, lo que permitirá su agrupamiento si detecta que se corresponden y todo esto queda plasmado en un espacio dimensional de escasas variables sintéticas o factores que pueden ser interpretados o nombrados y que, además, deben condensar el máximo posible de información. El análisis de correspondencias permite establecer la estructura espacial euclidiana que se expresa en representaciones gráficas o mapas de correspondencias que permiten visualizar globalmente las relaciones obtenidas (Pérez, 2001).

11.2. Objetivo

Con el propósito de determinar la fuerza de influencia o carga factorial de los rasgos de personalidad de las escalas clínicas del MMPI-2, que más influencia presentan en la caracterización de los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras, se realizó el análisis de correspondencias de las escalas clínicas de ambos grupos.

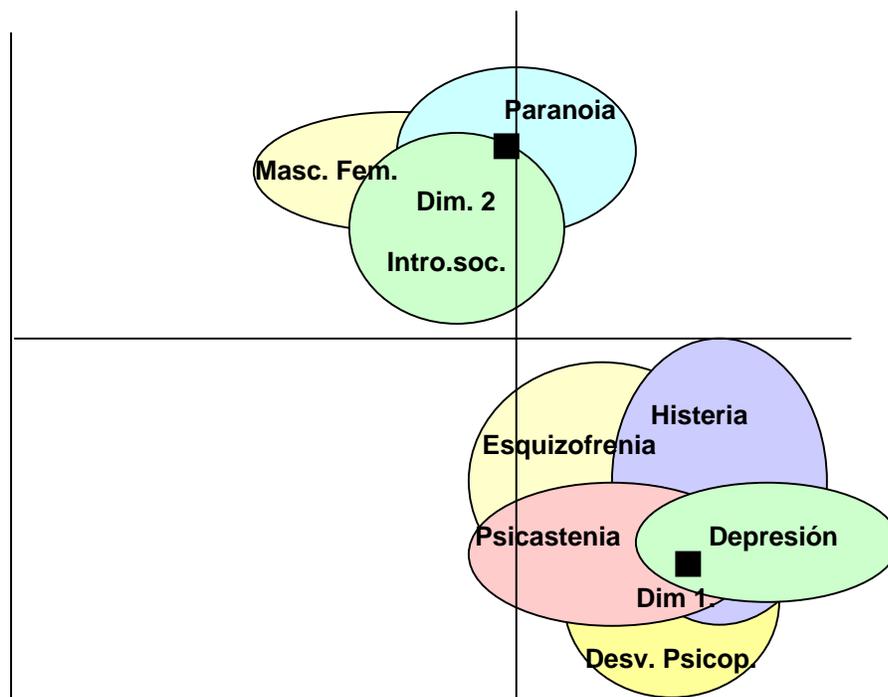
11.3. Procedimiento

Una vez integradas las muestras de madres maltratadoras y no maltratadoras, se procedió a aplicar el MMPI-2. Con las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas clínicas se obtuvieron las frecuencias de puntajes de las madres maltratadoras y no maltratadoras. Divididas en dos grupos: Puntajes elevados T= 60 o más y Puntajes moderados T= 50 – 59.

Posteriormente, los resultados se sometieron a un análisis de frecuencias y se procedió a aplicar el análisis de correspondencias.

11.4. Resultados del Análisis de Correspondencias

Figura 1.
Normalización Simétrica



Dim. 1.- Dimensión del grupo de madres maltratadoras.

Dim. 2.- Dimensión del grupo de madres no maltratadoras.

En la figura 1 se muestra la dimensión (1) que caracteriza al grupo de madres maltratadoras rodeada en sentido espacial por los nombres de las escalas clínicas del MMPI-2 que mayor influencia tuvieron a través de los pesos de sus cargas factoriales. En el grupo 2 de igual forma aparecen los nombres de las escalas con mayor influencia en la dimensión del grupo de madres no maltratadoras. Cuando mayor influencia se presenta, mayor cercanía a la dimensión tiene cada escala.

La fuerza de cada rasgo de personalidad se indica con cargas factoriales y el conjunto de los pesos de los rasgos explica la fuerza total sobre la dimensión.

Tabla 1. Cargas factoriales de los rasgos de personalidad con mayor influencia en el grupo de madres maltratadoras

Rasgos de Personalidad de mayor influencia	Fuerza representada por peso de carga factorial
Desviación Psicopática	.960
Depresión	.895
Psicastenia	.780
Esquizofrenia	.668
Histeria	.423

En la tabla 1 pueden observarse los pesos factoriales de las escalas clínicas del MMPI-2 con mayor fuerza en el grupo de las madres maltratadoras. Las escalas aparecen en orden decreciente en función de su probable influencia de acuerdo al peso de sus cargas y como puede apreciarse en la Fig. 1, los rasgos con mayor carga (por ejemplo, Desviación Psicopática) se acercan más al eje horizontal de la dimensión 1.

Tabla 2. Cargas factoriales de los rasgos de personalidad con mayor influencia en el grupo de madres No maltratadoras

Rasgos de Personalidad de mayor influencia	Fuerza representada por peso de carga factorial
Masculinidad - femineidad	.864
Paranoia	.682
Introversión social	.476

En la tabla 2 se muestran los rasgos de personalidad que aparecen en la dimensión 2 de la Fig. 1 y que presentan mayor carga factorial sobre la dimensión de madres no maltratadoras y la fuerza de influencia que ejercieron por su carga factorial. Puede verse que en el caso de las madres no maltratadoras sólo tres escalas clínicas resultaron con cargas factoriales aceptables.

11.5. Elementos clínicos respecto del análisis de correspondencias en las escalas del MMPI-2 con cargas factoriales que indicaron mayor influencia en las dimensiones de los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras

En la dimensión considerada del grupo de madres maltratadoras, son de llamar la atención las escalas Desviación Psicopática, Depresión, Psicastenia. Si se toma en cuenta el peso de cargas factoriales que resultaron con mayor influencia en la caracterización de sus rasgos de personalidad, y como marco clínico de referencia, las puntuaciones obtenidas en este grupo de madres, se podría pensar que se trata de personas con tendencia hacia la rigidez lo cual podría repercutir en la forma de educar a los hijos, además podrían ser demandantes, perfeccionistas, con poca tolerancia a la frustración, con pautas de conducta impositivas; sin embargo estos elementos podrían ser expresiones de sus formas de manejar sus ansiedades y desesperaciones internas y sus dificultades en cuanto al equilibrio emocional, en el sentido de que fácilmente pierden el control de sí mismas comportándose de forma impulsiva en la toma de decisiones.

Si se toman en cuenta las escalas con mayor influencia en este análisis de correspondencias podría decirse en sentido global que son personas con dependencia infantil, con necesidades centradas en sí mismas antes que en los demás. Atentas a su deseabilidad social, dependientes, con dificultades en las relaciones interpersonales. Poca confianza en sí mismas, ansiedad constante que podría expresarse en irritabilidad frecuente lo que podría llevar a una baja tolerancia a la frustración, obsesividad, dificultad para resolver problemas de la vida cotidiana, aislamiento social y falta de iniciativa como expresión de su parálisis emocional ante la problemática de la vida cotidiana (Lucio y León, 2003).

En la dimensión 2 considerada como la del grupo de madres no maltratadoras también son de llamar la atención la asociación con las escalas de Masculinidad, Paranoia, e Introversión social, las cuales de acuerdo con sus cargas factoriales, resultaron con mayor influencia en la caracterización de los rasgos de personalidad de este grupo. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el MMPI-2, estas personas presentan mayor estabilidad emocional, lo cual les permitirá utilizar mecanismos de afrontamiento más adecuados para resolver problemas de la vida cotidiana. A pesar de que se hace presente la escala de Paranoia los puntajes obtenidos en el grupo indican que podrían ser desconfiadas de los demás, pero que pueden manejarse socialmente dentro de su entorno de forma adecuada (Lucio y León, 2003).

XII. ESTUDIO 3. PERFILES DE RASGOS DE PERSONALIDAD

Estudio 3A

12.1. Introducción

El maltrato se ha presentado en todos los tiempos de la humanidad y se ha expresado en diferentes formas, sin embargo no siempre se le reconoce, debido a que el concepto puede estar enmascarado por los valores socioculturales de la época y de las circunstancias bajo las cuales se realiza el maltrato, sobre todo cuando se trata de maltrato infantil y de los maltratadores que por lo general son los progenitores. En este trabajo sólo se hace referencia a la madre como la persona que cuida pero que también puede ser potencialmente maltratadora. Al hablar de “madre maltratadora” no se pretende etiquetar sino establecer un parámetro que permita conocer en qué es diferente o similar a la madre que trata bien a sus hijos o por lo menos que no los maltrata.

12.2. Objetivo

La obtención de los perfiles de rasgos de personalidad fue el objetivo central de este estudio. Se esperaba de acuerdo con la hipótesis general, que las madres maltratadoras mostraran rasgos de personalidad característicos y diferentes de los de las madres no maltratadoras.

12.3. Muestra

Se trabajó con una muestra total no probabilística de $N= 200$ mujeres de las cuales $n_1=100$ son madres maltratadoras (MM) que acudieron a solicitar tratamiento a un Centro de Atención Psicoterapéutica y $n_2=100$ madres no maltratadoras (MNM) que se reclutaron de escuelas públicas de la Ciudad de México y que mediante una entrevista clínica manifestaron no ejercer el maltrato.

Tabla 1. Medias y D.E. de la variable edad por grupo (madres maltratadoras y No maltratadoras)

	MAMÁS	N	X	DE
Edad	NO MALTRATADORA	100	33.0	7.0
	MALTRATADORA	100	34.5	6.0

12.4. Igualación de Muestras

Con el propósito de probar si las muestras quedaron igualadas en las siguientes variables sociodemográficas (edad, lugar de nacimiento, estado civil, ocupación y escolaridad) se aplicaron pruebas estadísticas de acuerdo con el nivel de medición de las variables. Como puede observarse en la tabla (1) el promedio de edad de la muestra total fue de $X = 34.5$ años; $D.E. = 6.0$ en las madres maltratadoras y de $X = 33.0$ años; $D.E. = 7.0$ en las madres no maltratadoras mientras que en la tabla (2) se observa que la variable edad no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (madres maltratadoras y no maltratadoras).

Tabla 2. Chi cuadrada. Variable edad por grupo (madres maltratadoras y No maltratadoras)

	Edad
Chi	33.4
Gl	1
Significancia	.534

Los resultados muestran que el grupo (madres maltratadoras y no maltratadoras) quedaron estadísticamente igualadas en las variables: lugar de nacimiento, estado civil y en ocupación, sólo en la variable escolaridad, se produjeron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 3).

Tabla 3. Prueba, U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon. Variables sociodemográficas: lugar de nacimiento, estado civil, ocupación y escolaridad por grupo (madres maltratadoras y No maltratadoras)

	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	ocupación	Escolaridad
Mann-Whitney U	4967.5	4739.0	4339.0	3348.0
Wilcoxon W	10017.5	9789.0	9389.0	8398.0
Z	-.13	-.74	-1.78	-4.17
Sig.	.897	.454	.074	.000

Con base en estos resultados se podría considerar que las muestras (madres maltratadoras y no maltratadoras) quedaron igualadas en la mayoría de sus variables sociodemográficas. Con respecto a la variable escolaridad se encontró que el grupo de madres maltratadoras mostró tener mayor escolaridad que el de las madres no maltratadoras.

12.5. Instrumentos

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2), versión traducida al español y estandarizada en muestras mexicanas (Lucio y Reyes, 1994), por ser una prueba de amplio espectro diseñada para evaluar patrones importantes de la personalidad y de los desórdenes emocionales. El MMPI-2 es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación de factores de la personalidad (Butcher y Williams, 1992).

12.6. Procedimiento

La muestra de madres maltratadoras se reclutó en un Centro de Atención Psicoterapéutica provenientes del DIF, CAVI, Canal 11, Locatel entre otras más y la de madres no maltratadoras en escuelas públicas de la Ciudad de México. Las participantes firmaron cartas de consentimiento informado, se respetó el anonimato y se les dijo que podrían abandonar la investigación cuando así lo decidieran. La formación de las muestras y la aplicación del MMPI-2 se llevaron a cabo en 2 etapas. La primera se centró en la formación de la muestra de madres

maltratadoras con mujeres que solicitaron apoyo psicoterapéutico. A lo largo de la evaluación con el MMPI-2 se descartaron a las madres que además de autoconsiderarse maltratadoras presentaban otros problemas, tales como, esquizofrenia o algún trastorno grave de la personalidad, o bien que tuvieran escolaridad menor al del nivel secundaria.

En la segunda etapa se formó la muestra de madres no maltratadoras tomando en cuenta las principales características sociodemográficas del grupo de madres maltratadoras (estado civil, escolaridad y ocupación).

12.7. Resultados

Una vez integradas las muestras se procedió a aplicar el MMPI-2 y con las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas básicas, de contenido y suplementarias, se procedió a obtener los promedios de cada muestra. Posteriormente los resultados se graficaron en hojas de perfiles del MMPI-2 y así se pudieron obtener los puntajes T; con estos puntajes se construyó el perfil de cada una de las muestras, lo cual permitió interpretar clínicamente los perfiles.

Escalas clínicas

En la tabla 1 se muestran los valores de la media y de la desviación estándar de las muestras de madres no maltratadoras y maltratadoras de las escalas básicas o clínicas del MMPI-2, así como las diferencias estadísticas arrojadas por la prueba estadística “t” de Student. Se observa que las escalas Clínicas: Depresión (2), Histeria Conversiva (3), Desviación Psicopática (4), Paranoia (6), Esquizofrenia (8) e Introversión Social (0) resultaron altamente significativas a un nivel de .001 y únicamente la escala Masculinidad Femeineidad (5) obtuvo un nivel de significancia al .02. Puede observarse también que los puntajes de la media del grupo de madres maltratadoras en esas mismas escalas, fueron más altos que los puntajes de las no maltratadoras, a excepción de la escala Masculinidad Femeineidad (5) en donde los puntajes resultaron inferiores en las madres

maltratadoras (ver tabla 1). Los perfiles de estas escalas se exponen en la figura 1.

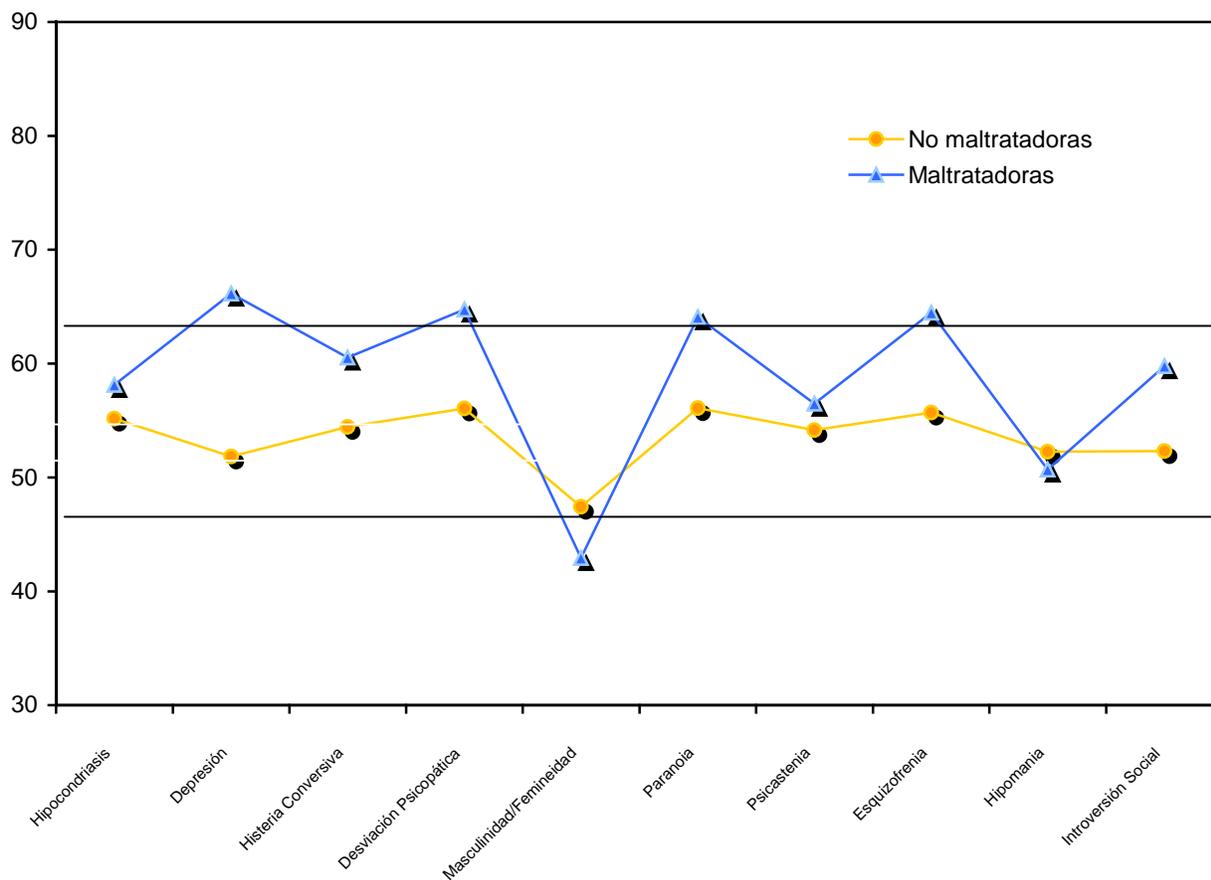
Tabla 1. Escalas Clínicas del MMPI-2.
Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t

ESCALAS	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Hipocondriasis (Hs)	55.18	10.30	58.12	12.93	-1.24	.21
Depresión (D)	51.85	9.91	66.14	12.47	-6.28	.001
Histeria Conversiva (Hi)	54.44	9.78	60.53	12.61	-2.67	.001
Desviación Psicopática (Dp)	56.06	11.00	64.75	13.95	-3.42	.001
Masculinidad Femineidad (Mf)	47.44	10.94	42.93	8.68	2.26	.02
Paranoia (Pa)	56.10	9.05	64.08	13.52	-3.43	.001
Psicastenia (Pt)	54.16	10.52	56.49	22.10	-.67	.50
Esquizofrenia (Es)	55.69	10.90	64.46	16.57	-3.80	.001
Hipomanía (Ma)	52.26	12.07	50.69	12.16	.64	.52
Introversión Social (Is)	52.32	8.94	63.06	10.44	-5.46	.001

A partir de los valores de puntajes T del instrumento se puede observar que algunas de las escalas sobrepasan el valor de la media teórica tanto del grupo de madres no maltratadoras como el de maltratadoras. Los valores T obtenidos por estos grupos se utilizan para realizar un análisis desde el punto de vista cualitativo al realizar el código del perfil y la respectiva interpretación clínica (ver parte inferior de la figura 1).

Las diferencias del perfil de rasgos de personalidad de ambos grupos, se muestran a continuación en la figura 1.

Figura 1. MMPI-2
 Perfil de rasgos de personalidad de las
 Escalas Clínicas



Código del perfil de las madres maltratadoras: 2 + 4 6 8 0 3 – 1 7 9 / 5:

En la figura 1 se aprecia que en el perfil de las madres maltratadoras, las escalas Clínicas que obtienen valores de puntaje por encima de la media teórica, mayor a T=55, corresponden a las escalas de: Depresión (D) (2), Desviación Psicopática (Dp) (4), Paranoia (Pa) (6), Esquizofrenia (Es) (8), Introversión Social (Is) (0), Histeria de Conversión (Hi) (3). Con base en la elevación de estas escalas se podría considerar que las características de personalidad asociadas al código del perfil para las escalas clínicas en el grupo de las madres maltratadoras se

relaciona con sentimientos de tristeza, angustia, falta de energía, incapacidad para concentrarse, molestias físicas y problemas de insomnio. Son personas que frecuentemente pueden tener poca confianza en sí mismas, con importantes sentimientos de inadecuación y tendencia a autoreprocharse constantemente. Habitualmente pueden darse por vencidas, debido a que podrían experimentar un constante pesimismo sobre lo que quieren lograr, que se ve traducido en pocos logros con baja energía y poca motivación para realizar o emprender nuevas cosas. Son personas que podrían estar resentidas por lo que experimentan una constante insatisfacción, irritabilidad, suspicacia, recelo, que seguramente se hace evidente mediante acciones de agresión, que se descargan algunas veces de manera impulsiva como una forma de canalizar su enojo y desesperación, pero que no son capaces de identificar el origen y el contexto de su resentimiento, dado que el expresar estos sentimientos les genera constantes sensaciones de culpa. En general tienden a alejarse de las personas y son temerosas al establecer relaciones interpersonales, en su comportamiento tienden a mantenerse distantes y recurren a la fantasía como un medio de compensar sus deficiencias y falta de interacción con los demás. Presentan comportamientos relacionados con inmadurez, actuando ante determinada situación de forma infantil, aspecto que puede estar asociado a mecanismo de defensa ante el sentimiento de vulnerabilidad psicológica, debido a que constantemente presentan reacciones exageradas de comportamiento y, en su búsqueda de apoyo son personas que dependen mucho de la aceptación y reconocimiento de otros, podría ser porque seguramente no confían en sí mismas, ni identifican elementos de sus propios recursos con los cuales podrían salir adelante en una situación social. De manera que experimentan constantemente ansiedad y temor frente a lo que les rodea por lo que su proceso adaptativo puede ser difícil. Se puede apreciar que podrían aparecer elementos de tipo somático como expresión de una constante preocupación por aspectos físicos, los cuales las llevan a centrarse en constantes enfermedades con las cuales podrían justificar sus fallas y fracasos.

Código del perfil de las madres no maltratadoras: 4 6 8 1 3 7 9 0 2 / 5:

En el caso del grupo de madres no maltratadoras se observa que en el perfil las escalas Clínicas que obtienen valores de puntaje por encima de la media teórica, mayor a T=55, corresponden a las escalas de: Desviación Psicopática (Dp), Paranoia (Pa) (6), Esquizofrenia (Es) (8), Hipocondriasis (Hs) (1), sin embargo, sus puntuaciones no están en zona que pudiera catalogarse como muestra de patología.

En el caso de las madres no maltratadoras, las características de personalidad asociadas al código del perfil para las escalas clínicas podrían indicar que se trata de personas que pueden ser sociables, confiadas en sí mismas, que expresan sus opiniones y sentimientos. Son personas que pueden ser creativas e imaginativas, que se establecen metas, pueden apreciar de manera positiva los aspectos de su comportamiento. Algunas veces pueden mostrarse un tanto sensibles a las relaciones, especialmente porque pueden percibir rechazo de los demás, sin embargo estos aspectos de su comportamiento pueden ser controlados y presentan respuestas adaptativas al ambiente. No obstante en su interacción, aun cuando pueden ser cautelosas en sus contactos iniciales con las personas, son abiertas, empáticas y podrían establecer relaciones interpersonales adecuadas.

Al observar la fig. 1 se aprecia en conjunto, en el perfil de ambos grupos, que resaltan los puntajes elevados en las madres maltratadoras en la mayoría de las escalas, principalmente en las escalas de Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia y Esquizofrenia, cuya combinación (2, 4, 6 y 8) indica posibles pautas de conducta ligadas a la ansiedad, depresión e inseguridad. El conjunto de los puntajes muestra posibilidades de pautas de conducta que hacen al grupo de madres maltratadoras ver y vivir la vida de diferente forma que el grupo de madres no maltratadoras. En general el grupo de madres no maltratadoras presenta mejor adaptación familiar y social. El perfil refleja mayor estabilidad emocional que el grupo de madres maltratadoras, presentando las madres no maltratadoras mejores recursos de afrontamiento ante situaciones estresantes de la vida

cotidiana. Las escalas con menor puntaje en ambos grupos es la (5) Masculinidad y Femenidad, aspecto relacionado principalmente con el tipo de conductas tradicionalistas respecto de los valores y forma rutinaria de conducirse en la vida.

Escalas de Contenido

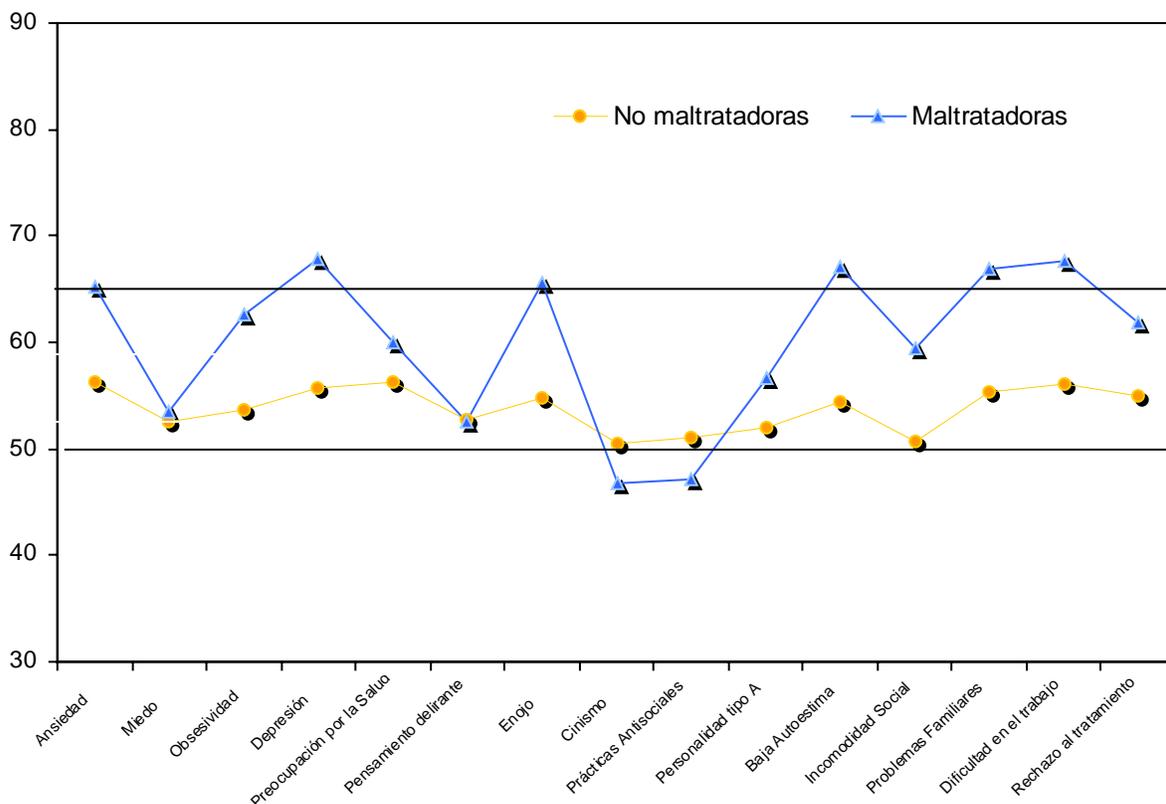
En la tabla 2 se muestran los valores de la media y las desviaciones estándar de las muestras de madres no maltratadoras y maltratadoras de las escalas de contenido del MMPI-2, así como las diferencias estadísticas arrojadas por la prueba estadística “t” de Student. Se observa que las escalas de contenido: Ansiedad, Obsesividad, Depresión, Enojo, Baja Autoestima, Incomodidad Social, Problemas Familiares, Dificultades en el trabajo y Rechazo al tratamiento mostraron diferencias significativas a un nivel de .001 y las escalas Cinismo, Prácticas Antisociales, Personalidad tipo A, obtuvieron diferencias significativas al nivel de .04, .02 y .03 respectivamente. Los perfiles de estas escalas se exponen en la figura 2.

Tabla 2. Escalas de Contenido del MMPI-2
Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t

ESCALAS DE CONTENIDO			Maltratadoras		T	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Ansiedad (ANS)	56.53	10.07	65.14	11.29	- 3.98	.001
Miedo (MIE)	52.57	7.88	53.53	8.14	-0.59	.55
Obsesividad (OBS)	53.63	8.87	62.53	10.49	-4.53	.001
Depresión (DEP)	55.73	10.47	67.79	14.73	-4.66	.001
Preocupación por la salud (SAU)	56.36	10.48	60.00	11.79	-1.61	.11
Pensamiento delirante (DEL)	52.73	9.73	52.63	9.63	.05	.95
Enojo (ENJ)	54.81	11.07	65.55	10.36	-4.95	.001
Cinismo (CIN)	50.44	9.86	46.85	7.17	2.06	.04
Prácticas Antisociales (PAS)	51.08	9.18	47.12	8.30	2.24	.02
Personalidad tipo A (PTA)	52.02	9.37	56.63	11.32	-2.20	.03
Baja Autoestima (BAE)	54.38	10.00	67.16	12.61	- 5.56	.001
Incomodidad Social (ISO)	50.67	8.12	59.42	12.71	-4.06	.001
Problemas Familiares (FAM)	55.34	10.12	66.95	10.74	-5.1	.001
Dificultad en el trabajo (DTR)	56.02	9.12	67.71	13.08	-5.13	.001
Rechazo al Tratamiento (RTR)	55.02	10.43	61.89	11.83	-3.05	.001

Las escalas de contenido ayudan a comprender las elevaciones de las escalas clínicas y confirman o eliminan ciertas características de conducta que se representan en las escala clínicas. Proporcionan además información que confirma las características de las escalas clínicas porque contienen reactivos que se encuentran agrupados en varias áreas. Para su interpretación se integran en cuatro grandes grupos o áreas tales como, síntomas internos, tendencias agresivas externas, opinión negativa de sí mismo y área de problemas generales. A continuación se presenta en la figura 2, el perfil de ambos grupos, encontrando que las escalas que sobresalen con valores de T igual o mayor a 65 corresponde a las escalas de Ansiedad, Depresión, Enojo, Baja Autoestima, Problemas Familiares y Dificultades en el Trabajo.

Figura 2. MMPI-2
 Perfil de rasgos de personalidad del MMPI-2 de las
 Escalas de Contenido



Escalas suplementarias

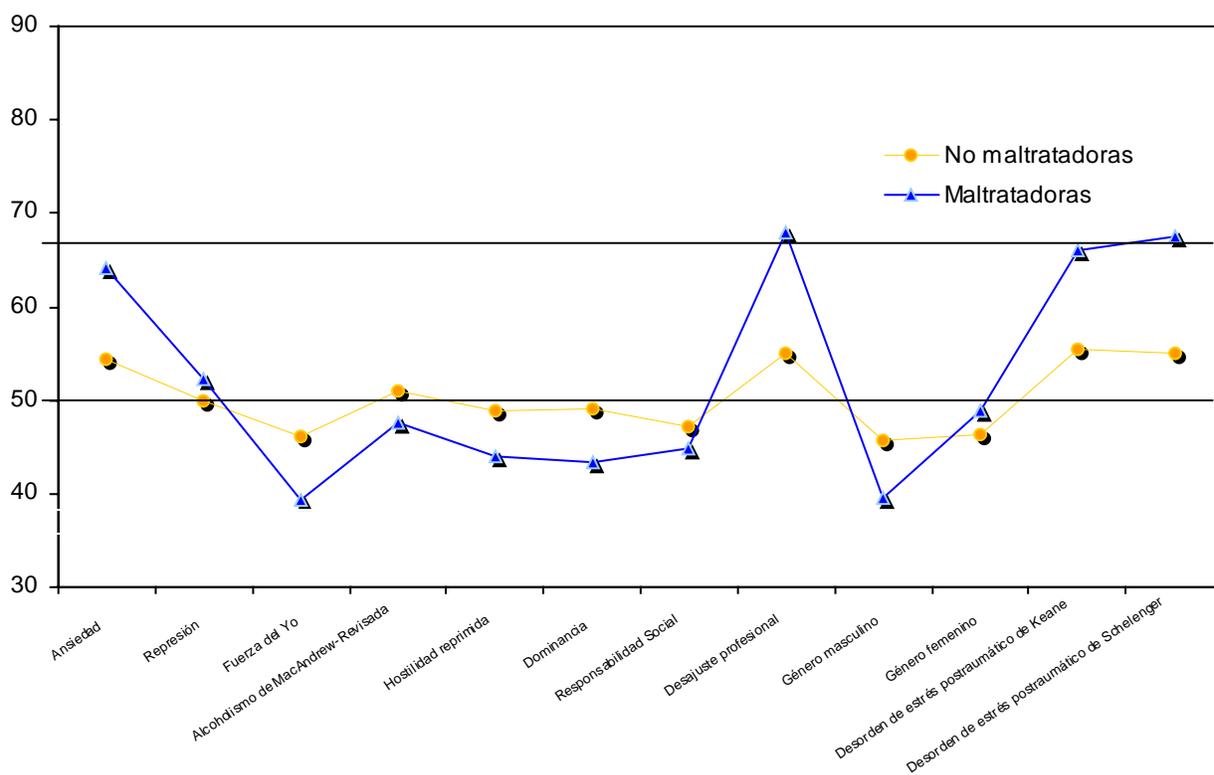
En la tabla 3 se muestran los valores de la media y de la desviación estándar de las muestras de madres no maltratadoras y maltratadoras de las escalas suplementarias del MMPI-2, así como las diferencias arrojadas por la prueba estadística “t” de Student. Se observa que las escalas suplementarias: Ansiedad, Fuerza del Yo, Hostilidad reprimida, Dominancia, Desajuste profesional, Género masculino, Desorden de Estrés postraumático de Keane y Desorden de Estrés postraumático de Schlenger, resultaron significativas a un nivel de .001. De la misma forma, puede observarse que los puntajes de la media del grupo de madres maltratadoras en esas mismas escalas, fueron más altas que las de las no maltratadoras. Las escalas que se configuran de manera invertida como son Fuerza del Yo, Hostilidad Reprimida, Dominancia y Responsabilidad social, tienden a disminuir el puntaje T del instrumento en las madres maltratadoras. Los perfiles de estas escalas se exponen en la figura 3.

Tabla 3. Escalas Suplementarias del MMPI-2
Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t

ESCALAS SUPLEMENTARIA	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Ansiedad (A)	54.32	8.89	64.08	11.56	-4.68	.001
Represión (R)	49.89	9.29	52.36	11.63	-1.16	.24
Fuerza del yo (Fyo)	46.16	9.92	39.24	11.17	3.24	.001
Alcoholismo de Mc-Andrew (A-MAC)	51.04	9.93	47.63	10.47	1.65	.10
Hostilidad reprimida (Hr)	48.79	9.19	44.02	7.50	2.82	.001
Dominancia (Do)	49.08	10.57	43.42	10.89	2.61	.01
Responsabilidad social (Rs)	47.12	10.30	44.79	10.37	1.11	.26
Desajuste profesional (Dpr)	55.02	9.49	67.91	12.49	-5.75	.001
Género masculino (GM)	45.63	9.42	39.55	9.73	3.14	.001
Género femenino (GF)	46.26	11.83	48.87	10.42	-1.16	.24
Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK)	55.34	11.56	66.12	13.77	- 4.19	.001
Desorden de Estrés postraumático de Schlenger (EPS)	55.06	9.49	67.59	13.53	-5.31	.001

Las escalas suplementarias sirven para enriquecer la interpretación de las escalas básicas, amplían el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos, no hay un límite absoluto para las puntuaciones bajas, en general las puntuaciones lineales $T > 65$ deben considerarse altas, las puntuaciones lineales $T < 40$ deben considerarse bajas (Lucio y León, 2003). A continuación se presenta en la figura 3 el perfil de ambos grupos. Encontrando que las escalas que sobresalen con valores de T igual o mayor a 65 corresponde a las escalas de Desajuste Profesional y las escalas de Desorden de estrés postraumático de Keane y de Schlenger. Las escalas que obtienen valores menores a T40 corresponde a la de Fuerza del Yo y Género Masculino.

Figura 3. MMPI-2
 Perfil de rasgos de personalidad del MMPI-2 de las
 Escalas Suplementarias



En la Fig. 3 se muestran los perfiles de las escalas suplementarias del MMPI-2, resaltando de manera importante la elevación de 4 escalas para el grupo de madres maltratadoras que rebasan la media teórica y cuyos valores de puntaje T sobrepasan valores de $T=60$, estas escalas son: Ansiedad, Desajuste profesional, Desorden de estrés postraumático de Keane y Desorden de estrés postraumático de Schlenger, en las que obtienen puntajes T que van de 60-68. Con base en estas puntuaciones de las escalas, se podría inferir que clínicamente se trata de un grupo de personas con: reacciones de ansiedad, angustia, inconformidad constante acerca de sus metas y de la vida en general. Pueden presentar disturbios emocionales generales en su comportamiento y frecuentemente se muestran resentidas, irritables con probables ataques de ira. Habitualmente tienden a ser inhibidas y aun cuando intentan sobrecontrolar sus conductas agresivas, pueden presentar descargas impulsivas de mucho enojo, agresión abierta y hostilidad. Son incapaces de tomar decisiones, se muestran inseguras, sumisas y fácilmente pueden reaccionar de manera negativa ante situaciones sociales y presentan problemas de relaciones interpersonales. Podrían ser personas con dificultades en la adaptación al ambiente social, sentirse ineficientes, pesimistas y angustiadas. Pueden tener dificultades para conciliar o mantener el sueño, tienen dificultades para concentrarse, sus respuestas pueden ser exageradas, o de sobresalto, con sentimientos de culpabilidad e inutilidad y en general se aprecia retraimiento social y sensación de peligro constante.

En cuanto a las escalas con menor puntaje en las madres maltratadoras se encuentra la escala de Fuerza del Yo. Esta escala se relaciona con la percepción de fragilidad psicológica, bajos recursos para resolver problemas y con la dificultad para adaptarse adecuadamente a la vida cotidiana, así como con: enojo reprimido, que cuando lo expresan podrían hacerlo de forma iracunda, dificultad para ser asertivas en sus peticiones, dificultad para manejar la presión de su entorno y con un pobre concepto de sí mismas. En general, aún cuando los valores de puntaje T no son significativos estadísticamente en las escalas de Dominancia y Responsabilidad social, se observa una tendencia a disminuir, lo que implica

problemas en su forma de adaptarse al ambiente, con poco control de su entorno. Otro aspecto relevante de señalar es la configuración de la escala de Género Masculino, que tiende a disminuir el puntaje T del instrumento y que se relaciona con actitudes de pasividad, y la aceptación de un rol tradicionalmente asignado por la cultura.

Comparación de Perfiles de Rasgos de Personalidad con Diferentes puntos de Corte

Estudio 3B

Los primeros puntos de corte obtenidos en el primer estudio con la escala de detección de maltrato (EDMM) mostraron un traslapamiento significativo, por lo tanto se procedió a formar perfiles más extremos para una mejor diferenciación entre los dos grupos de madres (maltratadoras y no maltratadoras). Así en un nuevo análisis se consideró que los puntajes de respuesta de la escala EDMM del grupo de madres no maltratadoras serían los que cayeron en el percentil 25 (111-176) o por debajo de dicho percentil, y que los puntajes del grupo de madres maltratadoras serían los que cayeron por arriba del percentil 25 (igual o mayor a 177) (ver Tabla 1A).

En un segundo análisis se consideraron como madres no maltratadoras a aquellas, cuyos puntajes de respuesta en la escala EDMM cayeron en el percentil 25 (111-176) o por debajo del percentil, y en el caso de madres maltratadoras se consideraron los puntajes de las mamás que cayeron por arriba del percentil 50 (242-480) (ver Tabla 1 B).

12.8. Resultados de la muestra con puntuaciones por abajo y por arriba del percentil 25

Como puede verse en la Tabla A con el punto de corte (< 25 >) el tamaño de la muestra quedó con N=200; en cambio, con el punto de corte (<25 y > 50) se

redujo el tamaño de la muestra a N=118, identificando para las madres maltratadoras a sólo 23 de ellas, consideradas por lo tanto como el grupo de madres con un mayor ejercicio del maltrato.

Tabla A. Muestra con puntuaciones por abajo y por arriba del percentil 25

Grupo	(n)	Porcentaje
Madres no maltratadoras	95	47.5%
Madres maltratadoras	105	52.5%
Total	200	100.0%

Respecto al análisis estadístico mediante la prueba t de Student, se encontraron diferencias significativas al nivel de .001 en el grupo de escalas clínicas, Depresión, Histeria Conversiva, Desviación Psicopática, Masculinidad-Femineidad, Paranoia, Esquizofrenia e Introversión Social. Se analizan a continuación los valores de puntaje T del instrumento para cada uno de los grupos de escalas clínicas, de contenido y suplementarias.

Tabla 1A. Perfil de rasgos de personalidad de las escalas clínicas del MMPI-2 de madres maltratadoras y No maltratadoras

(Puntos de corte < 25 >; N=200)

ESCALAS CLÍNICAS	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Depresión (D)	53	10.7	64	14.7	-6.40	.001
Histeria Conversiva (Hi)	53	10.4	58	12.4	-2.73	.001
Desviación Psicopática (Dp)	55	11.1	64	14.1	-3.50	.001
Masculinidad-Femineidad (Mf)	48	10.4	44	9.3	2.16	.02
Paranoia (Pa)	56	9.0	62	12.5	-3.68	.001
Esquizofrenia (Es)	55	11.0	61	14.9	-3.1	.001
Introversión Social (Is)	54	9.0	62	11.3	-5.6	.001

Las escalas clínicas, que se identificaron como estadísticamente significativas, obtienen valores por encima de la media teórica (T= 55) en el grupo de madres

maltratadoras y no así las de las no maltratadoras que solo obtienen la escala de paranoia por encima de este valor ($T=56$). Los elementos de personalidad que prevalecen particularmente en el grupo de madres maltratadoras se relacionan con aspectos de un enojo constante que puede ser dirigido hacia fuera mediante reacciones de irritabilidad, enojo, suspicacia y recelo, poca tolerancia a la frustración y procesado mediante fantasías de agresión puede ser canalizado a través de reacciones impulsivas y de poco control, pero que se reflejan seguramente con elementos depresivos predominantes que tienden a permanecer de manera importante en este grupo de mujeres, por lo que después del maltrato, es probable que experimenten culpa, desesperación, llanto, ansiedad asociado al arrepentimiento. Por lo tanto el estado emocional preponderante de estas mujeres es la depresión como indicador principal de su personalidad, por lo que se puede decir, que se sitúan como un grupo de madres en riesgo, que pueden canalizar la agresión hacia el exterior como dirigirla hacia sí mismas, y solo reaccionar mediante acting out los aspectos del enojo, cuando se sienten ante situaciones de presión y estresantes.

Respecto al puntaje de la media en las madres no maltratadoras, éste hace referencia a elementos de cierta irritabilidad y molestias ante situaciones sociales. Sin embargo, son mujeres, que pueden mostrarse creativas e imaginativas, no se aprecian problemáticas significativas en este grupo, ni pérdida de control sobre sus reacciones emocionales. Por otro lado, tienden a expresar sus lazos afectivos en sus interacciones con las personas (ver anexo V, Figura IA).

Respecto al análisis estadístico mediante la prueba t de Student, se encontraron diferencias significativas al nivel de .01 para las escalas de contenido Cinismo (CIN), Prácticas Antisociales (PAS) y Personalidad tipo A (PTA) y al .001, en cuanto a las escalas de Ansiedad (ANS), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Enojo (ENJ), Baja Autoestima (BAE), Incomodidad Social (ISO), Problemas Familiares (FAM), Dificultad en el trabajo (DTR) y Rechazo al Tratamiento (RTR). Se analizan a continuación los valores de puntaje T del instrumento para cada uno de los grupos, de escalas de contenido:

Tabla 2A. Perfil de rasgos de personalidad de las escalas de contenido del MMPI-2 de madres maltratadoras y No maltratadoras
(Puntos de corte < 25 >; N=200)

ESCALAS DE CONTENIDO	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Ansiedad (ANS)	57	12	63	12.3	- 3.96	.001
Obsesividad (OBS)	53	10.7	61	11.4	-4.40	.001
Depresión (DEP)	57	12.2	65	15.7	-4.71	.001
Enojo (ENJ)	56	11.1	63	12.1	-5.1	.001
Cinismo (CIN)	51	10.2	47	7.4	2.09	.04
Prácticas Antisociales (PAS)	51	9.1	48	8.3	2.3	.02
Personalidad tipo A (PTA)	52.	9.5	54	12.2	-2.38	.03
Baja Autoestima (BAE)	55	11.2	64	13.8	- 5.66	.001
Incomodidad Social (ISO)	53	9.9	57	12.3	-4.14	.001
Problemas Familiares (FAM)	53	10.4	64	12.7	-5.20	.001
Dificultad en el trabajo (DTR)	56	11.1	65	13.6	-5.18	.001
Rechazo al Tratamiento (RTR)	55	10.7	60	12.5	-3.14	.001

Se puede observar que en este grupo de escalas, para las madres maltratadoras las puntuaciones obtenidas se relacionan con problemas que reflejan conductas sintomáticas internas, en donde prevalecen como en el perfil anterior, elementos relacionados con la ansiedad, obsesividad, y la depresión, componentes que se confirmaron en el cuadro (1A) con las escalas clínicas.

Cabe señalar que en las escalas que se relacionan con las conductas sintomáticas externas aparecen como elevaciones las escalas de enojo, cinismo y prácticas antisociales, que se relacionan con los elementos de la escala 6 descrita anteriormente. Clínicamente se percibe a las madres maltratadoras enojadas y molestas ante la vida en general con un bajo concepto de sí mismas. Es posible que sus malestares se encuentren asociados a problemas con los familiares, con

su entorno social, así como con las dificultades para desempeñarse en una actividad, por su constante sensación de incapacidad para obtener logros.

En el caso de las mujeres no maltratadoras, se observan elementos que hacen referencia a conductas sintomáticas internas, como reacciones de ansiedad y depresión, pero que no las incapacita para desarrollarse. Se aprecian también elementos de enojo y cierta insatisfacción de sí mismas. En general no se aprecian dificultades importantes en la percepción de sí mismas, y pueden controlar aspectos de su comportamiento y sus emociones (ver anexo V, figura 1B).

Respecto al análisis estadístico mediante la prueba t de Student, se encontraron diferencias significativas para las escalas suplementarias al nivel de .01 en la escala de Dominancia (Do) y al .001 en las escalas Ansiedad (A), Fuerza del yo (Fyo), Hostilidad reprimida (Hr), Desajuste profesional (Dpr), Género masculino (GM), Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK), Desorden de Estrés postraumático de Schlenger (EPS). Se analizan a continuación los valores de puntaje T del instrumento para cada uno de los grupos, de escalas suplementarias.

Tabla 3A. Perfil de rasgos de personalidad de las escalas suplementarias del MMPI-2 de madres maltratadoras y No maltratadoras
(Puntos de corte < 25 >; N=200)

ESCALAS SUPLEMENTARIAS	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Ansiedad (A)	54	10.7	62	12.6	-4.65	.001
Fuerza del yo (Fyo)	46	10.2	40	11.3	3.42	.001
Hostilidad reprimida (Hr)	49	9.3	45	8.6	2.43	.001
Dominancia (Do)	49	10.3	47	10.5	2.40	.01
Desajuste profesional (Dpr)	55	11.4	65	13.0	-5.94	.001
Género masculino (GM)	45	9.6	41	10.3	3.16	.001
Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK)	56	11.7	64	14.7	- 4.23	.001
Desorden de Estrés postraumático de Schlenger (EPS)	56	9.6	65	14.4	-5.41	.001

El grupo de madres maltratadoras en las escalas suplementarias obtuvieron puntajes por encima de la media teórica en las escalas de Ansiedad (A), Desajuste profesional (Dpr), Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK), Desorden de Estrés postraumático de Schlenger (EPS). Predominando elementos que se relacionan con tensión, ansiedad, dificultades para desarrollar alguna tarea o trabajo, que corroboran los elementos anteriores en las escalas de contenido. Cabe señalar que para este grupo, en el que se identificaron a madres con mayor ejercicio del maltrato, predominan elementos depresivos, de culpa, de constante estrés, con problemas de relaciones interpersonales y con poco dominio sobre el ambiente. Situación que se corrobora por el puntaje bajo obtenido en las escalas de Fuerza del yo (Fyo), Hostilidad reprimida (Hr) y Dominancia (Do), que se relaciona con elementos de fragilidad psicológica, pocos recursos para identificar sus problemas. Pobre control de sus impulsos y de su agresión, así como un reducido manejo del ambiente.

Este grupo de escalas se mantiene dentro del puntaje de la media teórica (T 45-55) en el grupo de madres no maltratadoras. Los descriptores se relacionan con una buena capacidad para el manejo de sus emociones y de su entorno. Aunque se precian un tanto tensas ante el ambiente, considerando que la mayoría son amas de casa y que probablemente ante situaciones de la vida diaria puedan experimentar cierto estrés en relación a sus actividades. Se aprecian buenos recursos para identificar los problemas, pero no así para el dominio de situaciones del ambiente (ver anexo V, Figura 3A).

12.9. Resultados de la muestra con puntuaciones por abajo y por arriba del percentil 50

Con el punto de corte (<25 y > 50) se redujo el tamaño de la muestra a N=118, identificando como madres maltratadoras a sólo 23 de ellas, consideradas por lo tanto como el grupo de madres con un mayor ejercicio del maltrato (Tabla B).

Tabla B. Muestra con puntuaciones por abajo del percentil 25 y por arriba del percentil 50

Grupo	(n)	Porcentaje
No maltrato	95	80.5%
Maltrato	23	19.5%
Total	118	100%

Con el objetivo de determinar cuales escalas marcaron principalmente diferencias entre las escalas del MMPI-2 del grupo de madres maltratadoras y no maltratadoras, se analizaron los datos a partir del punto de corte >50 porque son mujeres que presentaron mayor frecuencia de maltrato en la escala EDMM, por lo que mediante un análisis estadístico obtenido a través de la prueba t de Student, se encontraron diferencias significativas al nivel de .001 en las escalas clínicas de Depresión, Psicastenia e Introversión Social, y al .02 en la escala de Masculinidad-Femineidad. Se analizan a continuación los valores de puntaje T del instrumento para cada una de estas escalas.

Tabla 1B. Escalas clínicas del MMPI-2
Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t

ESCALAS CLÍNICAS	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Depresión (D)	53	9.8	63	13.2	-6.32	.001
Masculinidad-Femineidad (Mf)	48	10.6	42	8.3	2.0	.02
Psicastenia (Pt)	54	10.2	61	13.2	-5.82	.001
Introversión Social (Is)	54	9.0	60	11.2	-5.8	.001

Con respecto al punto de corte más estricto (<25 > 50) se observa que las Escalas Clínicas de Depresión, Psicastenia e Introversión Social son más altas en el grupo de las madres maltratadoras que en las no maltratadoras, y la variable

Masculinidad-Femineidad, tiende a disminuirse de manera significativa más en las maltratadoras que en las no maltratadoras (ver anexo V, en la figura 1B).

Es importante hacer notar que en este grupo sólo quedaron 4 de las 10 escalas del análisis original (ver Fig.1).

Se puede observar que para el grupo de madres maltratadoras las escalas que sobresalen de la media teórica ($T > 55$) son la Depresión, Psicastenia e Introversión Social, y que reflejan problemas importantes que hacen referencia a elementos emocionales que se relacionan con ansiedad, sentimientos de minusvalía, culpa, problemas para reconocer situaciones de conflicto, y particularmente corresponden a un estado de ánimo depresivo, con tono emocional reducido, baja autoestima, lo que explica que posterior a la respuesta de agresión, pueden experimentar importantes sentimientos de culpa. Llama la atención que al ser el grupo de madres que caen en el rango >50 , es decir, las que ejercen mayor maltrato, no predominen elementos de enojo y agresión, ni el resentimiento encontrado en el perfil global, en donde estos elementos se hacen evidentes en el grupo de la muestra total. Estas pautas de conducta no se hacen evidentes probablemente porque se enmascaran a través de la depresión mediante sentimientos negativos que son dirigidos hacia sí mismas, y que explican de manera importante, su frustración al no poder obtener logros, ni direccionar sus metas a conductas propositivas que les gratifiquen. Estos aspectos se hacen evidentes por las respuestas identificadas en la escala de EDMM, donde se aprecian problemas para interaccionar con otros, dificultades para relacionarse con las personas, pues adoptan conductas pasivas al exterior, lo que no sucede en la reacción frente a sus hijos. Por ello solo predominan elementos de la personalidad que se relacionan con depresión y ansiedad en este grupo de madres maltratadoras.

Estas cuatro escalas hacen referencia también a características de personalidad asociadas a problemas emocionales ligados a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, que experimentan posterior a la descarga de enojo. Sin embargo, estos

aspectos también sugieren que el maltrato se relaciona con elementos de emociones contenidas que están asociadas a la hostilidad, el resentimiento, la ira, el enojo contenido, y que pueden llegar a emerger cuanto sienten una gran frustración. En este grupo de madres significativamente maltratadoras predominaron elementos de desajuste probablemente porque son mujeres que experimentan sentimientos de vacío, desesperación e irritabilidad ante la falta de control sobre sus acciones.

Respecto al grupo de madres no maltratadoras, se puede apreciar que en estas escalas no aparecen elementos que identifiquen respuestas depresivas ni de ansiedad. El puntaje T del instrumento refiere que son mujeres que se sienten seguras de sí mismas, que pueden interaccionar con otros, y aunque pueden experimentar cierto nivel de ansiedad, pueden identificar la problemática que les aqueja en la vida cotidiana. Lo que sugiere que son mujeres que pueden poseer mejores estrategias de afrontamiento y resolución de problemas de manera positiva.

Con respecto a las escalas de contenido del MMPI-2 del grupo de madres maltratadoras y no maltratadoras, se analizaron los datos a partir del punto de corte >50 porque son mujeres que presentaron mayor frecuencia de maltrato en la escala EDMM, por lo que mediante un análisis estadístico obtenido a través de la prueba t de Student, se encontraron diferencias significativas al nivel de .001 en las escalas Dificultad en el trabajo, Depresión, Problemas Familiares, Enojo, Baja Autoestima, Obsesividad e Incomodidad Social y al .02 la escala de Prácticas Antisociales y al .04 Cinismo. Se analizan a continuación los valores de puntaje T del instrumento para cada una de estas escalas.

Tabla 2B. Escalas de contenido del MMPI-2
Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t

ESCALAS DE CONTENIDO	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Obsesividad (OBS)	54	9.8	61	11.2	-4.00	.001
Depresión (DEP)	57	12.2	64	14.6	-4.68	.001
Enojo (ENJ)	56	11.1	62	11.1	-5.3	.001
Cinismo (CIN)	51	10.2	47	6.4	2.09	.04
Prácticas Antisociales (PAS)	52	10.1	47	7.3	2.8	.02
Baja Autoestima (BAE)	55	11.0	62	10.8	-5.23	.001
Incomodidad Social (ISO)	53	9.9	59	11.4	-4.42	.001
Problemas Familiares (FAM)	56	12.2	63	11.5	-5.29	.001
Dificultad en el trabajo (DTR)	56	11.4	65	13.7	-5.28	.001

En la tabla 2B se muestran los puntajes de las escalas de contenido del MMPI-2, resaltando de manera importante la elevación de 9 de ellas para el grupo de madres maltratadoras, cuyos valores de puntaje T del instrumento sobrepasan en su mayoría valores de T= 60, en las escalas de Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Enojo (ENJ), Baja Autoestima (BAE), Problemas Familiares (FAM) y Dificultad en el trabajo (DTR). Los puntajes de estas escalas se encuentran en el rango que va de 59-65 (ver anexo V, en la fig. 2 B).

Respecto al área de conductas sintomáticas internas, para las madres maltratadoras, puede apreciarse que dos de las escalas como son obsesividad y depresión, se elevan por encima de la media teórica, y la descripción interpretativa corrobora elementos encontrados en las escalas clínicas (Depresión y Psicastenia) y que se relaciona con la percepción de que la vida es difícil, lo que frecuentemente podría llevarlas a sentirse abrumadas por sus propios pensamientos. Respecto a los sentimientos depresivos pueden mostrar sentimientos de desesperanza, vacío interior y con poca confianza en sí mismas. Se puede apreciar también que son personas pesimistas acerca de que las cosas puedan mejorar. Tienen dificultades para tomar decisiones y tienden a meditar excesivamente acerca de sus asuntos; pueden presentar problemas al tener que

llevar a cabo cambios en su rutina, ya que pueden estresarse abruptamente, además de que tienden a preocuparse en exceso.

En cuanto al área de tendencias agresivas externas en las madres maltratadoras se observa, que únicamente la escala de Enojo (ENJ), se eleva por encima de la media teórica, esto sugiere que podrían ser personas irritables, con dificultades en el control del enojo, impacientes, temperamentales y tercas, con posibilidades de perder el autocontrol y dañar físicamente a los demás.

Respecto a la opinión negativa de sí mismo, la escala de Baja Autoestima (BAE), sobrepasa el nivel de puntaje de la media teórica en las madres maltratadoras y se relaciona con poca confianza en sí mismas, podrían preocuparse demasiado y tener miedo de muchas cosas pudiendo sentirse incapaces e inútiles, susceptibles al rechazo. Su bajo autoconcepto, se relaciona posiblemente con la constante insatisfacción que perciben en sí mismas, y que las incapacita para obtener logros y otros satisfactores, pero que canalizan probablemente mediante la agresión hacia los menores.

Para las madres maltratadoras respecto al área de problemas generales las escalas que resultaron por encima de la media teórica son: Incomodidad Social (ISO), Problemas Familiares (FAM) y Dificultad en el trabajo (DTR) cuyas puntuaciones rebasan la media teórica, encontrando valores de puntaje T que van de 59 a 65. Con base en estas puntuaciones, podría caracterizarse a este grupo, como personas que presentan problemas de interacción tanto familiares como sociales, con dificultades para disfrutar la convivencia. Es posible que puedan manifestar desavenencias y pleitos e incluso podrían llegar a sentir odio por la familia, también pueden ser personas con probables dificultades de adaptación al trabajo que les genera una constante insatisfacción, enojo hacia la vida.

En el caso de las madres no maltratadoras, solo la escala de Depresión sobrepasa la media teórica (T=55), lo que hace referencia probablemente a algunas dificultades para enfrentar o identificar los problemas de la vida cotidiana, y que

puede llevarlas a experimentar cierta incapacidad y enojo (T=56) por no poder resolver las dificultades diarias, y aunque pueden tener mejores estrategias de afrontamiento, también pueden experimentar algunas dificultades para desarrollar el trabajo rutinario de las labores del hogar y conflictos familiares (T=56), pero no representan serios conflictos como los encontrados en el grupo de madres maltratadoras.

Respecto a las escalas suplementarias del MMPI-2 del grupo de madres maltratadoras y no maltratadoras, se analizaron los datos a partir del punto de corte >50 porque son mujeres que presentaron mayor frecuencia de maltrato en la escala EDMM, por lo que mediante un análisis estadístico obtenido a través de la prueba t de Student, se encontraron diferencias significativas al nivel de .001 en las escalas de Ansiedad (A), Fuerza del yo (Fyo), Hostilidad reprimida (Hr), Desajuste profesional (Dpr) y la escala de Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK). Se analizan a continuación los valores de puntaje T del instrumento para cada una de estas escalas.

Tabla 3B. Escalas suplementarias del MMPI-2
Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t

ESCALAS SUPLEMENTARIAS	No maltratadoras		Maltratadoras		t	Sig
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Ansiedad (A)	54	10.7	60	10.6	-4.69	.001
Fuerza del yo (Fyo)	46	10.2	41	10.4	3.22	.001
Hostilidad reprimida (Hr)	49	9.3	43	9.5	2.75	.001
Desajuste profesional (Dpr)	56	12.4	63	10.2	-5.91	.001
Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK)	56	11.7	62	12.7	- 4.56	.001

Por último, y con respecto a la tabla 3 en las escalas suplementarias, puede verse que las medias correspondientes a las variables Ansiedad, Desajuste Profesional y Estrés Postraumático de Keane son escalas con puntaje T más

elevadas en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras. En cambio, en sentido inverso las escalas que se relacionan con recursos psicológicos como es Fuerza del Yo y control de la agresión que se identifica en la escala de Hostilidad reprimida es más elevado el puntaje T en las madres no maltratadoras. Es posible que estos elementos sean indicadores de mayor adaptación en el grupo de madres no maltratadoras que en las maltratadoras. En este grupo de escalas también sobresalen elementos de ansiedad importantes en el grupo de madres maltratadoras y desajuste hacia actividades de tipo profesional, además de que pueden percibirse constantemente nerviosas, con posibles problemas somáticos y preocupación constante acerca de su futuro (ver anexo V, en la fig. 3B).

12.10. Discusión

Cabe mencionar que con la utilización de Puntos de Corte más estrictos (PC25-50), en conjuntos más extremos se pudieron resaltar elementos de los rasgos de personalidad predominantes en el grupo de madres maltratadoras. Lo más importante es la permanencia de congruencia teórica entre los resultados y lo que se espera de estos dos grupos en cuanto a las características de personalidad diferentes con respecto al maltrato/no maltrato.

Por lo que se considera que desde la perspectiva de la parsimonia los resultados de los perfiles derivados con los PC más estrictos (>50) reflejan de manera más precisa los elementos de personalidad predominantes en el grupo de madres que ejercen con mayor frecuencia el maltrato identificado a partir de la escala de EDMM.

Podría señalarse entonces, que el hecho de que una madre presente estas características de personalidad, constituye un factor de riesgo que ante frustraciones pudiera causarles desesperación, ansiedad y sensación de catastrofismo, lo cual podría repercutir en acciones de maltrato ya sea físico y/o emocional como ha sido señalado por diversos autores (Azar, Robinson, Hekimyan y Twentyman, 1984; Bowlby, 1985). Por lo general el maltrato físico va

acompañado del emocional y viceversa sobre todo cuando la valoración del evento se magnifica. Milner y Wimberley (1980) señalan que las madres maltratadoras no son capaces de diferenciar entre situaciones de la vida que son difíciles de las que son fáciles de resolver, porque para ellas todo es complejo y complicado, como lo encontrado en el análisis de este grupo. Ampudia y Delgado (2002); Brown, Cohen, Johnson y Salzinger (1998) y Tajima (2000) refieren que la ansiedad es una señal de alarma ante un peligro real o fantaseado, en madres maltratadoras la ansiedad ante un problema de la vida cotidiana podría implicar la vivencia de una situación estresante, y como recurso a su desesperación, podrían ejercer maltrato emocional propiciando culpa en los hijos.

Las madres no necesariamente desean maltratar a los hijos, el maltrato puede ser una respuesta consecuente ante situaciones de estrés y/o ansiedad generadas por los hijos, o que ellas viven o interpretan como una gran frustración, lo que les podría generar gran ansiedad la cual podría transformarse en expresiones de conducta iracunda, y como opción de salida ante esta situación emocional desbordante, entonces podrían recurrir al maltrato repitiéndose el ciclo una y otra vez.

Como se ha mencionado, las madres ante situaciones de frustración podrían expresar ansiedad y desesperación, que se transforman en expresiones de conducta iracunda y, consecuentemente en maltrato infantil. Lo anterior puede ser el resultado de las características de personalidad, que en combinación con elementos socioculturales potencializan el maltrato. Como ejemplos se tienen los siguientes casos: de ser madre y no desear a su hijo (Corse, Schmidt y Tickett, 1990), problemas de conducta de los hijos en la escuela (Mammen, Kolko y Pilkonis, 2002), déficit en las técnicas de crianza (Banyard 1997 y Cohen,1995), conducta de oposición de los hijos (Duggan, Fuddy, MacFarlane, Burrell, Windham, Higman y Sia, 2004), vivencia de las dificultades de la vida cotidiana como catastróficas (Barkley,1997), dificultad para supervisar a sus hijos y saber cuando se encuentran en situaciones de necesidad o ayuda (Wiehe, 2003),

dificultad para ser afectivas con los hijos (Torres, 2001), incapacidad para detener la reacción hostil que las hace vulnerables ante situaciones de frustración y dificultades para salir adelante, entre otros aspectos más.

La madre maltratadora ejerce el maltrato de forma constante, no es un caso fortuito o al azar.

XIII. DISCUSIÓN GENERAL

Al dar cumplimiento a los objetivos centrales de la presente investigación, dentro de los resultados que se obtuvieron al analizar la comparación de los perfiles de rasgos de personalidad del grupo de madres maltratadoras y de no maltratadoras, se destaca como uno de los principales hallazgos que, de manera consistente en los diferentes estudios realizados para esta investigación, en el grupo de madres maltratadoras se presentan características de personalidad asociadas con la depresión, histeria, conducta psicopática e importantes elementos asociados a conducta paranoide. De igual manera, se encuentran importantes elementos de personalidad esquizoide e introversión social.

Se observó en los perfiles generados por las escalas de contenido que se corroboran elementos de personalidad asociados a respuestas de ansiedad, depresión, enojo, baja autoestima, problemas familiares y dificultad en el trabajo. Respecto a los procesos adaptativos, se pueden observar en las escalas suplementarias elementos de desajuste profesional y problemas de desorden de estrés postraumático.

Debido a lo anterior, con base en el perfil generado por el grupo de madres maltratadoras, se podría inferir que, bajo circunstancias de desesperación ante problemas de la vida cotidiana, estos rasgos de personalidad pudieran convertirse en factores de riesgo para el maltrato hacia los hijos, ya que de acuerdo a la interpretación clínica referida por , Butcher (2001), Lucio (1994) y Lucio y León (2003), el perfil muestra que podrían ser personas que presentan dificultades para controlar sus impulsos y enojos, podrían tornarse irritables presentando conducta de acting out y después tener sentimientos de culpa y remordimiento; en este sentido, la irritabilidad las puede llevar a responder exageradamente ante un conflicto con el niño y debido a ese fracaso en el control de impulsos maltratar a sus hijos como lo refieren Bauer y Twentyman (1985). En esta misma línea se concuerda con Calam, Bolton, Barrowclough y Roberts (2002) y Rohrbeck y

Twentyman (1986) quienes consideran que la madre en la expresión de su ira, puede hacer uso del golpe, como respuesta motora inmediata, o de un insulto, y al mismo tiempo no permitir el espacio necesario para que los niños procesen la solución a un problema, frenando la actividad sin dialogar y aplicando el castigo. Por lo tanto, la expresión de ira de la madre podría estar relacionada con aquellas experiencias difíciles de maltrato ya sea física y/o emocionalmente que tuvieron en su infancia, como es señalado por DiLillo, Tremblay, Peterson y Lizzete (2000) y Téllez (1995).

Courtois (1988); Dopke y Milner (2000); Scott y Day (1996), consideran que la ira es un elemento de la personalidad que se consolidó en el desarrollo de las madres maltratadoras debido a los maltratos que éstas recibieron durante su infancia. Douglas (2000), Frías (2002), Rosenstein (1995) y Wiehe (2003) hablan de los efectos a largo plazo en mujeres que han sido maltratadas por sus padres durante su infancia e identificó que los efectos directos de la violencia causan depresión, ansiedad y conducta antisocial. En consecuencia, las manifestaciones de actitudes iracundas podrían ser resultado del aprendizaje en su historia de maltrato pero en determinado momento podría volverse patológico en la magnitud de su expresión. La ira por lo tanto, puede ser una forma de respuesta ante la percepción de que los hijos se salen del control de la madre cuando sienten que no la obedecen. Kinard y Milling (2001); Koenig, Cicchetti y Rogosch (2000) y Polusny y Follette (1995) consideran que las madres que maltratan a sus hijos, lo hacen con el fin de establecer el control sobre la situación, sin embargo esto incrementa la dificultad para mejorar las formas de comunicación y de ser empáticas con los menores, esto se corrobora con los resultados encontrados en el grupo de madres maltratadoras del presente estudio.

Cuando la conducta de la madre se vuelve una manifestación de patología y actúa impulsivamente ante la mínima frustración, recurre al maltrato sin importar las consecuencias. De acuerdo con Windham, Rosenberg, Fuddy, McFarlane, Sia y Duggan (2004), podría considerarse clínicamente que se trata de una madre con

diagnóstico de limítrofe o borderline. En la presente investigación no se puede confirmar este diagnóstico, pero sí se puede señalar que el grupo de madres maltratadoras presentan importantes problemas psicológicos que se infieren por las elevaciones de algunas escalas (Desviación psicopática, Paranoia y Esquizofrenia).

Otros aspectos a considerar en la interpretación clínica del perfil de rasgos de personalidad de las madres maltratadoras, consisten en que podrían presentar dificultades en cuanto a las normas y valores sociales, tener pobre opinión de sí mismas, e inclinación a manipular a los demás, lo cual podría causar resentimiento en sus relaciones a largo plazo; podrían ser cohibidas y estar insatisfechas consigo mismas (Balge y Milner, 2000; Sidebotham y Heron, 2003), así como ser pasivo-dependientes y con dificultades para confiar en la gente (Eyberg y Boggs, 1998; Fraser, Armstrong, Morris y Dadds, 2000). Pueden ser madres que poseen pocos recursos psicológicos, por lo tanto es difícil su adaptación a las circunstancias y sienten que la vida les abruma la mayor parte del tiempo. Estos elementos podrían estar asociados con lo que expresan Belsky (1993) y Milner y Wimberley (1980) al referir que las madres maltratadoras presentan baja autoestima, en comparación con las madres sin problema de maltrato, y mayor incongruencia entre la forma en que se perciben a sí mismas y lo que perciben como valioso de sus hijos.

Por su parte, Banyard (1997) y Cohen (1995) señalan que la difícil adaptación de las madres ante situaciones de estrés y ante situaciones de la vida cotidiana, las lleva a tener dificultades para encontrar alternativas de solución viables. Estos aspectos pueden ser elementos base para convertirse en factores de riesgo y, como consecuencia, llevarlas a recurrir al maltrato por sentir que no existe otra alternativa de solución. Según Duggan, Fuddy, MacFarlane, Burrell, Windham, Higman y Sia (2004); Lenton (1990) y Megargee, Merecer y Carbonell (1999); las madres maltratadoras presentan déficit en las técnicas de crianza y hostilidad reprimida. Les es difícil saber manejar la conducta de oposición u opositorista

que presentan los hijos ya que les genera gran frustración y socialmente, aunque casi todas las teorías coinciden en que la agresión es intencionada, no existe consenso sobre los fines del por qué los agresores tratan de dañar a otros individuos (Berkowitz, 1996).

Resulta importante señalar que, en el perfil de las madres maltratadoras obtenido en la presente investigación, la conducta de maltrato infantil, en principio, podría considerarse como una respuesta ante una situación de desesperación. Sin embargo, si se considera a la estructura de la personalidad de acuerdo a Allport (1984) como un conjunto de rasgos que pueden estar comprometidos en varias conductas y pueden manifestarse como predisposiciones a actuar de cierta manera, una forma de ser y de expresarse en el mundo; entonces, podría pensarse que de la estructura de personalidad depende todo (Catell, 1965 y Tyler, 1975), ya que se podría predecir lo que una persona podría hacer ante determinada situación. Sin embargo, los rasgos de personalidad no determinan únicamente, el que una madre se pueda convertir en maltratadora. Los rasgos de personalidad marcan pautas de comportamiento, pero existen factores de riesgo psicosocioculturales que en combinación hacen que el maltrato se potencialice.

Entre los factores socioculturales que se han señalado para potencializar el maltrato hacia los hijos se encuentran: la historia de maltrato de las madres (McMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Wals, Wong, y Beardslee, 2001), abuso sexual (Balge y Milner, 2000), aislamiento social, desempleo y pobreza (Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner, 2000), ser madre adolescente (Benedict, White y Cornely, 1985), abuso de drogas (Albert, Klein, Noble, Zahand y Holtby, 2000), minusvalía del niño (McGuigan y Pratt, 2001), no desear ser madre (Chodorow, 1984), que la tarea del maternaje no sea del interés de la madre (Lamas, 1992), que la sociedad pueda considerar como algo antinatural el que la mujer no tenga el deseo de tener hijos (Hyde, 1995), entre otros más.

El maltrato por lo tanto es un continuo, no es un aspecto del todo o nada en el sentido de que la conducta de maltrato se presenta de forma constante en cualquiera de sus formas y estilos. Ahora bien, en la medida que se suman los factores de riesgo pueden actuar con mayor o menor influencia, cuando se combinan sus fuerzas, su efecto se multiplica y la aparición de maltrato se potencializa.

En la presente investigación, respecto al perfil de rasgos de personalidad del grupo de madres no maltratadoras, no se aprecian elementos de problemas psicológicos significativos en las escalas clínicas, de contenido y suplementarias, porque los puntajes "T" se encuentran principalmente en la zona que indica normalidad, y en algunos casos en una zona de riesgo, pero no son tan elevados como para indicar patología, como se observó en algunas de las escalas del grupo de madres maltratadoras.

Por lo tanto, con base en lo señalado por; Butcher (2001), Lucio (1994) y Lucio y León (2003) el perfil de las madres que no maltratan a sus hijos, indica que son mujeres que podrían ajustarse a intereses tradicionales femeninos, ya que en general asumen el rol de esposa y ama de casa, aunque esto conlleva algunas veces respuestas de poca satisfacción respecto a ellas mismas.

Sin embargo, estas madres no maltratadoras pueden mostrarse confiables, convencionales con las normas y con ciertas habilidades sociales, actitudes que podrían expresar una capacidad de adaptación. Parece ser que estas madres pueden mostrar mayor equilibrio interno, por lo cual se infiere que podrían utilizar mecanismos de afrontamiento adecuados para resolver problemas de la vida cotidiana. Esto no implica que sean madres que nunca se enojen o molesten y que, en determinado momento no pudieran maltratar a sus hijos, sin embargo, podría inferirse que estas madres tienen mayor capacidad de adaptación porque presentan mecanismos de afrontamiento y recursos psicológicos que les permiten resolver conflictos.

Un aspecto a considerar es que la muestra de madres maltratadoras y no maltratadoras quedó estadísticamente igualada en la mayoría de sus variables sociodemográficas: lugar de nacimiento, estado civil y ocupación; sólo en la variable escolaridad se produjeron diferencias estadísticamente significativas, como ha sido señalado por Lucio y León, (2005), quienes refieren que la escolaridad es una variable importante con respecto al MMPI-2. El maltrato puede ejercerse en diferentes niveles sociales y con diferentes grados de escolaridad, de tal forma que puede maltratar tanto el analfabeta como el que tiene un grado de doctor. En la presente investigación se encontró que el grupo de madres maltratadoras mostró tener mayor escolaridad que el de las madres no maltratadoras. Con base en estos resultados, Margolin y Larson (1988) consideran que el maltrato emocional se asocia más a niveles de escolaridad superior, en cambio el maltrato físico con un nivel de escolaridad bajo. Al revisar trabajos como los de Konstantarea y Desbois (2001); Kotch, Browne, Dufort y Winsor (1999), donde la escolaridad no es considerada como factor de riesgo de gran influencia para el maltrato infantil, y sí otorgan mayor relevancia a aspectos como ansiedad, rasgos de depresión, fallas en el establecimiento del vínculo afectivo, altos estresores cotidianos y bajo apoyo social, como elementos de mayor influencia para realizar el maltrato infantil. De acuerdo a los estudios de Mullick, Miller y Jacobsen (2001) el nivel de escolaridad no está asociado a la capacidad de insight, ni de empatía y estos dos aspectos son factores importantes de protección contra el maltrato infantil. Lo que sí es importante, es que según Lahey, Russo, Walter y Piacentini (1989) la ignorancia respecto a la secuencia del desarrollo cognoscitivo y emocional de los hijos, es otro factor de riesgo para el maltrato infantil y esto aunado a las creencias familiares, comentarios o sugerencias de las personas que le rodean, aumenta la tendencia al maltrato. De la misma manera, Balge y Milner (2000) consideran que el nivel de escolaridad por sí misma puede no ser factor de riesgo, pero cuando se combina con otros elementos entonces se potencializa la aparición del maltrato infantil. Por otra parte Salvatierra (1989) y Lamas (1992) dan mayor relevancia a la actitud respecto a la maternidad, protección y crianza del hijo.

Otro de los objetivos centrales de esta investigación fue la elaboración, el desarrollo y validación psicométrica de un instrumento como la escala para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente (EDMM), la cual mostró criterios de validez y confiabilidad para detectar la frecuencia de maltrato. Esto es particularmente importante por la complejidad del problema y el poco conocimiento empírico existente en México, dado que no se encontraron referencias específicas para la medición de este tipo de comportamiento de las madres con relación a sus hijos y, como lo señala Aguilera (1997), el problema del maltrato al menor es un problema social, conocido por todos y sobre el cual se ha escrito mucho en forma general, pero en México no existen trabajos suficientemente documentados que permitan valorar la magnitud del problema. La escasez de los estudios, en donde se aborde de forma sistemática esta problemática del maltrato extremo y del maltrato cotidiano se hace alarmante, a pesar de ser un fenómeno que se presenta frecuentemente. De ahí la relevancia de este estudio, debido a que en México, por la escasez de investigación sobre madres maltratadoras, no se proporcionan datos específicos que permitan establecer un perfil psicológico del agresor, el que en determinados momentos y circunstancias puede pasar de un maltrato cotidiano a uno extremo, dañando emocional y/o físicamente a los hijos.

Entre los hallazgos relevantes de la escala EDMM se pudieron detectar 6 factores asociados al maltrato, los cuales son: maltrato verbal, maltrato emocional, maltrato por frustración, maltrato por imposición, maltrato demandante y maltrato autoritario. La escala en su primera versión aborda sólo algunos aspectos de la amplia gama de estilos y formas de maltrato que realizan las madres y que según Duggan, Fuddy, MacFarlane, Burrell, Windham, Higman y Sia (2004); y Lenton (1990), esa amplia gama de estilos de maltrato tiene que ver principalmente con el déficit en las técnicas de crianza. Al no saber manejar la conducta de oposición u opositora que presentan los hijos, en consecuencia podrían tornarse abusivas o negligentes, centrando su atención en las cosas negativas, sin prestar atención

a los problemas de sus hijos, y mostrando distanciamiento en la relación afectiva con ellos (Kinard y Milling, 2001).

Por otro lado, los resultados del Análisis Factorial de los dos grupos, (madres maltratadoras y no maltratadoras) muestran que se encuentran presentes el maltrato físico y el verbal, ejecutándolo principalmente las madres maltratadoras por la vía del autoritarismo y la manipulación, presentándose como factores disparadores para el maltrato, la desobediencia de los menores versus la frustración de las madres.

Sin embargo, la frecuencia de maltrato sí difiere entre los grupos de madres que ejercen el maltrato de forma extrema. Y si bien, no se puede establecer que otros investigadores encontrarán los mismos aspectos porque no se ha utilizado una escala de medición similar; sí se puede afirmar que en las madres maltratadoras se presentan pautas de conducta asociadas al autoritarismo, manipulación, desobediencia y frustración como ha sido reportado en los estudios de Azaola, (2001); Berkowitz, (1996); Kotch, Browne, Dufort, y Winsor, (1999); Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivara, (2000); Pedreira, (2003); Simón, López, y Linaza, (2000).

Debe destacarse que, si bien es cierto fue posible identificar un Perfil de Rasgos de Personalidad característico de las madres maltratadoras diferente al de las madres no maltratadoras, el instrumento para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente (EDMM), mostró tener un poder discriminativo del 85%, arrojando no obstante, conocimientos de especial relevancia tales como, el hecho de que no existen madres maltratadoras y no maltratadoras (en sentido absoluto), por el contrario el maltrato pareciera ser que se distribuye a lo largo de un continuo en la parte de la curva correspondiente al maltrato (tomando como base una curva de Gause), en donde en el centro de la curva se agrupan el mayor número de madres. Lo más importante es que estas madres, tanto maltratadoras como no maltratadoras, ambos grupos, llegan a ejercer de alguna manera el maltrato llamado “medio” o “cotidiano”, por lo general en forma de gritos y regaños

(maltrato verbal). Así, conforme se avanza hacia la derecha de la curva, se incrementa la frecuencia y cambia el tipo de maltrato; se pasa de “gritos” y “regañones” a “insultos” y uso de “malas palabras”, hasta llegar a combinarse con “maltrato físico” que va, de jalones y empujones hasta los golpes.

Debe aclararse que a medida que se incrementa la frecuencia del maltrato emocional y físico, es posible que se incremente la intensidad del maltrato (Konstantarea y Desbois, 2001); aspecto que no se evaluó en la presente investigación. No obstante, podría considerarse que cuando la ira interna aumenta en una madre, su contención es difícil, y probablemente la magnitud del maltrato pueda convertirse en la expresión del maltrato extremo o severo (Parra, 1994), así el maltrato puede llegar a causar lesiones que atentan contra la integridad física de los niños incluyendo la muerte misma. Su detección y tratamiento (alta frecuencia y magnitud) cae dentro del rango patológico de la personalidad (Simón, López y Linaza, 2000) y forma parte de la competencia de la Psiquiatría y de la Psicología clínica.

En este sentido, como lo refieren Briere y Runtz (1990); Fendrich, Warner y Weissman (1990); Wipple y Webster (1991) podría considerarse que las madres maltratadoras, en la medida que les atribuyen a sus hijos características negativas e intenciones malévolas, potencializan el maltrato; pues estos elementos, así como el de depositar en los hijos sus propias dificultades en las relaciones afectivas, debido a que tienen la impresión de que el niño es la causa de todos sus problemas, pueden considerarse como factores de riesgo del maltrato infantil severo. En la medida que la distorsión sobre la percepción de la conducta negativa de los hijos aumenta, también puede aumentar la frecuencia y/o intensidad del maltrato.

De ahí que la escala para detectar a madres que maltratan ya sea física y/o emocionalmente (EDMM) pueda considerarse en su primer intento de validación y confiabilidad como un instrumento que puede ayudar a realizar un diagnóstico prescriptivo de estas madres.

Por otra parte hay que destacar, que si bien es cierto que fue posible obtener un Perfil de Rasgos de Personalidad característico de las madres maltratadoras, diferente de las no maltratadoras, también se pudo observar en el proceso que se siguió para dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación, que no existen madres que no maltraten al 100%, pero entonces ¿por qué la clasificación de madres maltratadoras y madres no maltratadoras?

Partiendo de la base de que el instrumento (EDMM) permite discriminar a las madres maltratadoras de las no maltratadoras, se realizaron diferentes puntos de corte tomando como acuerdo que las madres cuyas puntuaciones cayeran en el percentil <25> se les consideró como no maltratadoras y a las puntuaciones del percentil (<50) o mayor a este rango se le nombró maltratadoras, esta es una forma de responder a la pregunta anterior. Por otra parte los resultados permitieron la elaboración de los respectivos perfiles de rasgos de personalidad, con lo cual se pudo observar que con el punto de corte más estricto (> 50), sólo un poco menos de una cuarta parte (23%) de las madres que se asumían maltratadoras lo eran o bien, eran las más maltratadoras del grupo, sin llegar al maltrato severo extremo.

Los resultados son interesantes porque después de aplicar el MMPI-2 y la escala EDMM a los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras, utilizando diferentes puntos de corte (PC-25 y PC25-50) ambos grupos no muestran patología severa; sin embargo las madres maltratadoras, cuando los puntos de corte se hacen más estrictos (>50), el perfil obtenido con puntos de corte por arriba y por abajo del percentil <25> es prácticamente el mismo para el grupo de madres maltratadoras que se obtuvo en el análisis de correspondencias y el mismo que el del análisis original. Sin embargo, en este perfil no aparecen algunas escalas como Hipocondriasis e Hipomanía. Y al analizar los datos con un punto de corte más estricto (>50) se detectó que los puntajes de la media de las Escalas Clínicas: Depresión, Psicastenia e Introversión Social son más elevados

en el grupo de las madres maltratadoras que en las no maltratadoras, con excepción de la variable Masculinidad-Femineidad que fue la escala con menor puntaje en ambos grupos, aspecto relacionado principalmente con el tipo de conductas tradicionalistas respecto de los valores y forma rutinaria de conducirse en la vida.

Es importante hacer notar que el perfil de personalidad de las 23 madres que obtuvieron mayor puntaje de maltrato en la escala (EDMM), mostró elementos ligados a la ansiedad, tensión, nerviosismo, depresión, preocupaciones excesivas, reacción exagerada hacia los problemas antes de que ocurran, incluso a las tensiones menores como si se tratara de catástrofes mayores o bien la sensación de impotencia para poder resolver la situación. Son personas que podrían caracterizarse por la necesidad de reconocimiento y por esperar mucho, tanto de sí mismas como de los demás; podrían ser excesivamente moralistas, de ahí que la madre maltratadora no necesariamente sea una persona malvada, pero sí cuenta con elementos para ser considerada ansiosa-depresiva. En este sentido, la línea de tratamiento terapéutico puede enfocarse en estos aspectos; a diferencia de los casos individuales y extremos en los que se detecten rasgos sociopáticos, en cuyo caso el abordaje es completamente diferente. Explorando desde luego, si la madre se asume como maltratadora.

Es importante puntualizar que en un inicio, en la presente investigación, las madres se clasificaron como maltratadoras por ser “casos de maltrato oficialmente documentados” (Belsky, 1993), debido a que provienen de instituciones donde previamente las habían evaluado y considerado como personas que ejercían el maltrato hacia sus hijos. En sentido clínico, se consideraron maltratadoras por solicitar tratamiento para dejar de maltratar a sus hijos, además durante la entrevista clínica expresaron la frecuencia y forma de maltrato ya fuera físico y/o emocional. Finalmente, al obtener el perfil de rasgos de personalidad se muestran diferencias con el grupo de madres no maltratadoras.

De la misma manera, las madres que se clasificaron como no maltratadoras correspondían a “no ser casos de maltrato oficialmente documentados”. En sentido clínico, se clasificaron como madres no maltratadoras por no solicitar tratamiento para el maltrato, y durante la entrevista clínica mencionaron no maltratar a sus hijos. Cabe señalar, sin embargo, que en el transcurso de la investigación algunas de estas madres resultaron ser maltratadoras, esto se observó a través del análisis discriminante de la escala EDMM y las puntuaciones obtenidas en dicha escala. Aproximadamente entre el 10% y 15% resultaron ser madres maltratadoras, ya que sus puntuaciones cayeron en este rango. Sin embargo, estos aspectos no son reconocidos por estas madres, no se tienen concientes.

Por otro lado, en relación a la frecuencia de maltrato de las madres consideradas como maltratadoras, la mayoría de sus puntuaciones en la escala EDMM cae en los rubros de “a veces” y “casi siempre”, mientras que en el grupo de las consideradas como no maltratadoras en los rubros de “nunca” y “a veces”. Con base en estos resultados se afirma que la percepción o la autocalificación de “madre maltratadora” y “madre no maltratadora” puede no corresponder a la realidad y se sugieren nuevos estudios en los que se relacione el maltrato con otras variables.

Respecto al **análisis de correspondencias** con el propósito de determinar la fuerza de influencia o carga factorial de los rasgos de personalidad de las escalas clínicas del MMPI-2, que más influencia presentan en la caracterización de los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras, se realizó el análisis de correspondencias de las escalas clínicas de ambos grupos y se logró extraer relaciones entre categorías y similitudes y disimilitudes entre los rasgos de personalidad, lo que permitió el agrupamiento de las variables de estudio y todo esto quedó plasmado en un espacio dimensional de escasas variables sintéticas o factores caracterizados por sus cargas o pesos factoriales, que pueden ser interpretados o nombrados. Se observó que los pesos factoriales de las escalas

clínicas que mostraron mayor grado de influencia en el grupo de madres maltratadoras, se asociaron a rasgos de personalidad identificados en las escalas de Desviación Psicopática; Depresión; Psicastenia; Esquizofrenia y la escala de Histeria. Y en el caso de las madres no maltratadoras están asociados a las escalas de Paranoia e Introversión Social, así como también a la escala de Masculinidad – Femeineidad.

En este sentido, Dicaprio (1985); Liebert (2000) y Pervin (1999) señalan que cuando se estudia la personalidad de un sujeto se busca hipotéticamente conocer la totalidad de la persona, cómo funciona un individuo, cómo difiere en las percepciones e interpretaciones en relación con los demás. Cómo son las diferencias y similitudes que permiten al sujeto comprender la vida y de actuar ante ella de forma diferenciada. El estudio de la personalidad no sólo se centra en los procesos psicológicos, sino también en las relaciones entre éstos.

Otro aspecto importante que llama la atención, encontrado en la presente investigación a través de las respuestas al “Formato Guía para conocer la historia del maltrato sufrido por las madres y del maltrato que ellas ejercen o pudieran ejercer sobre sus hijos”, consiste en que las madres maltratadoras refieren haber sido maltratadas principalmente por sus madres, y que la mayoría no fueron deseadas por sus padres (maltrato prenatal, Ross, 1996). Fueron víctimas de maltrato en su infancia por sus padres, sufrieron acoso y/o abuso sexual en su mayoría durante su infancia, y cuando ellas ya fueron madres repitieron en parte su historia. Sin embargo, sí expresan y desean no ejercer el maltrato a sus hijos, aunque vivieron con enojo y tristeza el embarazo. Algunas consideran que su tristeza duró algunos meses después del nacimiento de sus hijos, y por ello no les fue fácil adaptarse a la nueva condición de ser madres.

Sólo en cinco de los casos fueron abandonadas por la pareja cuando se enteraron de que estaban embarazadas. Aunque la mayoría se siente culpable al maltratar a sus hijos y les piden disculpas frecuentemente por ello, vuelven a repetir el

maltrato. Mencionan que no les es posible detenerse en esos momentos, por lo que el maltrato se reduce hasta que baja su enojo. Sólo en algunos casos han deseado en determinado momento la muerte de sus hijos maltratados, pero no así de los hijos que no maltratan. Les es molesto que sus hijos les requieran o soliciten algo; la mayoría pierde el control ante el enojo o frustración frente a sus hijos; algunas de ellas han buscado provocar situaciones que justifiquen el maltratar a sus hijos. Suelen maltratar a sus hijos principalmente con jalones, golpes con la mano o con algún objeto como un cinturón. Suelen insultar, chantajear, humillar, culpar, dejar de hablar y rechazar a los menores, y algunas refieren frases tales como *“para que nació”*, o *“tu no debiste haber nacido”*.

Son madres que ejercen el maltrato a través del castigo, no permitiendo jugar al niño con el objeto o juguete que más le gusta, por ejemplo. El comportamiento que no toleran de sus hijos es que no las escuchen, no obedezcan, que sean voluntariosos y que lloren. Que no hagan lo que ellas les indican, que no reconozcan sus esfuerzos cuando se preocupan por sus alimentos y ropa, por ejemplo, que las ignoren y, en algunos casos, estas madres expresan que simplemente la presencia de su hijo les molesta, entre otros aspectos más.

En relación a las madres no maltratadoras y sus respuestas al “Formato Guía para conocer la historia del maltrato sufrido por las madres y del maltrato que ellas ejercen o pudieran ejercer sobre sus hijos”, es de llamar la atención que algunas de estas madres, también fueron maltratadas por la madre y el padre. En su mayoría consideran que sí fue deseado su nacimiento, y ahora que son madres sólo unas cuantas no deseaban tener a sus hijos. Sin embargo, al verlos nacer les fue más fácil aceptarlos y quererlos. En este grupo de madres, en cinco de los casos también se presentaron intentos para impedir el nacimiento de sus hijos mediante el aborto. En algunos casos expresan haber experimentado sentimientos de no saber que hacer con el hijo y sensaciones de depresión post parto pero que pasaron con el transcurrir de los días.

Algunas de las madres no maltratadoras refieren que cuando castigan a sus hijos sienten culpa, pero de manera general en este grupo, no se aprecia en ellas esa sensación destructiva. Cuando han llegado a maltratar a alguno de sus hijos sus esposos reaccionan diciéndoles que no se violenten y consuelan a sus hijos. Sólo algunas de ellas (10 casos) pierden el control sobre sí mismas cuando se enojan y no se pueden detener, tal pérdida de control consideran se debe a la angustia y desesperación, e impotencia o al deseo por tener todo en orden y que las cosas no se salgan de control, por lo que recurren a los chantajes como una forma de disciplinar a los hijos, quitándoles lo que más les gusta.

Logran controlarse sobre todo cuando sus hijos les piden algo. Cuando llegan a golpear a los hijos, es porque no cumplen con sus expectativas y lo explican como una forma de educar. El comportamiento que no toleran de sus hijos, al igual que las madres maltratadoras, es que no las escuchen, no obedezcan, y que sean voluntariosos. Lo que les molesta de sus hijos es que no hacen las cosas como se deben hacer. Las madres no maltratadoras piden disculpas a sus hijos en caso de que los hayan maltratado. En ellas no se aprecia el provocar situaciones que justifiquen el maltrato a los hijos. La mayoría de estas madres utilizan las amenazas para corregir a los hijos, y poco utilizan los insultos.

Con base en lo anterior, se podría inferir que las madres no maltratadoras, también enfrentan algunos de los problemas de la vida cotidiana en la familia como las llamadas “madres maltratadoras”. Sin embargo, las madres no maltratadoras presentan otros recursos tales como mayor tolerancia a la frustración, mejor manejo de su impulsividad, la capacidad para pensar que sus hijos no las desean dañar, que son latosos pero que esto es parte de la conducta de los niños, y tienen mejores estrategias de afrontamiento de los problemas; pero también hay que considerar que aproximadamente un 15% de estas madres consideradas como no maltratadoras cayeron en el rango de maltrato y que pueden maltratar y no darse cuenta o no estar conscientes de que realizan daño a sus hijos.

Ahora bien, al observar las respuestas al “Formato Guía para conocer la historia del maltrato sufrido por las madres y del maltrato que ellas ejercen o pudieran ejercer sobre sus hijos”, del grupo de madres maltratadoras en relación con el grupo de las no maltratadoras, se aprecia que las primeras muestran evidencia de pautas de conducta asociadas a la violencia, agresión, y problemas de adaptación, no encontrados en tal magnitud en el grupo de las madres no maltratadoras y que se confirma la repetición de estas pautas de conducta en el ciclo de maltrato hacia los hijos y que coinciden en sentido general en la presente investigación en cuanto a las características reportadas por los estudios de Casado, Díaz y Martínez (1997); Chaffin, Kelleher y Hollenberg (1996); Kelleher, Chaffin, Hollenberg y Fischer (1994); Kotch, Browne, Dufort y Winsor (1999); Pedreira (2003); Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivara (2000); quienes consideran que las madres maltratadoras pueden presentar características asociadas a la agresividad, impulsividad, dificultades maritales, dificultad en hacer y mantener amistades, fuertes dificultades familiares, baja tolerancia a la frustración, dificultad de expresión, angustia, conductas regresivas, “acting out”, trasgresión de los límites de sus hijos, falta de empatía con sus hijos, elevadas expectativas en relación a los mismos, perfeccionismo, exigencia, devaluación de las tareas escolares de sus hijos, y escasas habilidades para resolver conflictos de la vida cotidiana.

En la presente investigación respecto a las madres maltratadoras y no maltratadoras, de acuerdo al modelo sociológico que plantean Tolan y Guerra (1994), la violencia es el resultado de problemáticas sociales no resueltas en las familias, en situaciones de estrés, enfermedad, drogas, desempleo, dificultades económicas, hacinamientos, problemas matrimoniales, problemas legales, etc. Sin embargo, este mismo modelo considera que no hay un sólo factor que explique gran parte de la varianza del por qué de la agresión, ni tampoco se sabe quién en un futuro será violento ya que, según Eron, Gentry y Schelegel (1994), la violencia es una conducta multideterminada que se desarrolla y está influida en todos los niveles, por factores del desarrollo, de personalidad y también por las diferencias

individuales. Aunado a estos aspectos, como lo señala Lamas (1992), hay que considerar que el hecho de ser biológicamente mujer no es una garantía de ser una buena madre. Se puede llevar a cabo una crianza impecable, traer al niño limpio, llevarlo a la escuela, darle atención médica, etc. Pero entre los aspectos primordiales para un buen maternaje se encuentran la presencia de los sentimientos y de la voluntad de las mujeres para tener hijos, es decir que ellas decidan si quieren tener hijos, cuántos y el momento más adecuado para ello, así como el estar conscientes del por qué y para qué tenerlos. Lo anterior aunado a un proceso de cambio social, en el que una madre en esta cultura, pueda tener la posibilidad de expresar abiertamente sus sentimientos negativos, como la cólera, el resentimiento y la hostilidad, y no necesariamente tengan éstos que canalizarse y ser manifestaciones de maltrato infantil.

Se hace hincapié también en que el perfil de personalidad de las madres maltratadoras encontrado en el presente trabajo, sirva de base, conjuntamente con los otros factores de riesgo ya mencionados, para la construcción de un abordaje tanto preventivo (talleres, etc.) como terapéutico ad hoc.

CONCLUSIONES

1.- Los resultados obtenidos en el análisis factorial muestran que la escala que se desarrolló para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente (EDMM), tiene aceptable validez de constructo y buena confiabilidad ($\alpha=0.90$). En cambio, el análisis discriminante mostró un poder discriminante del 85%. Esto sugiere la necesidad de afinar el instrumento, agregando por un lado, reactivos que no entraron en ninguno de los análisis y por otro, agregando reactivos que hagan referencia a otros tipos de maltrato como negligencia o abuso sexual que no fueron incluidos en esta escala.

2.- El carácter abierto y directo de los ítems que componen este instrumento (EDMM) permite que puedan producirse respuestas de deseabilidad social, de aquí la necesidad de que en posteriores investigaciones se recurra a entrevistas a profundidad y otro tipo de técnicas que permitan evaluar estos aspectos.

3.- Teniendo en cuenta los resultados del Análisis Factorial con la muestra de madres maltratadoras y no maltratadoras (ver Tabla Sumaria 3.2) se observó una mayor consistencia entre los factores por lo cual se deberá considerar esto para la elaboración de la versión final del instrumento.

4.- El Análisis de Correspondencias señaló que los rasgos de personalidad del MMPI-2 que más influencia tuvieron en la variable madre maltratadora fueron las escalas de Desviación Psicopática, Depresión, Psicastenia, con lo cual se concluye que estas madres clínicamente podrían presentar tendencia hacia la rigidez en su forma de educar a los hijos, exageración de las demandas, perfeccionismo, poca tolerancia a la frustración, imposición y ansiedad. Para el grupo de madres no maltratadoras las escalas de mayor influencia fueron Masculinidad-Femineidad, Paranoia, e Introversión social, clínicamente podrían ubicarse como personas que presentan flexibilidad para adaptarse a formas de

conducta nombradas “tradicionales” porque asumen patrones de comportamiento culturalmente establecidas, pero no deja de percibirse en ellas ciertos elementos asociados a la desconfianza, y algunas dificultades para interaccionar con su medio.

5.- Otro elemento preliminar a considerar como relevante, es que a través de la técnica de análisis de correspondencias pudo determinarse con qué fuerza influyó cada una de las escalas clínicas de los rasgos de personalidad, en cada grupo de madres, por medio de las cargas factoriales. Estos resultados aportaron las bases para proceder a la obtención de los perfiles de Rasgos de Personalidad propiamente dichos.

6.- Se concluyó que después de aplicar el MMPI-2 y la escala EDMM a los grupos de madres maltratadoras y no maltratadoras, utilizando diferentes puntos de corte (PC-25 y PC25-50) ambos grupos no muestran patología severa; sin embargo las madres maltratadoras, cuando los puntos de corte se hacen más estrictos (>50), muestran énfasis en rasgos de personalidad relacionados con Depresión, Ansiedad, y pautas de conducta obsesivas. Estos aspectos refuerzan que la madre maltratadora es una persona ansiosa y desesperada lo cual puede relacionarse con el hecho de no poseer formas de afrontamiento adecuadas para la solución de los problemas que enfrenta en la vida cotidiana con sus hijos.

7.- El perfil de rasgos de personalidad de la madre maltratadora se caracteriza por la presencia de las escalas de Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia, y Esquizofrenia, con puntajes cuyos valores caen en el rango de probables dificultades y problemas pero sin llegar a la patología franca, por arriba del límite superior de normalidad.

XIV. HIPÓTESIS TEÓRICAS Y DE TRABAJO DERIVADAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

- 1) La variable maltrato se distribuye normalmente y forma un continuo en esta muestra, de tal manera que, la categoría de maltrato medio o “cotidiano” agrupa a la mayoría de las madres en el centro de la curva estadística; mientras que en el extremo izquierdo, en la categoría de “no maltrato” o “maltrato mínimo” se agrupan unas pocas madres, y en el otro extremo también se agrupan unas cuantas.
- 2) La conceptualización de la variable maltrato es de naturaleza subjetiva, lo que para una madre puede ser maltrato para otra no lo es en absoluto.
- 3) Las puntuaciones con elevación moderada en las escalas de Depresión, Psicastenia e Introversión Social son características del perfil de rasgos de personalidad de las madres maltratadoras.
- 4) Se comprenderá mejor la variable maltrato si se considera el nivel de intensidad, frecuencia, intencionalidad, tipo de maltrato y estilo de maltrato.
- 5) La naturaleza subjetiva de la conceptualización de la variable maltrato se asocia íntimamente con el sentimiento de culpabilidad, para que una madre se asuma como maltratadora.
- 6) Las madres maltratadoras comparten rasgos de personalidad con las no maltratadoras, sin embargo, la falla de control de impulsos es característica de las madres maltratadoras.
- 7) La percepción y autocalificación de “madre maltratadora” puede no corresponder a la realidad porque no están conscientes de maltratar, ya que lo consideran una forma de educación.

8) En la medida que la distorsión sobre la percepción de la conducta negativa de los hijos aumenta, también puede aumentar la frecuencia y/o intensidad del maltrato

LIMITACIONES

La muestra se limitó a un Centro de Atención Psicoterapéutica para madres maltratadoras. Se sugiere que en nuevas investigaciones se contrasten estos resultados con otro tipo de poblaciones y que se recurra a otros centros, lo que permitirá determinar si se confirman o no los perfiles de rasgos de personalidad reportados en este estudio.

Sólo se midió la frecuencia de la variable maltrato, por lo que es importante que en las nuevas investigaciones se tome en cuenta la intensidad de la misma.

El carácter abierto de autorreporte de los ítems puede dar lugar a respuestas de deseabilidad social, es importante desarrollar instrumentos de recolección indirecta de los datos.

REFERENCIAS

- Aguilera, G. (1997). El maltrato de la madre hacia su hijo. Tesis de Licenciatura. Universidad del Valle de México.
- Ajuriaguerra, J. (1989). Manual de Psiquiatría infantil. Barcelona: Toray-Masson.
- Albert, V., Klein, D., Noble, A., Zahand, E. y Holtby, S. (2000). Identifying substance abusing delivering women: Consequences for child maltreatment reports. Child Abuse & Neglect 24(2), 173-183.
- Álvarez, M. (1995). El riesgo de maltrato para la infancia en el contexto familiar. Infancia y Sociedad, 30, 145-149.
- Allport, G. (1970). La Personalidad. Barcelona: Heder.
- Allport, G. (1984). Psicología de la Personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Altemeier, O'Connor, S., Vítese, P., Sandler, H. y Sherrod, K. (1992). Antecedents of child abuse. Journal of Pediatrics, 100, 823-829.
- Ampudia, A. y Tovar, I. (2002). El perfil de personalidad de un grupo de delinquentes y su relación con la agresión. 5º. Congreso Mexicano de Psicología Criminológica, Memorias.
- Ampudia, A. y Delgado, A. (2002). Patrón de hostilidad en mujeres Delinquentes. Simposio Aportaciones al Estudio de la Psicología Forense: Análisis del Perfil de Personalidad del Delincuente en México. X Congreso de Psicología "El Perfil Profesional del Psicólogo Presente y Futuro". Sep.
- Anastasi, A. (1980). Test Psicológicos. México: Aguilar.
- Ards, S., Cheng, C. y Myers, S. (1998). The effects of sample selection bias on racial differences in child abuse reporting. Child Abuse & Neglect, 22(2)103-115.
- Arruabarrena, M. y De Paúl, J. (1994). Maltrato a los niños en la familia. Madrid: Pirámide.
- Ashton, M. (2004). The effect of personal characteristics on reporting child maltreatment. Child Abuse & Neglect. 28(10) 985-997
- Attar, B., Guerra, N. y Tolan, P. (1994). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment in urban elementary-school children. Journal of Clinical Child Psychology, 23, 391-400.

Azaola, E. (2001). El delito de ser mujer. Hombres y mujeres homicidas: historias de vida. México: Plaza y Valdés–Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Azar, S. (1986). A framework for understanding child maltreatment: An integration of cognitive behavioral and developmental perspectives. Canadian Journal of Behavioral Science, 18, 340-355.

Azar, S. (1989). Training parents of abused children. In Schaefer, C. E. y Briesmeister, J. M. (Eds.), Handbook of parent training, 414-441.

Azar, S., Robinson, D., Hekimyan, E. y Twentyman, C. (1984). Unrealistic expectations and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 687-691.

Bailey, B. Nordstrom, V. Hannigan, J. Ager, J. Sokol, R. Covington, C (2005). Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 26(5) Oct 2005

Baird, S. (1988). Validation research in CPS risk assessment: Three recent studies. Washington, D.C: CPS Risk Assessment Project, American Public Welfare Association.

Baldry, A. (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. Child Abuse & Neglect, 27(7), 713-732.

Balge, K. y Milner, J. (2000). Emotion recognition ability in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse & Neglect, 24 (12), 1289-1298.

Banyard, V. (1997). The impact of child sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. Child Abuse & Neglect, 21(10) ,1095-1107.

Barbieri, T. (1984). Mujeres y vida cotidiana. México: Fondo de Cultura Económica.

Barkley, R. (1997). Defiant children: a clinician's manual for assesment and parent training. New York: Guilford Press.

Bauer, W. y Twentyman, C. (1985). Abusing neglectful and comparison mothers responses to child-related and non child related stressors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(3), 335-343.

Baumrind, D. (1995). Adult individual differences as moderators of child effects. Journal of Abnormal Child Psychology. 9, 103-115.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An Ecological integration. American Psychologist, 35(4), 320-335.

Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental- Ecological Analysis. Psychological Bulletin, 114(3) 413-434.

Belsky, J. y Pensky, E. (1988). Developmental history, personality and family relationships. England: Claredon Press.

Belsky, J., Rovine, M. y Taylor, D. (1984). The Pennsylvania infant and family development project II: Origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. Child Development, 55, 718-728.

Benedict, M., White, R. y Cornely, D. (1985). Maternal Perinatal risk factors and child abuse. Child Abuse & Neglect, 9 (2) 217-224.

Berkowitz, L. (1996). Agresión. Causas, consecuencias y control. España: Desclee De Brouwer Biblioteca de Psicología.

Bishop, J. y Leadbeater, S. (1999). Maternal social support patterns and child maltreatment: Comparison of maltreating and nonmaltreating mothers. American Journal of Orthopsychiatry. 69, 172-181.

Bosquet, M. y Egeland, B. (2000). Predicting parenting behaviors from antisocial practices content scale scores of the MMPI-2 administered during pregnancy. Journal of personality assessment , 74 (1), 146-162.

Bousha, D. y Twentyman, C. (1984). Mother/child interaction style in abuse, neglect and control groups: naturalistic observations in the home. Journal of Abnormal Psychology, 93, 106-114.

Bowlby, J. (1985). Attachment and loss, III: Loss. New York: Basic books.

Brandt, F. y Steele, M. (1984). Notes on the lasting of early child abuse throughout the life cycle. Child Abuse & Neglect, 10, (2) 283-291.

Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 196-203.

Briere, J. y Runtz, M. (1990). Differential adult's symptomatology associated with three types of child abuse histories. Child abuse & neglect, 14(3) 357-364.

Brodsky, B., Oquendo, M., Ellis, S., Haas, G., Malone, K. y Mann, J. (2001). Relationship between child abuse, impulsivity and suicidal behavior in adults with mayor depression. American Journal Psychiatry, 158, 1871-1877.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiences by nature and design. Cambridge, M.A: Harvard University Press.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. y Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 22(11), 1065-1078.

Burgess, R. y Conger, R. (1978). Family interaction in abusive, neglect and normal families. Child Development, 49, 1163-1173.

Butcher, J. (2001). User's Guide for the MMPI-2. The Minnesota Report. Personnel Selection System, Minneapolis: National Computer Systems.

Butcher, J. y Williams, C. (1992). Manual for administration, scoring and Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Cadzow, L., Armstrong N., y Fraser, C. (1999). Stressed parents with infants: Reassessing physical abuse risk factors. Child Abuse & Neglect. 23, 845-853.

Calam, B., Bolton, G., Barrowclough, D. y Roberts, W. (2002). Maternal expressed emotion and clinician ratings of emotional maltreatment potential. Child Abuse & Neglect. 26, 1101-1106.

Canton, D. y Cortés, A. (1997). Malos tratos y abuso sexual infantil. Madrid: Siglo XXI.177.

Capaldi, D. y Patterson, G. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems: I. A linear hypothesis. II. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. Developmental Psychology, 57, 489-504.

Cappelleri, J., Eckenrode, J. y Powers, J. (1993). The epidemiology of child abuse: Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. American Journal of Public Health, 83(11), 1622-1624.

Cárdenas, G. Mata, A., Vite, A. y Flores, E. (2002). Validación y Estandarización de la Escala de conflicto familiar para latinos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 07 (2), 281-294.

Casado, F., Díaz, H. y Martínez, G. (1997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos.

Caselles, E. y Milner, A. (2000). Evaluation of child transgressions, disciplinary choices, and expected child compliance in a no-cry and a crying infant condition in physically abusive and comparison mothers. Child Abuse & Neglect. 24, (4) 477-491.

Cattell, R. (1965). The scientific analysis of personality. Baltimore: Pening Books.

- Cazés, D. (1996). Antología de Sexualidad Humana. México: Porrúa.
- Ceballo, A. Rosario; M. Dahl, W. Trayci, J. Aretakis, M. Ramirez, (2001) Inner-city children's exposure to community violence: How much do parents know? Journal of Marriage and the Family. 63, 927-940.
- Cicchetti, D. y Beeghly, M. (1988). Developmental psychopathology and on competence in childhood. Suggestion for intervention in Lahey, B. y Kazdin, A. Advanced in Clinical Child Psychology. N. Y: Plenum.
- Cirilo, R. y Di Blasio P. (1989) Niños maltratados. Milán: Paidós.
- Claussen, A. y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment, relations among types of maltreatment. Child Abuse & Neglect 15 (1) 5-18.
- Cohen, T. (1995). Motherhood among incest survivors. Child Abuse & Neglect, 19, (12) 1423-1429.
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R. y Hopkins, J. (1990). Face to face interaction of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. Developmental Psychology, 26(1), 15-23.
- Cole, P. y Putnam, F. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathological model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 174-183.
- Cole, P. y Woolger, C. (1989). Incest survivors: The relation of their perceptions of their parents and their own parenting attitudes. Child Abuse & Neglect, 13, (4)409-416.
- Connelly, D., Straus, E. y Murray, H (1992). Mother's age and risk for physical abuse. Child Abuse & Neglect. 16 (7), 709-718.
- Coohy, C. (2003). Making judgments about risk in substantiated cases of supervisory neglect. Child Abuse & Neglect. 27(8) 821-840.
- Coohy, C. (1998). Home alone and other inadequately supervised children. Child Welfare, 77(1), 291-310.
- Coohy, C. (2003). Defining and classifying supervisory neglect. Child Maltreatment, 8, 145-156.
- Coolican, H (2000). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual Moderno.

Corse, S., Schmidt, K. y Trickett, P. (1990). Social network characteristics of mothers in abusing and non abusing families and their relationships to parenting beliefs. Journal of Community Psychology, 18, 44-59.

Courtois, C. (1988). Healing the incest wound. New York: W.W. Norton & Company.

Creighton, S. (1985). An epidemiological study of abused children and their families in the United Kingdom between 1977 and 1982. Child Abuse & Neglect, 9(4), 441-448.

Cross, M. y Wendi, A. (2001). A personal history of childhood sexual abuse: Parenting patterns and problems. Clinical Child Psychology & Psychiatry 6, 563-574.

Crowe, H. y Zeskind, P. (1992). Psycho-physiological and perceptual responses to infant cries varying in pitch: Comparison of adults with low and high scores on the Child Abuse Potential Inventory. Child Abuse & Neglect, 16, (1)19-29.

Cueli, J. y Reidl, L. (1984). Teorías de la Personalidad. México: Trillas.

Currie, E. (1986). Confronting crime. New York: Pantheon Books.

Chaffin, M., Kelleher, K. y Hollenberg, J. (1996). Onset of physical assault and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. Child Abuse & Neglect, 20(3), 191-203.

Chesnais, J. (1992). "The History of violence: homicide and suicide through the ages". International Social Science Journal, 44, 217-234.

Chodorow, N. (1984). El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Barcelona: Gedisa.

Davidson, K. William, F. y Jennings, G. (1995). Personality inferences drawn about abusive mothers. Psychological Reports. 77, 391-400.

De Paúl, J., Arruabarrena, I y Mugica, J. (1999). Validación española del Child Abuse Potencial Inventory. Estudios de Psicología, 63(2), 55-72.

De Paul, J. Domenech, R. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: A longitudinal study. Child Abuse & Neglect. 24(11), 701-713.

Deyoung, Y. y Zigler, E. (1994). Machismo in two cultures: Relation to punitive child-rearing practices. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 386-397.

Díaz-Guerrero, R. (1970). Alieneación de la madre. Psicopatología y la práctica clínica en México. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 1(2), 117-133.

Díaz-Guerrero, R. (1979). Estudios de psicología del mexicano. México: Trillas.

Díaz-Guerrero, R. (1993). El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México: Trillas.

Díaz-Guerrero, R. (2000). La evolución del precepto de la virginidad. Revista Psicología Contemporánea, 7(2), 4-11.

Dicaprio, N. (1985). Teorías de la Personalidad. México: Interamericana.

DiLillo, D., Tremblay, G., Peterson, L. y Lizzete (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: Child Abuse & Neglect, 24(7), 667-679.

Dinwiddie, S. y Bucholz, K. (1993). Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. Child Abuse & Neglect, 17(4), 465-476.

Dolz, A., Cerezo, F. y Milner, S., (1997). Mother-child interactional patterns in high- and low-risk mothers. Child Abuse & Neglect. 21, (11) 1149-1158.

Dopke, C. y Milner, J. (2000). Impact of child noncompliance on stress appraisals, attributions, and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse & Neglect, 24(4), 493-504.

Douglas, D. (2000). Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. Child Abuse & Neglect. 24 (4) 425-434.

Downs, E. y Jenkins, S. (1993). The relationship between empathic response and scores on the California psychological inventory. Perceptual and Motor Skills, 77, 680-682.

Downs, W. y Miller, A. (1998). Relationships between experiences of parental violence during childhood and women's self-esteem. Violence & Victims, 13(1), 63-77.

Ducharme, J., Atkinson, L. y Poulton, L. (2001). Errorless complicity training with physically abusive mothers: A single-case approach. Child Abuse & Neglect, 25(6), 855-868.

Ducharme, J., Atkinson, L. y Poulton, L. (2000). Success-based, non-coercive treatment of oppositional behavior in children from violent homes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 995-1004.

Ducharme, J., Popynick, M., Pontes, E. y Steele, S. (1996). Errorless compliance to parental requests III: group parent training with parent observational data and long-term follow-up. Behavior Therapy, 27, 353-372.

Duggan, A., Fuddy, L., MacFarlane, E., Burrell, L., Windham, A., Higman, S. y Sia, C. (2004). Evaluating a statewide home visiting program to prevent child abuse in at-risk families of newborns: Fathers' participation and outcomes. Child Maltreatment, 9(1), 3-17.

Egeland, B., Sroufe, L. y Erickson, M. (1983). The developmental consequences of different patterns of maltreatment. Child Abuse & Neglect, 7,(5) 459-469.

Eiden, L. y Das. M. (1999). Exposure to violence and behavior problems during early childhood. Journal of Interpersonal Violence. 14, 1299-1313.

English, D. y Marshall, D. (1999). Risk assessment and CPS decision making. In American Humane Association (Ed.), Twelfth national roundtable on child protective services risk assessment: Summary of proceedings, 123-130.

Eron, L. y Huesman, L. (1994). Television as a source of maltreatment of children. School Psychology Review, 16, 195-202.

Eron, L., Gentry, J. y Schelegel, P. (1994). Reason to hope: A psychological perspective on violence and youth. Washington, D. C: American Psychological Association.

Espinosa, C. (1999). Efectos sobre la conducta adaptativa del adolescente cuando éste sufrió maltrato físico en la infancia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Eyberg, S. y Boggs, S. (1998). Parent-child interaction therapy: a psychosocial intervention for the treatment of young conduct-disordered children. In Briesmeister, J. y Schaefer, C. (Eds.), Handbook of parent training: parents as co-therapists for children's behavior problems, 61-97.

Eyer, D. (1995). Vinculación madre-hijo. Barcelona: Herder.

Famularo, R., Fenton, T. y Kinscherff, R. (1992). Medical and developmental histories of maltreated children. Clinical Pediatrics, 31(9), 536-541.

Fendrich, M., Warner, V. y Weissman, M. (1990). Family risk factors, parental depression and childhood psychopathology. Developmental Psychology, 26, 40-50.

Ferrari, A. (2002). The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. Child Abuse & Neglect, 26(8), 793-813.

- Ferro, N. (1991). El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid: Siglo XXI.
- Feshbach, S. y Feshbach, N. (1986). Aggression and altruism: Biological and Social Origins. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Fontana y Robinson, E. A. (1984). Observing Child Abuse: Journal of Pediatrics, 105, 655-660.
- Fraser, J., Armstrong, K., Morris, J. y Dadds, M. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. Child Abuse & Neglect, 24(11), 1399-1429.
- Frías, M. (2002). Long-term effects of child punishment on Mexican women: a structural model. Child Abuse & Neglect, 26,(3) 371-376.
- Fromm, E. (1996). La familia. España: Península.
- Gara, M., Allen, L., Herzog, E. y Woolfolk, R. (2000). The abused child as parent: The structure and content of physically abused mothers' perceptions of their babies. Child Abuse & Neglect, 24(5), 627-639.
- García, E. (1995). Visible but unreported: A case for the "not serious enough", cases of child maltreatment. Child Abuse & Neglect, 19, (10) 1083-1093.
- García, H. (1993). Prevención del maltrato en el desarrollo psicológico infantil: El papel de la familia y la escuela. México. D. F: Trabajo presentado en la tercera reunión internacional de campos actuales de aplicación en Psicología.
- García, R. y Torres, B. (2000). Working models about mother-child relationships in abandoned children. Child Abuse & Neglect, 24(9), 1227-1239.
- Gardner, E. (1989). Inconsistent parenting. Is there evidence for a link with children's conduct problems. Journal of Abnormal Child Psychology, 17(2), 223-233.
- Gray, R., Spurway, E. y McClatchey, L. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. Child Abuse & Neglect, 25, (6) 641-655.
- Green, A. (1998). Factors contributing to the generational transmission of child maltreatment. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(12) 1334-1336.
- Greenglass, E. (1985). A social-psychological view of marriage for women. International Journal of Women's Studies, 8(1), 24-31.

Greenhoot, McCloskey, L. y Glisky, E. (2005). A Longitudinal Study of Adolescents' Recollections of Family Violence. Applied Cognitive Psychology, 19(6) 719-743.

Guilford, J. y Zimmerman, W. (1974). Fourteen dimension of temperament. Buenos Aires: Páidos.

Haapasalo, A. y Aaltonen, C. (1999). Mothers' abusive childhood predicts child abuse. Child Abuse Review, 8 231-250.

Hammon, C., Marks, T., De Mayo, R. y Mayol, A. (1985). Self-schemas and risk for depression: A prospective study. Journal of personality and social Psychology, 49, 1147-1159.

Haskett, I., Scott, H., Smith, W., Grant, L., Ward, M., Caryn, B. y Robinson, W. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. Child Abuse & Neglect, 27(5) 663-686.

Heilbrun, A. y Mckinley, R. (1992). Perception of maternal childrearing attitudes, personality of perceiver, and incipient psychopatology. Child Developmental, 33, 73-83.

Helfer, R. y Kempe, H. (1968). The battered child. Chicago: University of Chicago Press.

Hopkins, K., Marcus, M. y Campbell, S. (1984). Postpartum depression: A critical review. Psychological Bulletin, 95, 498-515.

Horton, C. y Cruise, T. (1997). Clinical assessment of child victims and adult survivors of child maltreatment. Journal of Counseling and Development, 76, 93-104.

Howze, D. y Kotch, J. (1994). Disentangling life events, stress and social support: Implications or the primary prevention of child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 8, (4) 401-409.

Hyde, J. (1995). Psicología de la mujer: La otra experiencia humana. Madrid: Morata.

Ingoldsby, B. (1995). Poverty and patriarchy in Latin America. In Ingoldsby, B. B. y Smith, S. (Eds.), Families in multicultural perspective, 335-351.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. (2005). Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia. Datos Nacionales. Recuperado de www.inegi.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. (2004). Un tercio de los niños de México ha sufrido maltrato en México. Recuperado de www.insp.mx/salud/39/391-9s.html

Jencks, C. (1992). Rethinking social policy. New York: Harper Perennial.

Jennings, K. Ross, S. Popper, S. y Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. Journal of Affective Disorders. 54(1-2) 21-28.

Jones, E. y McCurdy, K. (1992). The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children. Child Abuse & Neglect, 16(2) 201-215.

Jones, M. (1987). Parental lack of supervision: Nature and consequences of a major child neglect problem. Washington D.C: Child Welfare League of America.

Kaufman, J. y Zigler, E. (1987). ¿Do abused children become abusive parents? American Journal Orthopsychiatry, 57, 186-192.

Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J. y Fischer, E. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. American Journal of Public Health, 84(10), 1586-1590.

Kempe, H. y Helfer, R. (1972). Helping the battered child and his family. Philadelphia: Lippincott. J. B.

Kempe, H. y Kempe, J. (1979). Niños maltratados. Madrid: Morata.

Kinard, G y Milling, A. (2001). Maternal knowledge about children's school performance: Comparisons between mothers of maltreated and nonmaltreated children. Journal of Interpersonal Violence. 16, 195-204.

Koenig, L. Cicchetti, B. y Rogosch, J. (2000). Child compliance/noncompliance and maternal contributors to internalization in maltreating and nonmaltreating dyads. Child Development. 71, 1018-1032.

Konstantarea, M. y Desbois, N. (2001). Preschoolers perceptions of the unfairness of maternal disciplinary practices. Child Abuse & Neglect, 25(4), 473-488.

Kotch, J., Browne, D., Ringwalt, W., Dufort M., y Ruina, L. (1997). Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. Child Abuse & Neglect. 21, (10) 1025-1037.

Kotch, J., Browne, D., Dufort, V. y Winsor, J. (1999). Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. Child Abuse & Neglect, 23(4), 305-319.

Krause, N. (1983). "Conflicting sex-role expectations, housework dissatisfaction and depressive symptoms among fulltime house wives", Sex Roles, 9(11), 1115-1125.

Kurosawa, N., Reiko, L., Tagami, K. y Fujio, J. (2005). A study on factors that affects the tendency of abuse by mothers. Japanese Journal of Counseling Science. 38, 89-97.

Lahey, B., Russo, M. F., Walker, J. L. y Piacentini, J. V. (1989). Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behavior disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 57,512-515.

Lamas, M. (1992). Maternidad, mujer y sociedad: Memoria del ciclo de mes. México: DIF.

Lee, E., y Bong Joo (1999). Poverty, early childbearing and child maltreatment: A multinomial analysis. Children & Youth Services Review. 21, 755-780.

Lenton, R. (1990). Techniques of child discipline and abuse by parents. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 27, 157-185.

Lesnik-Oberstein, A., Koers, E., Arend, M. y Cohen, A. (1995). Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. Child Abuse & Neglect. 19 (1) 33-49.

Liebert, R. (2000). Personalidad estrategias y temas. México: Internacional Thomson Editores.

López, F. (1995). Necesidades de la infancia: respuesta familiar. Infancia y sociedad, 30, 8-47.

Lorber, R., Felton, D. y Reid, J. (1984). A social learning approach to the reduction of coercive processes in child abusive families: a molecular analysis. Advances on Behavior Research and Therapy, 6, 29-45.

Loredo, A. (1994). El maltrato al menor. México: Interamericana Mc. Graw Hill.

Loredo, A. (1990). El maltrato al menor, espectro clínico. México: Nueva Editorial Interamericana.

Loredo, A. (2004). Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos.

Lucio, E. y León, G. (2003). Uso e Interpretación del MMPI-2 en Español. México: Manual Moderno.

Lucio, E. y Reyes, I. (1994). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 11(1), 45-54.

Lucio, E., Reyes, I. y Scott, R. (1994). MMPI-2 for México: Translation and Adaptation. Journal of Personality Assessment, 63(1), 105-116.

Lucio, E. (1994). Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota –2, MMPI-2, Manual para la aplicación y calificación. México: Manual Moderno.

Magura, S. y Moses, B. (1986). Outcome measure for child welfare services. New York: Child Welfare League of America.

Mammen, O., Kolko, D. y Pilkonis, P. (2002). Negative affect and parental aggression in child physical abuse. Child Abuse & Neglect, 26(4), 407-424.

Marcovich, J. (1978). El maltrato a los hijos, el más oculto y menos controlado de todos los crímenes violentos. México. Ediciones México.

Marcus, T., Ammermann, G., Klein, S. y Schmidt, A. (1995). Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: Symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. European Child & Adolescent Psychiatry. 4, 229-236.

Margolin, L. y Larson, O. (1988). Assessing mothers “and fathers” violence towards children as a function of their involuntary participation in family work. Journal of Family Violence, 3, 209-223.

Marino, E. (1992). Empathy levels and depresión in physically abusive adolescent mothers and non physically abusive adolescent mothers. Dissertation Abstracts International. 33.33378.

Marks, J. y McDonald, T. (1989). Risk assessment in child protective services: Predicting recurrence of child maltreatment. Portland, ME: National Child Welfare Resource Center.

McCauley, J., Kern, D., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. y Bass, E. (1997). Clinical Characteristics of women with a history of childhood abuse. Journal of the American Medical Association. 277, 1362-1368.

McGuigan, W. y Pratt, C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. Child Abuse & Neglect, 25 (8) 869-883.

McMillan, H., Fleming, J., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M., Jamieson, E., Duku, E., Wals, C., Wong, M. y Beardslee, W. (2001). Child abuse and Psychopathology across life in the Community. American Journal Psychiatry, 158, 1878-1883.

Megargee, I., Merecer, J., Carbonell, L. (1999). MMPI-2 with male and female state and federal prison inmates. Psychological Assessment, 11 (2), 117-185.

Mejía, C. (1994). Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. Santa Fé de Bogotá, Colombia: Save the Children.

Milner, J., Halsey, A. y Fultz, B. (1995). Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high and low risk for physical abuse mothers. Child Abuse & Neglect 19(8) 767- 780.

Milner, J. (1993). Social information processing and physical child abuse, Clinical Psychology Review, 13, 275-294.

Milner, J. y Wimberley, R. (1980). Prediction and explanation of child abuse. Journal of Clinical Psychology, 36(8), 875-884.

Moehler, M., Resch, A., y Cierpka, L. (2001). The early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant interaction. Journal of Child Psychotherapy. 27,257-271.

Moncher, F. (1995). Social isolation and child-abuse risk. Families in Society. 76, 421-433.

Muller, R y Diamond (1999). Father and mother physical abuse and child aggressive behaviour in two generations. Canadian Journal of Behavioural Science. 31(4) 221-228.

Muller, C. y Diamond, E. (1999). Father and mother physical abuse and child aggressive behaviour in two generations. Canadian Journal of Behavioural Science. 31(221-228).

Mullick, M., Miller, L. y Jacobsen, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. Psychiatric Services, 52(4), 488-492.

Nelson, K., Saunders, E. y Landsman, M. (1993). Chronic child neglect in perspective. Social Work, 38, 661-671.

Nobes, G. y Smith, M. (2000). The relative extent of physical punishment and abuse by mothers and fathers. Trauma Violence & Abuse 1(1), 47-66.

Núñez, L. (2001). Agresión intrafamiliar: retaliación sádica y simbiosis hostil. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Núñez, R (1979). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México: Manual Moderno.

Ortiz, G. (2004). Cuando la violencia permea el ejercicio de la maternidad. México: Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Maestría en estudios de Género.

Ortiz, J. (1991). Una reflexión sobre la condición masculina en la familia. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.

Parker, L., McFarlane, A., Soeken, D. y Torres, P. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: A comparison of adult and teenage women. Nursing Research. 42, 173-178.

Parra, C. (1994). Análisis del maltrato infantil. Tesis de Licenciatura. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Paulson, M., Afifi, A., Thomason, M. y Charleff, A. (1989). The MMPI: A descriptive measure of psychopathology in abusive parents. Journal of Clinical Psychology, 30, 387-390.

Pedreira, J. (2003). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. Revista Psiquiatría 7(4).

Pérez, C. (2001). Técnicas estadísticas con SPSS. México: Prentice Hall.

Pérez, J., Ampudia, A., Jiménez, F. y Sanchez, G. (2005) Evaluación de la personalidad agresiva y violenta de madres maltratadoras y mujeres delincuentes. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. 20(2) 35-58.

Pervin, D. (1999). A critical análisis of current trait Theory. Psychological Inquiry 5, 103- 113.

Peterson, L., Gable, S. y Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. Addictive Behaviors, 21(6), 789-801.

Pitt, B. (1975). Psychiatric illness following childbirth. British Journal of Psychiatric, (Special), 9, 409-414.

Polusny, M. y Follette, V. (1995). Long-term correlates of childhood sexual abuse: Theory and empirical findings. Applied and Preventive Psychology, 4, 143-166.

Pollock, P. y Percy, A. (1999). Maternal, antenatal attachment style and potencial fetal abuse. Child & Neglect, 23(12), 1345 -1357.

Raskin, R. y Novacek, J. (1991). Narcissism and the use of fantasy. Journal of Clinical Psychology, 47, 490-499.

Rodríguez, H. (1985). Estudio preliminar sobre la utilidad del Método Freire para la prevención del maltrato infantil. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Rodríguez, H. (1989). Hacia la detección del factor de alto riesgo aún en casos de maltrato mínimo. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.

Rohrbeck, C. y Twentyman, C. (1986). Multimodal assessment of impulsiveness in abusing, neglecting and no maltreating mothers and their preschool children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(2), 231-236.

Rosenstein, P. (1995). Parental levels of empathy as related to risk assessment in child protective services. Child Abuse & Neglect, 19(11), 1349-1360).

Ross, S. (1996). Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. Child Abuse & Neglect, 20, (5) 589-598.

Ruiloba, V. y Gastón, F. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat.

Rumm, P., Cummings, P., Krauss, M., Bell, M. y Rivara, F. (2000). Identified spouse abuse as risk factor for child abuse. Child Abuse & Neglect, 24(11), 1375 - 1381.

Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. España: Martínez Roca.

Salzinger, S., Kaplan, S. y Artemyeff. (1983). Mothers personal social networks and child maltreatment. Journal of Abnormal Psychology, 92(1), 68-76.

Santamaría, G. (1993). Relaciones Familiares e Interpersonales y Empatía en Madres Maltratadoras. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Scott, D. (1992). Early identification of maternal depresión as a strategy in the prevention of child abuse. Child Abuse & Neglect, 16(3), 345-358.

Scott, R. y Day, H. (1996). Association of abuse-related symptoms and style of anger expression for female survivors of childhood incest. Journal of Interpersonal Violence, 11, 206-220.

Schellenbach, C., Monroe, L. y Merluzzi, T. (1991). The impact of stress on cognitive components of child abuse potential. Journal of Family Violence, 6, 61-80.

Scher, F., Stein, H., Ingram, M. y Quaid, D. (2001). National policy on children and families. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.

Shipman, K. y Zeman, J. (1999). Emotional understanding: A comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads. Journal of Clinical Child Psychology. 28(3) 407-417.

Sidebotham, P. y Heron, J. (2003). Child maltreatment in the "children of the nineties:" The role of the child. Child Abuse & Neglect, 27(3), 337-352.

Sidebotham, P., Golding, J. y The ALSPAC Study Team. (2001). Child maltreatment in the children of the nineties: A longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse & Neglect, 25(9), 1177-1200.

Simón, R. López, T. y Linaza I. (2000). Maltrato y desarrollo infantil. Madrid: Comillas.

Spaccarelli, S., Sandler, I. y Roosa, M. (1994). History os spouse violence against mother: Correlated risk and unique effects in child mental health. Journal of Family Violence, 9, 79-98.

Stanley, R. Penhale, S y Bridget, M. (1999). The mental health problems of mothers experiencing the child protection system: Identifying needs and appropriate responses. Child Abuse Review. 8, 34-45.

Straus, M. y Gelles, R. (1990). Physical violence in American Families. New Brunswick: Transaction.

Sullivan, P. y Knutson J. (2000). The prevalences of disabilities and maltreatment among runaway children. Child abuse & Neglect, 24(10), 1275- 1288.

Tajima, E. (2000). The relative importance of wife abuse as a risk factor for violence against children. Child Abuse & Neglect, 24(11), 1383-1398.

Tedeschi, J. (1983). Social influence and theory and agression. New York: Academic Press.

Téllez, S. (1995). Análisis comparativo de corte descriptivo de las características de la interacción madre hijo entre las madres con historia de abuso físico y madres sin historia de abuso. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Terán, M. (1995). El poder de las mujeres. Revista Fem, 145, 15-16.

Tocaven, F. (1990). Psicología criminal. México. Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Tolan, P. y Guerra, N. (1994). What works in reducing adolescent violence: An empirical review of the field. Monograph prepered for the Center for the Study and Prevention of Youth Violence. Boulder: University of Colorado.

Torres, E. (2001). Efectos de la separación temprana de la madre en el desarrollo del niño. Psiquis, 15(9),22-28.

Trocme, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Insex. Child Maltreatment, 1, 145-155.

Tyler, L. (1975). Psicología de las diferencias humanas. Madrid: Marova.

Ussher, J. (1991). La psicología del cuerpo femenino. España: Arias Montaña.

Valerie, E., Whiffen y Benazon, N. (1990). Discriminant validity of the Tsc – 40 in an outpatient setting. Child Abuse & Neglect, 21(1), 107 – 115.

Vostanis, L., Tischler, C., Cumella, V. y Bellerby, A. (2001). Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. International Journal of Social Psychiatry, 47, 30-40.

Wekerle, C. y Wolfe, D. (1996). Child maltreatment. Child psychopathology, 20 (2), 492-537.

Wiehe, V. (2003). Empathy and locus of control in child abusers. Journal of Social Service Research, 9, 17-30.

Windham, A., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E. Sia, C. y Duggan, A. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. Child Abuse & Neglect, 28(6), 645-667.

Wink, L. (1991). Two faces of narcissism . Journal of Personality and Social Psychology 61, 590-597.

Wipple, E. y Webster, S. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. Child Abuse & Neglect, 15, (2) 279-291.

Wolfe, D. y Wekerle, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: critical progress report. Clinical Psychology Review, 13, 473-500.

Wolfer, B y Terry, S. (2000). Coping with chronic community violence: The variety and implications of women's efforts. Violence & Victims. 15, (3) 283-301.

Wolff, W. (1970). Introducción a la Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

Wolman, B. (1995). Teorías y sistemas contemporáneas en Psicología. Barcelona: Roca.

Wood, J. (1997). Risk predictors for re-abuse or re-neglect in a predominantly Hispanic population. Child Abuse & Neglect, 21, (3) 379-389.

Woolfolk, R., Novalany, J., Gara, M., Allen, L. y Pollino, M. (1995). Self-complexity, self-evaluation and depression: An examination of form and content within the self-schema. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 1108-1120.

Yates, T., Dodds, M., Sroufe, L. y Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. Development and Psychopathology. 15(1) 199-218.

Zelenko, M., Huffman, L., Brown, B., Daniels, K., Lock, J., Kennedy, Q. y Steiner, H. (2001). The Child Abuse Potential Inventory and pregnancy outcome in expectant adolescent mothers. Child Abuse & Neglect, 25(11), 1481-1495.

Zelenko, M., Lock, J., Kraemer, H. y Steiner, H. (2000). Perinatal complications and child abuse in a poverty sample. Child Abuse & Neglect, 24(7), 939-950.

Zeller, G. (1992). The impact of case characteristics on child abuse report decisions. Child Abuse & Neglect, 16 (1) 57-74.

Zuravin, S. (1991). Unplanned childbearing and family size: Their relationship to child neglect and abuse. Family Planning Perspectives, 23(4), 155-162.

ANEXO I

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2

Lucio y León, (2003). El MMPI-2 proporciona puntuaciones y perfiles objetivos derivados de normas nacionales representativas. Se dispone también de los resultados de muchos años de investigación sobre las escalas y sus patrones de interrelación, para orientar la interpretación de las puntuaciones de la prueba.

Estudios de normativización, confiabilidad y validez del MMPI-2 en México.

En México la prueba se aplicó a una muestra de 1920 estudiantes de la UNAM (Lucio y Reyes, 1994). Se seleccionó una muestra representativa de la población universitaria, de las diversas carreras que ofrece la UNAM. La muestra se obtuvo al azar, para lo cual resultaron sorteadas las facultades de Artes Plásticas, Contaduría y Administración, y Ciencias como representativas de dicha población. Originalmente se seleccionaron 2246 estudiantes, equivalentes al 10% de la población universitaria de la UNAM. Se excluyeron algunos sujetos por diversas razones, como el que su edad no cayera en el rango entre 17 y 36 años, el que los datos de identificación del protocolo fueran incompletos (por ejemplo, el no marcar el sexo, la edad) o el no cumplir con los criterios de validez del protocolo. Los criterios de validez que se consideraron fueron los siguientes:

- ==> Índice de Gough hasta 9
- ==> Verdaderos hasta 454 (80%)
- ==> Falsos hasta 454 (80%)
- ==> Sin respuesta hasta 29
- ==> INVER entre 5 y 13
- ==> INVAR hasta 13
- ==> Fp hasta 11
- ==> F hasta 20

En estas investigaciones se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre la población mexicana y la población estadounidense, pero

menores a las que se encontraban con el MMPI original. La mayor parte de estas diferencias son pequeñas y poco relevantes pues en ninguna de las escalas clínicas la población mexicana llega a presentar medias que caigan por arriba de T 55, ni mucho menos dentro de niveles psicopatológicos como sucedía con la primera versión del instrumento. Esto en tanto en lo que se refiere a las escalas básicas, como a las de contenido y a las suplementarias.

Por lo que respecta a las escalas básicas en los varones, las mayores diferencias se encontraron en las escalas L (Mentiras) y 8 (Esquizofrenia). En las mujeres las diferencias más amplias se encontraron también en la escala L y en la 5 (Masculinidad-Femineidad) (Lucio, Reyes y Scott, 1994).

Los estudios de validez indican que la estructura factorial de las escalas básicas es semejante en los estudiantes mexicanos y estadounidenses. En las escalas de contenido la semejanza es también marcada.

Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población mexicana estudiada tanto en lo que se refiere a las escalas básicas, como a las de contenido y las suplementarias.

Finalmente, es importante enfatizar que el MMPI-2 parece más adecuado que el MMPI original para evaluar población mexicana. En los diversos estudios realizados hasta el momento, el instrumento ha mostrado altos índices de confiabilidad además de validez interna y externa.

Sin embargo es importante aplicar el MMPI-2 a muestras representativas de diversas regiones y sectores del país para que el instrumento sea estandarizado a nivel nacional.

En México la Facultad de Psicología de la UNAM tiene reservados los derechos para calificar e interpretar el instrumento de manera computarizada. En la

actualidad existe ya un programa para calificar el MMPI-2 y se pretende desarrollar un programa para la interpretación del mismo.

Las condiciones necesarias para aplicar la prueba

La situación típica de prueba para aplicar el MMPI-2 requiere espacio adecuado en una mesa para poder extender el cuadernillo y la hoja de respuestas de la prueba; buena iluminación, una silla cómoda y un ambiente en el que no haya interrupciones ni distracciones.

Los cuadernillos

Este tipo de formato permite que se pueda aplicar la prueba a grupos. Los reactivos se presentan en un cuadernillo de pruebas que puede volverse a utilizar, va acompañado de una hoja de respuestas individual para las contestaciones de cada uno de los sujetos; el cuadernillo presenta 567 reactivos; las escalas básicas se califican utilizando los primeros 370 reactivos, pero es deseable que el sujeto conteste toda la prueba para poder calificar las escalas suplementarias.

Calificación por computadora

En México la calificación por computadora puede hacerse solamente en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Cómo interpretar el MMPI-2

La formulación de hipótesis interpretativas provenientes de los datos resumidos en el perfil clínico del MMPI-2 se establece sobre tres diferentes aspectos de estas puntuaciones interrelacionados entre sí: la aceptación de las puntuaciones del perfil determinada por los indicadores de validez; la elevación absoluta de las escalas componentes en comparación con las normas de puntuación T

correspondientes y las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual. A su vez, estas configuraciones reflejan la confiabilidad y los patrones de las relaciones entre las diversas escalas del perfil.

Un esquema para interpretar tanto el perfil básico paso por paso como la información adicional que se deriva de un registro del MMPI-2 incluye:

1. Evaluar la validez del registro para la interpretación individual que incluya la determinación de la actitud que tuvo el sujeto al contestar el inventario y el grado en que las respuestas a la prueba están de acuerdo con la información que se deriva de otros antecedentes que se tienen sobre dicho sujeto.
2. Examinar las puntuaciones de las escalas clínicas del perfil básico para generar una lista de líneas posibles de interpretación con respecto a la personalidad y estado emocional actual del sujeto de la prueba.
3. Consultar varias guías sobre la interpretación del MMPI para encontrar correlaciones comunes con el patrón de la clave, generado por el perfil clínico, que incluyan alternativas psicodiagnósticas posibles.
4. Determinar con respecto a las escalas que presentan por lo menos una elevación moderada, las subescalas que contribuyen a dichas elevaciones tomando en cuenta los temas que preocupan principalmente al sujeto de la prueba.
5. Observar si existen frases significativas que puedan haber sido marcadas por el sujeto y que indiquen que existen problemas especiales o síntomas y preocupaciones que no se sospechaban con anterioridad.
6. Examinar las puntuaciones de las escalas de contenido y suplementarias para ampliar las hipótesis de interpretación ya generadas y para formular un resumen

coherente de la dinámica de la personalidad, así como el tipo de diagnóstico del sujeto de la prueba, con las limitaciones pertinentes acerca de la confiabilidad de estas conclusiones, con base en las puntuaciones de los diversos indicadores de validez.

Disposiciones especiales al contestar la prueba

Hay varias disposiciones especiales y actitudes para contestar la prueba por medio de las cuales el sujeto puede enfrentarse a un instrumento de evaluación como es el MMPI. Las personas pueden avalar todos los reactivos, ya sea como verdaderos o falsos.

El uso de dos escalas de inconsistencia de respuestas INVER (Inconsistencia en las respuestas verdaderas) e INVAR (Inconsistencia en las variables), puede resultar muy útil para esta evaluación. La escala INVER tiene sensibilidad con respecto a la tendencia a dar solo un tipo de respuesta (la repetición de respuestas verdadero o falso) a los reactivos del MMPI-2, sin tener en cuenta el contenido de las frases. Las puntuaciones INVAR reflejan una tendencia general a no tomar en cuenta el contenido de los reactivos al marcar las respuestas en el inventario.

La escala K (de corrección) es el más complejo de los indicadores de validez. El contenido de sus reactivos cubre una amplitud de características que muchos individuos prefieren negar acerca de ellos mismos o de sus familias. De tal manera que las puntuaciones por arriba de la media en la escala K pueden reflejar la tendencia a que de una manera sutil, las respuestas se inclinen en el sentido de minimizar la existencia de un control emocional pobre e ineficiencia personal.

Es de vital importancia que una elevación específica de la escala K se evalúe dentro del contexto de la demás información acerca del sujeto de la prueba. Es decir, se necesitan los datos sobre la historia de un individuo y sus circunstancias

actuales, para poder distinguir entre el sujeto que funciona bien y es psicológicamente sano, y el que tiene una actitud marcadamente defensiva y evasiva hacia el inventario.

Las escalas clínicas

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis). Muchos de los reactivos que conforman esta escala reflejan síntomas particulares o quejas específicas, pero muchos otros reflejan una preocupación corporal general o una tendencia de otros individuos a estar centrados en sí mismos.

Escala 2 (D: Depresión). Los reactivos que conforman esta escala reflejan no sólo el sentimiento de desesperanza, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de los individuos deprimidos, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpable.

Escala 3 (Hi: Histeria Conversiva). Los componentes de la prueba reflejan dichas quejas físicas o desordenes específicos, pero muchos otros involucran la negación de problemas en la vida personal o la falta de ansiedad social frecuentemente observada en individuos con estas defensas.

Escala 4 (Dp: Desviación psicopática). Los reactivos en esta escala involucran la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas; otros reactivos reflejan su falta de interés por la mayor parte de las normas sociales y morales de conducta

Escala 5 (Mf: Masculinidad-femineidad). Los reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general, difieren. Como las puntuaciones T en esta escala para mujeres corren de

manera opuesta a aquellas de los hombres, la escala 5 es esencialmente inversa para los dos sexos (con excepción de 4 reactivos que trabajan igual para ambos sexos). Esta escala debe interpretarse con muchas reservas en la población mexicana femenina, pues la escala 5 parece ser la más influenciada por la cultura: las mujeres mexicanas muestran un rol de género que se ajusta poco al rol femenino estadounidense (Lucio y Reyes, 1994).

Escala 6 (Pa: Paranoia). El contenido de los reactivos refleja susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros. En algunos de estos reactivos se incluye también el estar centrado en sí mismo y la inseguridad.

Escala 7 (Pt: Psicatenia). Esta escala corresponde a la designación actual de desorden obsesivo-compulsivo. Aunque el contenido de los reactivos se refiere en parte a síntomas diversos, la escala en general refleja mas bien ansiedad y angustia (o emotividad negativa), así como normas morales estrictas, tendencia a culparse porque las cosas no salen bien y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos.

Escala 8 (Es: Esquizofrenia). El contenido de los reactivos cubría un amplio rango de conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada en estos sujetos.

Escala 9 (Ma: Hipomanía). El contenido de los reactivos refleja las características asociadas a ella (ambición exagerada, extraversión y aspiraciones elevadas).

Escala 0 (Is: Introversión social). Las tres subescalas, timidez/autoconcepto (Is1), evitación social (Is2); enajenación de sí mismo y otros (Is3).

Las escalas suplementarias

En el MMPI-2 se presenta un grupo de escalas adicionales para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y para ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. En la interpretación de las escalas suplementarias, no hay un límite absoluto para las puntuaciones altas y bajas. En general las puntuaciones T mayores a 65 deben considerarse como puntuaciones altas, y las puntuaciones debajo de 40 como puntuaciones bajas.

Escalas suplementarias tradicionales

El material interpretativo para estas cuatro escalas es, en general, más completo que para otras medidas más novedosas que se ofrecen actualmente en el MMPI-2.

Escala de Ansiedad (A). Las puntuaciones altas reflejan angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios. Las puntuaciones elevadas se dan en sujetos que tienden a ser inhibidos, con un control exagerado de sus impulsos. Estas personas son además incapaces de tomar decisiones, inseguras y sumisas. Por otra parte son perturbadas fácilmente en situaciones sociales. Por el contrario las puntuaciones bajas reflejan ausencia de angustia emocional. Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser, además, enérgicas, comprensivas y socialmente extrovertidas. Estas personas pueden mostrarse también incapaces de tolerar la frustración y generalmente prefieren la acción a la reflexión.

Escala de Represión (R). Las personas que tienen puntuación alta en esta escala, tienden a ser personas convencionales y sumisas. Además se esfuerzan por evitar disgustos o situaciones desagradables.

Las personas con puntuaciones bajas en la escala R se muestran desinhibidas, energéticas y expresivas. Pueden ser también poco formales e inquietas; además de astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones con otros.

Escala Fuerza del yo (Fyo). Es una medida tanto de adaptación y entereza como de recursos personales y del funcionamiento eficiente de un sujeto. Es también un buen indicador general de salud psicológica. Las puntuaciones altas en Fyo se asocian con espontaneidad, buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia personal y buen funcionamiento físico. Las personas con puntuaciones altas son capaces de solucionar y manejar el estrés, así como recuperarse de los problemas.

Las personas con puntuaciones bajas en la escala Fyo tienden a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente. Los sujetos con puntuaciones bajas pueden tener además un pobre concepto de sí mismos y dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas.

Escala de alcoholismo de MacAndrew-revisada (A-MAC). Las investigaciones con esta escala sugieren que las puntuaciones elevadas pueden estar asociadas con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente. Las puntuaciones brutas de 28 o más sugieren que se abusa marcadamente de las sustancias. Las puntuaciones entre 24 y 27, sugieren que se abusa, en cierto modo de sustancias pero habrá muchos positivos falsos en este nivel. Las puntuaciones abajo de 24 indican ausencia de problema de abuso de sustancias.

Las puntuaciones altas en esta escala además de sugerir la posibilidad de un abuso de sustancias, son característicos de personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos. Las personas con bajas puntuaciones tienden a mostrarse introvertidas, tímidas y con poca confianza en sí mismas.

Escalas suplementarias adicionales

Escala de Hostilidad reprimida (HR). Megargee, Cook y Mendelsohn, (1967). Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración para desquitarse.

Las puntuaciones elevadas en esta escala son características de personas que tienden generalmente a responder apropiadamente a la provocación pero que ocasionalmente muestran respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente. Se dispone de poca información en cuanto a puntuaciones bajas; se puede tratar inclusive de personas crónicamente agresivas o individuos que expresan agresión apropiadamente.

Escala de Dominancia (Do). Las puntuaciones altas se asocian con el equilibrio, la confianza, la seguridad en sí mismo y la iniciativa social; la perseverancia, la resolución y el liderazgo de grupo, son también características de personas que presentan puntuaciones altas en esta escala.

Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser sumisas, poco enérgicas y fácilmente se dejan sugestionar por otros individuos. Además, carecen de confianza en sí mismas y sienten que manejan sus problemas inadecuadamente.

Escala de Responsabilidad social (Rs). Los sujetos con puntuaciones altas en la escala Rs tienden a conceptuarse a sí mismos y a aceptar las consecuencias de su propia conducta. Se les considera dignos de confianza y personas íntegras, con sentido de responsabilidad para con el grupo. Por el contrario, las personas con puntuaciones bajas en esta escala no pueden verse a sí mismos ni ser percibidos por otras personas, como dispuestos a aceptar las consecuencias de su propio comportamiento. Estos últimos son sujetos carentes de responsabilidad, poco dignos de confianza, además, faltos de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con el grupo.

Escala de Desajuste profesional (Dpr). Las personas con puntuaciones altas en la escala Dpr parecen estar poco adaptadas, además de ser generalmente ineficientes, pesimistas y angustiadas. Los sujetos con puntuaciones bajas en Dpr tienden a ser bien adaptados, optimistas y concientes.

Escala de Género masculino y femenino (GM y GF). Las investigaciones preliminares de estas dos medidas del rol de género, indican que para sujetos masculinos la escala GM se relaciona con una gran confianza en sí mismos, perseverancia marcada y amplitud de intereses, además de la carencia de temores o sentimientos de autorreferencia. Para las mujeres GM también se relaciona con una gran confianza en sí mismas, con honestidad y disposición para probar nuevas cosas, también indica ausencia de preocupaciones y sentimientos de autorreferencia.

Para sujetos masculinos la escala GF se relaciona con religiosidad, la tendencia a no hacer juramentos o maldecir, además de ser francos en señalar a otros sus faltas personales. Esta escala también se correlaciona con ser impositivo, tener poco control sobre el propio temperamento y propensión al abuso del alcohol y las drogas (no prescritas).

Escalas de desorden de estrés postraumático (EPK y EPS). Estas dos escalas tienden, en gran parte a ser independientes una de la otra; ambas pueden usarse conjuntamente para mejorar la clasificación diagnóstica.

Las escalas finales fueron:

Ansiedad (ANS). Miedos (MIE). Obsesividad (OBS). Depresión (DEP). Preocupación por la salud (SAU). Pensamiento delirante (DEL). Enojo (ENJ). Cinismo (CIN). Prácticas antisociales (PAS). Personalidad tipo A (PTA). Baja autoestima (BAE). Incomodidad social (ISO). Problemas familiares (FAM). Dificultad en el trabajo (DTR), (Lucio y León, 2003).

ANEXO II

Cuestionario de datos sociodemográficos y de detección de maltrato por parte de la madre

A continuación se le hará una serie de preguntas con el objeto de evaluar su problema y brindarle un mejor servicio. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

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 cursó, marcando una S si concluyó ese nivel o una N si no lo completó). Si es una carrera técnica, licenciatura o posgrado especifique la carrera):

Último grado	S	N	
1. Primaria			
2. Secundaria			
3. Bachillerato			
4. Carrera técnica			Especifique
5. Licenciatura			
6. Posgrado			

Ocupación (tache la respuesta correcta):

- 1) Hogar 2) Ejerce su profesión 3) Comercio / Ventas
4) Otro (especifique) _____ 5) Mismo que el de la pareja.

Vive en:

- 1) Vivienda propia 2) Vivienda rentada 3) Vive con algún familiar 4) Vive en casa de algún amigo 5) Otro (especifique) _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Tiene hermanos (as) SI _____ NO _____

Si tiene hermanos (as) ¿Cuántos son? _____

¿Qué lugar ocupa usted? _____

Tiene hijos adoptivos NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____
Tiene hijastros NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____
Tiene hijos de su pareja anterior NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____
Tiene hijos de la pareja actual NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____

Hombres _____ Mujeres _____

Edad de hombres _____ Edad de mujeres _____

¿A cuál o cuáles de sus hijos maltrata?

Edad de su hijo (s) que maltrata

Sexo del hijo (s) que maltrata

Lo maltrata físicamente SI () NO ()
Lo maltrata emocionalmente SI () NO ()
Lo maltrata sexualmente SI () NO ()
Lo maltrata abandonándolo SI () NO ()

Otra forma de maltrato. Especifique: _____

Tiene pareja NO _____ SI _____

¿Cuánto tiempo lleva viviendo con su pareja? _____

Edad de su pareja _____

Escolaridad de su pareja (tache sólo el último grado de estudios que cursó, marcando una S si concluyó ese nivel o una N si no lo completó). Si es una carrera técnica, licenciatura o posgrado especifique cual:

Último grado	S	N	
1. Primaria			
2. Secundaria			
3. Bachillerato			
4. Carrera técnica	Especifique		
5. Licenciatura			
6. Posgrado			

Ocupación de su pareja: (Tache la respuesta correcta)

1) Ejerce su profesión 2) Comercio / Ventas 3) Negocio propio

5) Taxista 5) Obrero 6) Empleado 7) Desempleado

8) Otro (especifique) _____

ANEXO III

Escala para detectar a Madres que Maltraten Física y/o Emocionalmente (EDMM)

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una serie de afirmaciones, marque las respuestas que reflejen el comportamiento que tiene usted hacia sus hijos. Sus respuestas son confidenciales, le pedimos que responda honestamente ya que no hay respuestas buenas ni malas.

Procure responder todas las preguntas.

Opciones de respuesta: S= Siempre CS= Casi siempre A= A veces N= Nunca	Opciones de repuesta			
	S	CS	A	N
1. Daño a mis hijos emocionalmente	S	CS	A	N
2. Soy autoritaria con mis hijos	S	CS	A	N
3. Me cuesta trabajo controlarme cuando me enojo	S	CS	A	N
4. Maltrato a mis hijos físicamente	S	CS	A	N
5. Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
6. Soy agresiva con mis hijos	S	CS	A	N
7. Los golpes son la mejor forma de educar a los hijos	S	CS	A	N
8. Me enojo con facilidad cuando no me obedecen	S	CS	A	N
9. Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
10. Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	S	CS	A	N
11. Descargo mi frustración con mis hijos	S	CS	A	N
12. Les grito a mis hijos cuando son necios	S	CS	A	N
13. Insulto a mis hijos	S	CS	A	N
14. Cuando les pasa algo malo, a mí me da gusto	S	CS	A	N
15. A mis hijos les hablo con groserías	S	CS	A	N
16. A mis hijos les pego cuando me desobedecen	S	CS	A	N
17. Jaloneo a mis hijos cuando no me hacen caso	S	CS	A	N
18. Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
19. Castigo a mis hijos quitándoles lo que más les gusta	S	CS	A	N
20. Insulto a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
21. Me molesta que mis hijos se rebelen	S	CS	A	N
22. Jaloneo a mis hijos porque son más importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
23. Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
24. Les grito a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
25. Insulto a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
26. Me niego cuando mis hijos quieren hablar conmigo	S	CS	A	N
27. Critico la música que les gusta a mis hijos	S	CS	A	N
28. Les prohíbo ciertas amistades	S	CS	A	N

29. Cuando mis hijos no hacen lo que les digo los insulto	S	CS	A	N
30. Les niego permisos sin razón	S	CS	A	N
31. Golpeo a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
32. Daño a mis hijos	S	CS	A	N
33. Les pego a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
34. Les pego a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
35. Chantajeo a mis hijos	S	CS	A	N
36. Controlo a mis hijos	S	CS	A	N
37. Menosprecio a mis hijos	S	CS	A	N
38. Le pego a mis hijos hasta cansarme	S	CS	A	N
39. Insulto a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
40. A mis hijos les exijo más de lo que pueden dar	S	CS	A	N
41. Comparo a mis hijos con otros niños	S	CS	A	N
42. Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	S	CS	A	N
43. Les pego a mis hijos porque lloran	S	CS	A	N
44. Les grito a mis hijos porque me piden demasiado	S	CS	A	N
45. Educo a mis hijos como yo fui educada	S	CS	A	N
46. Soy muy fría con mis hijos	S	CS	A	N
47. Frente a mis hijos me cuesta trabajo aceptar mis errores	S	CS	A	N
48. En mi casa hago las cosas sin pedir opinión a mis hijos	S	CS	A	N
49. Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen	S	CS	A	N
50. Regaño a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
51. Jaloneo a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
52. Les digo a mis hijos que son unos buenos para nada	S	CS	A	N
53. Cuando me piden dinero se los niego	S	CS	A	N
54. Cuando una persona se queja de mi hijo, creo más en la otra persona	S	CS	A	N
55. Escucho a mis hijos, cuando me cuentan sus problemas	S	CS	A	N
56. Entro al cuarto de mis hijos sin tocar la puerta	S	CS	A	N
57. Les pego a mis hijos porque son más importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
58. Regaño a mis hijos porque me quitan mucho tiempo	S	CS	A	N
59. Subestimo las capacidades de mis hijos	S	CS	A	N
60. Protejo a mis hijos	S	CS	A	N
61. Atiendo a mis hijos como una obligación	S	CS	A	N
62. Cuando me enoja, tomo cualquier cosa para pegarles	S	CS	A	N
63. Les grito a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
64. Cuando mis hijos toman mis cosas les pego	S	CS	A	N
65. Apoyo a mis hijos	S	CS	A	N
66. Me molesta que mis hijos me abracen	S	CS	A	N

67. Les pego a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
68. Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	S	CS	A	N
69. Insulto a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
70. Presiono mucho a mis hijos	S	CS	A	N
71. Les grito a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
72. Soy intolerante con mis hijos	S	CS	A	N
73. Insulto a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
74. Les dejo de hablar a mis hijos	S	CS	A	N
75. Les grito a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
76. Les brindo un trato bueno a mis hijos	S	CS	A	N
77. Hago sentir culpables a mis hijos	S	CS	A	N
78. Regaño a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
79. Les pego a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
80. Les grito a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
81. Insulto a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
82. Insulto a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
83. Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	S	CS	A	N
84. Rechazo a mis hijos	S	CS	A	N
85. Me enojo con mis hijos sin saber por qué	S	CS	A	N
86. Agredo a mis hijos cuando se burlan de mi	S	CS	A	N
87. Golpeo a mis hijos cuando ellos me retan	S	CS	A	N
88. Regaño a mis hijos porque me levantan la voz	S	CS	A	N
89. Les grito a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
90. Regaño a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
91. Cuando me enojo con mi pareja insulto a mis hijos	S	CS	A	N
92. Sé cómo tratar a mis hijos	S	CS	A	N
93. Insulto a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
94. Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos	S	CS	A	N
95. Cuando me enojo con mi pareja les grito a mis hijos	S	CS	A	N
96. Les grito a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
97. Les hablo con groserías cuando mis hijos hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
98. Les pego a mis hijos cuando me contestan	S	CS	A	N
99. Insulto a mis hijos cuando llegan a casa a la hora que quieren	S	CS	A	N
100. Les pego a mis hijos porque hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
101. Insulto a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
102. Cuando mis hijos me contestan los insulto	S	CS	A	N
103. Les grito a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
104. Cuando recuerdo que fui abusada sexualmente me desquito con mis hijos	S	CS	A	N
105. Les pego a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
106. Jaloneo a mis hijos porque son más importantes para	S	CS	A	N

mi pareja que yo				
107.Les pego a mis hijos por cualquier cosa	S	CS	A	N

ANEXO IV

Formato Guía para conocer la Historia del Maltrato Sufrido por las Madres y del Maltrato que ejercen sobre sus Hijos

Reactivos Infancia de la Madre

1. ¿Usted sabe si fue hijo(a) no deseado(a)?
2. ¿Fue víctima de maltrato en su infancia?
3. ¿Cómo la maltrataban?
4. ¿Cuáles eran los principales argumentos de sus padres para maltratarla?
5. Cuando era niña, ¿que métodos utilizaban sus padres para corregirla?
6. Si usted hacía una “travesura”, ¿cómo reaccionaban sus padres?
7. ¿Qué hacía cuando era maltratada?
8. ¿Qué hacía para evitar el maltrato?
9. Durante su infancia, ¿qué persona (madre, padre, tío(a), abuelo(a), padrino, etc.) recuerda que la maltrató?
10. ¿Habló alguna vez con sus padres sobre el maltrato recibido?
11. Cuando usted obtenía calificaciones bajas o reprobatorias en la escuela, ¿cómo reaccionaban sus padres?
12. Cuando era niña, ¿sufrió accidentes graves por descuido de sus padres?
13. ¿Alguna vez sus padres o alguien más la hirió físicamente?
14. ¿Tiene alguna cicatriz provocada por algún tipo de maltrato ocurrido en su infancia?
15. ¿Alguna vez sufrió acoso o abuso sexual durante su infancia?
16. Si así fue, ¿quién lo realizó, qué hizo usted y qué hicieron sus padres?

Reactivos Adolescencia de la Madre

17. ¿Fue maltratada en su casa en su adolescencia?
18. ¿Quién o quiénes la maltrataban?
19. ¿Cómo era ese maltrato, podría describirlo?
20. ¿Cómo se sentía ante el maltrato?
21. ¿Cómo reaccionaban sus padres cuando tenía problemas escolares?
22. Si usted tenía problemas o dudas y los comentaba con sus padres, ¿cuál era la actitud de ellos?
23. En su adolescencia, ¿qué sentimientos tenía hacia sus padres?
24. Si usted alguna vez agredió física y/o verbalmente a alguno de sus padres, describa el evento.
25. En su adolescencia, ¿qué situación de maltrato recuerda como más amenazante?

Reactivos Adulthood de la Madre

26. En su vida adulta, ¿alguien la maltrata o la ha maltratado?
27. Actualmente, ¿alguien la maltrata?
28. ¿Qué hace para evitarlo?
29. Si algún adulto la maltrata ya sea física y/o verbalmente, ¿cuál es su reacción?
30. ¿Usted ha golpeado y/o insultado a su esposo o pareja?
31. Si es así, ¿cómo ha reaccionado él ante tal situación?
32. ¿Usted considera que maltrata o ha maltratado a alguno de sus hijos ya sea física y /o verbalmente?

Reactivos Embarazo

1. ¿Cuáles fueron los sentimientos hacia su hijo(a) en el momento de saberse embarazada?
2. ¿Pensó en tomar alguna medida para detener el embarazo?
3. ¿Su pareja le apoyó emocionalmente durante el embarazo?
4. ¿El desarrollo del embarazo fue normal o hubo complicaciones?
5. Justo cuando nació su hijo(a), ¿cuáles fueron los sentimientos de usted y su esposo (o pareja) hacia el niño(a)?
6. ¿Su pareja la abandonó cuando usted se embarazó?

Reactivos Infancia del Hijo(a)

7. ¿Siente culpa cuando castiga a su hijo(a)?
8. ¿Ha deseado la muerte de su hijo(a)?
9. ¿Pasó por su cabeza cómo hacerlo?, si es así descríballo.
10. ¿Ha maltratado severamente a su hijo(a)?
11. ¿Cómo reacciona su esposo cuando maltrata a su hijo(a)?
12. Al maltratar a su hijo(a), ¿pierde el control?, ¿siente que no puede detenerse?
13. ¿Por qué cree que le pasa esto?
14. ¿Cuando maltrata a su hijo(a) es para corregirlo?
15. ¿Chantajea a sus hijos?
16. ¿Cómo controla a sus hijos?
17. ¿Cómo se siente al controlar a sus hijos?
18. Si sus hijos le piden que se controle, ¿lo puede hacer?
19. ¿En qué circunstancias golpea a su hijo(a)?

20. ¿Qué comportamiento y/o actitud de su hijo(a) le resulta intolerante?
21. ¿Qué sentimientos cree que despierta en sus hijos cuando los maltrata?
22. Cuando está en casa, ¿qué le molesta de su hijo(a) y cómo reacciona ante ello?
23. ¿Se disculpa ante ellos después de haberlos maltratado?
24. ¿Usted provoca o ha provocado alguna situación para maltratar a su hijo(a)?
25. ¿Le funcionan las amenazas para corregir a sus hijos?
26. ¿Acostumbra insultar a sus hijos cuando trata de corregirlos?

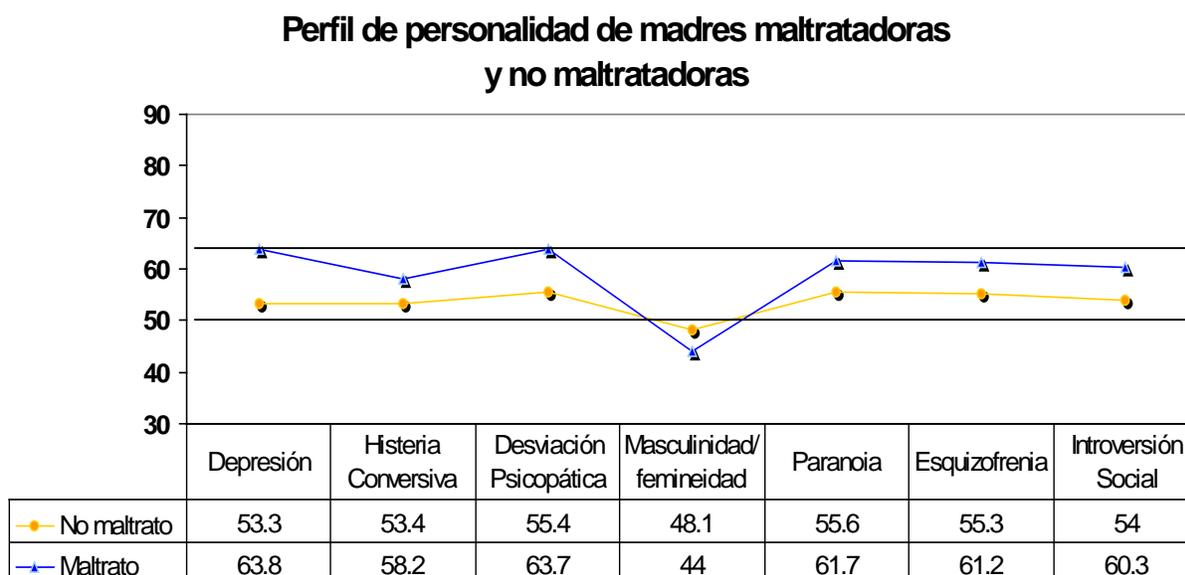
Reactivos Adolescencia del hijo(a)

27. Si su hijo(a) se encuentra en la adolescencia, ¿sigue maltratándolo(a) o comienza a maltratarlo(a)?
28. ¿Podría describir el tipo de maltrato que ejerce hacia ellos?
29. ¿Chantajea a su hijo(a) adolescente?
30. ¿Considera que usted es demandante con sus hijos?
31. Si está maltratando a su hijo(a), ¿su esposo puede detenerla?
32. ¿Su hijo(a) la ha maltratado de alguna forma?
33. ¿Su hijo(a) ha sido acosado o abusado sexualmente?
34. ¿Usted qué hizo?
35. ¿Convive socialmente con su hijo(a)?

Anexo V

Comparación de Perfiles de Rasgos de Personalidad con Diferentes puntos de Corte

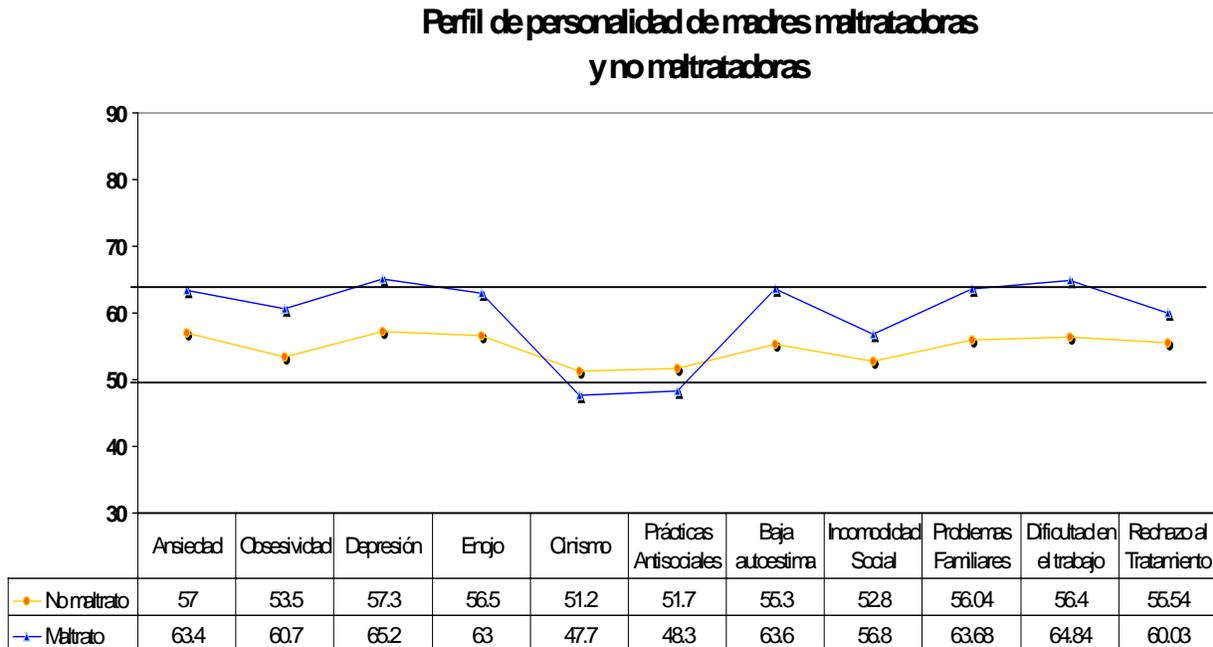
Figura 1A. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte <25 >) N=200.



Escalas clínicas

Como puede verse en todas y cada una de las medias que aparecen en la Fig. 1 A son más altas las de las madres maltratadoras que las de las no maltratadoras con excepción de la variable masculinidad/femineidad. Cabe señalar que el perfil obtenido con puntos de corte <25> es prácticamente el mismo que se obtuvo en el análisis de correspondencia (ver fig 1) y el mismo que el del análisis original (ver Fig. 1) con la ventaja de que no aparecen las escalas de hipocondriasis e hipomanía que no resultaron estadísticamente significativas.

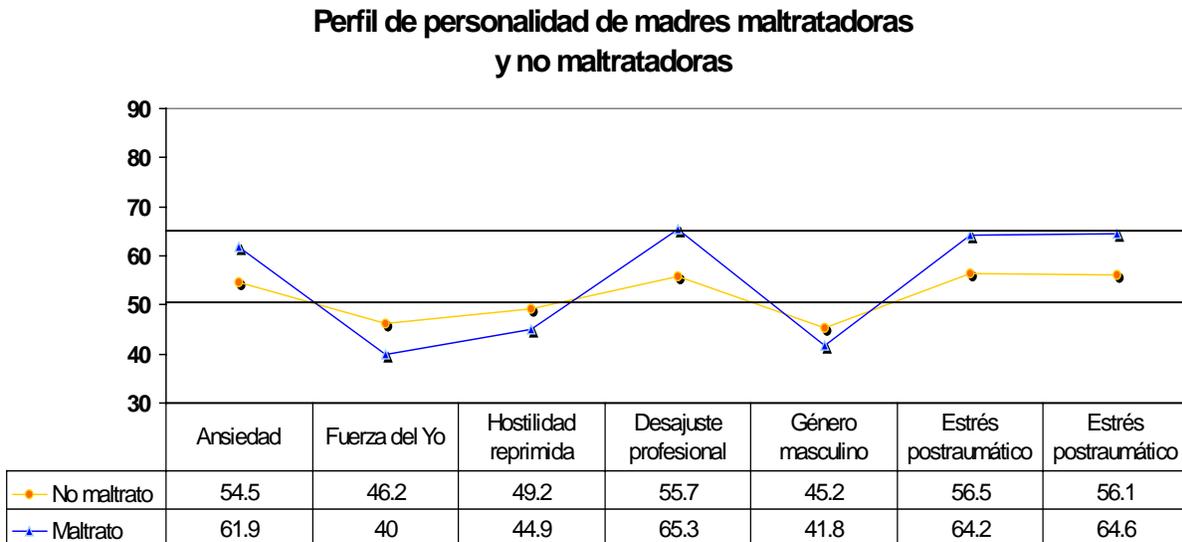
Figura 2A. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte <25 >) N=200.



Escala de contenido

Al observar la figura 2A de las escalas de contenido puede verse que todas y cada una de las medias son más altas en el grupo de las madres maltratadoras que las medias de las no maltratadoras con excepción de las variables Cinismo y Prácticas Antisociales. Puede verse que desaparecieron las escalas del análisis original de nuevo, Preocupación por la Salud y Pensamiento Delirante (no estadísticamente significativos) y la Personalidad de Tipo A que si se encontraba.

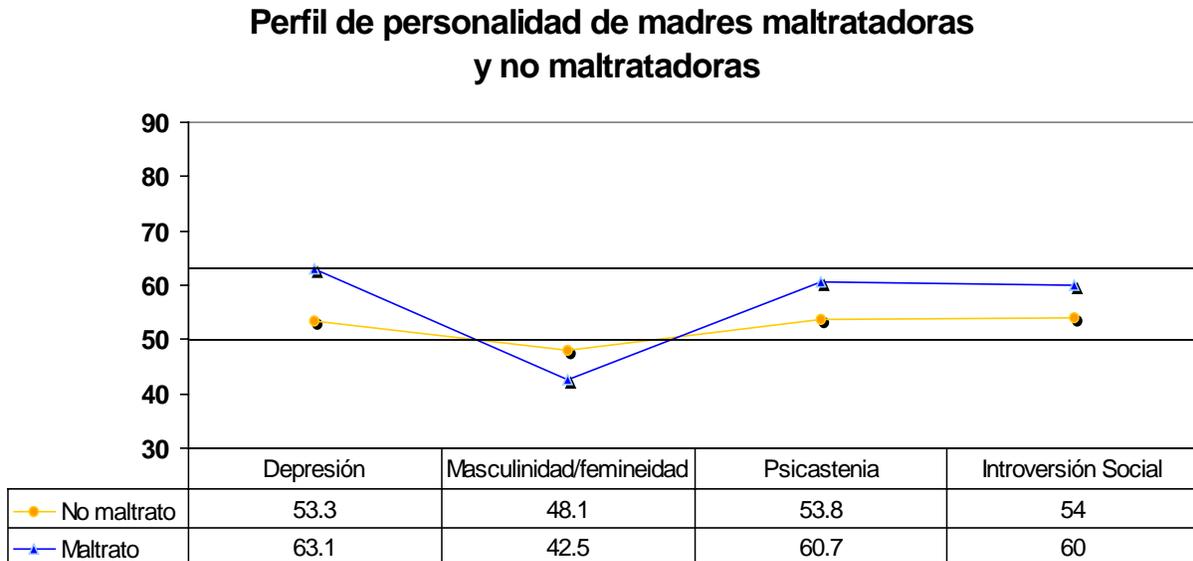
Figura 3A. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (Puntos de corte < 25 >) N=200.



Escalas suplementarias

Respecto a la figura 3A en las escalas suplementarias, puede verse que las medias correspondientes a las variables Ansiedad, Desajuste Profesional, Estrés Postraumático de Keane y Estrés Postraumático de Schlenger presentan puntuaciones más altas en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras. En cambio, en sentido inverso son más altas las medias de Fuerza del Yo, Hostilidad reprimida y Género masculino en las madres no maltratadoras. Cabe señalar que desaparecieron las escalas de Represión, Alcoholismo de Mc-Andrew, Responsabilidad Social, Género Femenino, que en el análisis original no resultaron estadísticamente significativas y la escala de Dominancia que sí había resultado significativa. En suma los perfiles obtenidos con los puntos de corte <25> resultaron similares a los obtenidos en el análisis original (ver fig 3).

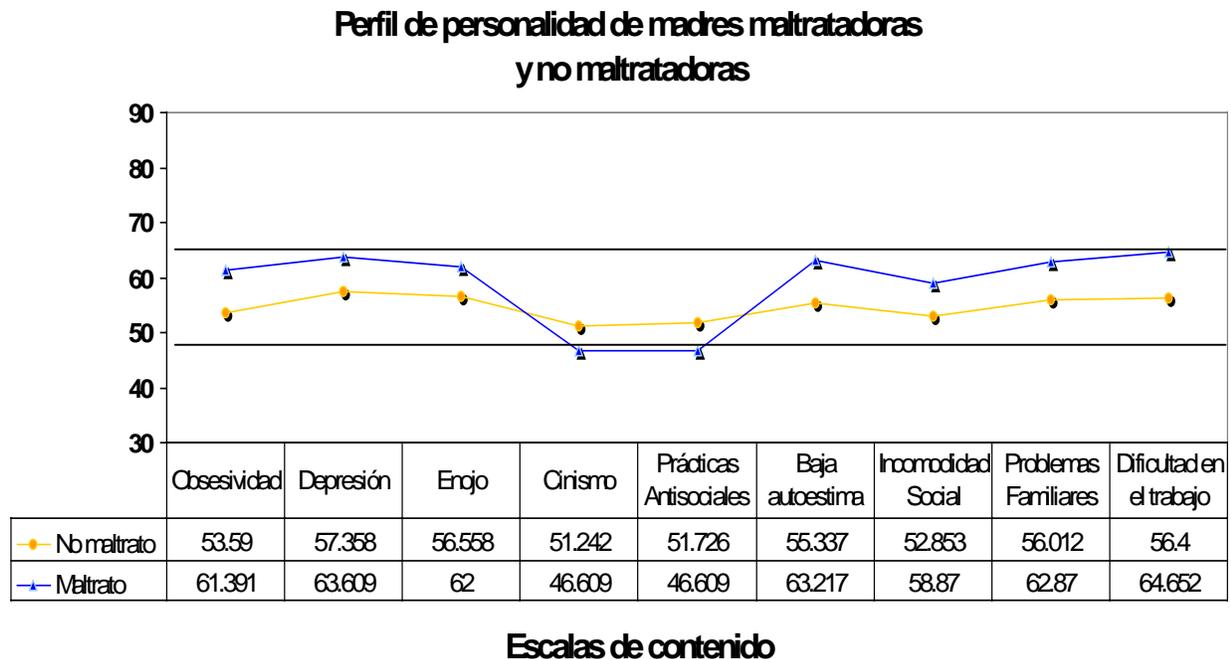
Figura 1B. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (Puntos de corte >50).



Escalas clínicas

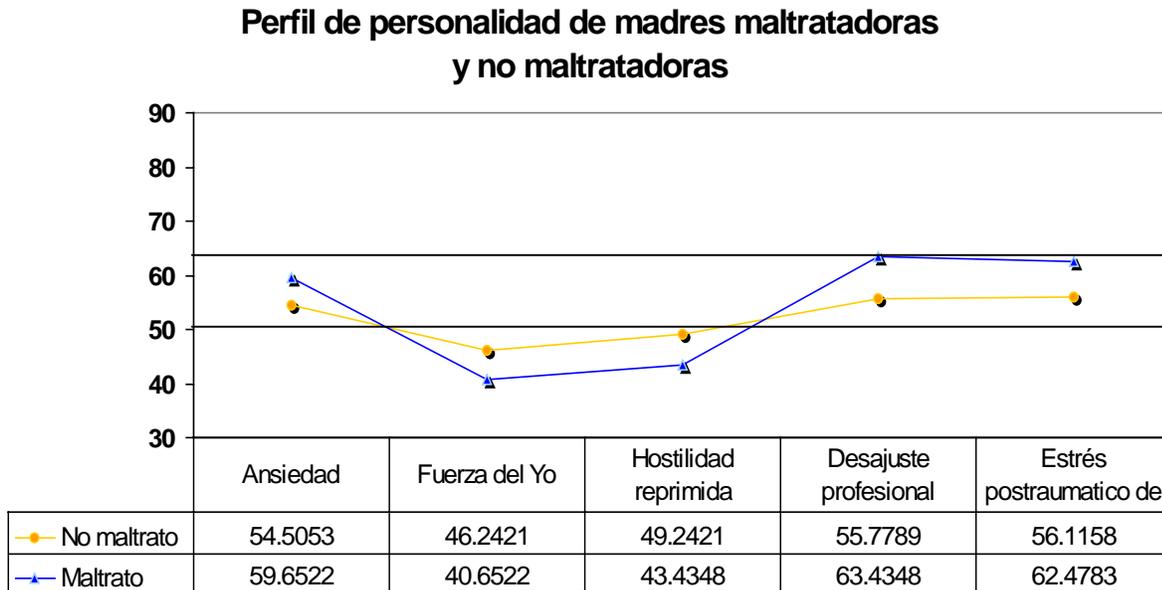
Con el punto de corte más estricto (<25 > 50) puede identificarse en la fig 1B que los puntajes promedio de las Escalas Clínicas de las variables Depresión, Psicastenia e Introversión Social son más altos en el grupo de las madres maltratadoras que en el grupo de las no maltratadoras y que la variable Masculinidad-Femineidad, tiende a disminuir de manera significativa más en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras.

Figura 2B. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte > 50).



En la figura 2B, se observa que en las Escalas de Contenido son más altas las medias de las variables asociadas a conductas sintomáticas internas integradas por las escalas de Obsesividad y Depresión. Tendencias agresivas externas relacionadas con Enjo. Concepto negativo de sí mismas, asociado a Baja autoestima.

Figura 3B. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte >50).



Escalas suplementarias

Por último en la figura 3B en las escalas suplementarias puede observarse que las medias correspondientes a las variables Ansiedad, Desajuste Profesional y Estrés Postraumático de Keane tienen promedios más altos en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras. En cambio, en sentido inverso, son más altas las medias de Fuerza del Yo, Hostilidad reprimida en las madres no maltratadoras. Cabe mencionar que con este punto de corte más estricto se reduce todavía más el número de escalas significativas quedando presentes solo 5 de ellas comparadas con las 7 del punto de corte <25> y con las 12 escalas del análisis original (ver fig 3).

ANEXO I

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2

Lucio y León, (2003). El MMPI-2 proporciona puntuaciones y perfiles objetivos derivados de normas nacionales representativas. Se dispone también de los resultados de muchos años de investigación sobre las escalas y sus patrones de interrelación, para orientar la interpretación de las puntuaciones de la prueba.

Estudios de normativización, confiabilidad y validez del MMPI-2 en México.

En México la prueba se aplicó a una muestra de 1920 estudiantes de la UNAM (Lucio y Reyes, 1994). Se seleccionó una muestra representativa de la población universitaria, de las diversas carreras que ofrece la UNAM. La muestra se obtuvo al azar, para lo cual resultaron sorteadas las facultades de Artes Plásticas, Contaduría y Administración, y Ciencias como representativas de dicha población. Originalmente se seleccionaron 2246 estudiantes, equivalentes al 10% de la población universitaria de la UNAM. Se excluyeron algunos sujetos por diversas razones, como el que su edad no cayera en el rango entre 17 y 36 años, el que los datos de identificación del protocolo fueran incompletos (por ejemplo, el no marcar el sexo, la edad) o el no cumplir con los criterios de validez del protocolo. Los criterios de validez que se consideraron fueron los siguientes:

- ==> Índice de Gough hasta 9
- ==> Verdaderos hasta 454 (80%)
- ==> Falsos hasta 454 (80%)
- ==> Sin respuesta hasta 29
- ==> INVER entre 5 y 13
- ==> INVAR hasta 13
- ==> Fp hasta 11
- ==> F hasta 20

En estas investigaciones se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre la población mexicana y la población estadounidense, pero menores a las que se encontraban con el MMPI original. La mayor parte de estas diferencias son pequeñas y poco relevantes pues en ninguna de las escalas clínicas la población mexicana llega a presentar medias que caigan por arriba de T 55, ni mucho menos dentro de niveles psicopatológicos como sucedía con la primera versión del instrumento. Esto en tanto en lo que se refiere a las escalas básicas, como a las de contenido y a las suplementarias.

Por lo que respecta a las escalas básicas en los varones, las mayores diferencias se encontraron en las escalas L (Mentiras) y 8 (Esquizofrenia). En las mujeres las diferencias más amplias se encontraron también en la escala L y en la 5 (Masculinidad-Femineidad) (Lucio, Reyes y Scott, 1994).

Los estudios de validez indican que la estructura factorial de las escalas básicas es semejante en los estudiantes mexicanos y estadounidenses. En las escalas de contenido la semejanza es también marcada.

Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población mexicana estudiada tanto en lo que se refiere a las escalas básicas, como a las de contenido y las suplementarias.

Finalmente, es importante enfatizar que el MMPI-2 parece más adecuado que el MMPI original para evaluar población mexicana. En los diversos estudios realizados hasta el momento, el instrumento ha mostrado altos índices de confiabilidad además de validez interna y externa.

Sin embargo es importante aplicar el MMPI-2 a muestras representativas de diversas regiones y sectores del país para que el instrumento sea estandarizado a nivel nacional.

En México la Facultad de Psicología de la UNAM tiene reservados los derechos para calificar e interpretar el instrumento de manera computarizada. En la

actualidad existe ya un programa para calificar el MMPI-2 y se pretende desarrollar un programa para la interpretación del mismo.

Las condiciones necesarias para aplicar la prueba

La situación típica de prueba para aplicar el MMPI-2 requiere espacio adecuado en una mesa para poder extender el cuadernillo y la hoja de respuestas de la prueba; buena iluminación, una silla cómoda y un ambiente en el que no haya interrupciones ni distracciones.

Los cuadernillos

Este tipo de formato permite que se pueda aplicar la prueba a grupos. Los reactivos se presentan en un cuadernillo de pruebas que puede volverse a utilizar, va acompañado de una hoja de respuestas individual para las contestaciones de cada uno de los sujetos; el cuadernillo presenta 567 reactivos; las escalas básicas se califican utilizando los primeros 370 reactivos, pero es deseable que el sujeto conteste toda la prueba para poder calificar las escalas suplementarias.

Calificación por computadora

En México la calificación por computadora puede hacerse solamente en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Cómo interpretar el MMPI-2

La formulación de hipótesis interpretativas provenientes de los datos resumidos en el perfil clínico del MMPI-2 se establece sobre tres diferentes aspectos de estas puntuaciones interrelacionados entre sí: la aceptación de las puntuaciones del perfil determinada por los indicadores de validez; la elevación absoluta de las escalas componentes en comparación con las normas de puntuación T correspondientes y las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual. A su vez, estas configuraciones

reflejan la confiabilidad y los patrones de las relaciones entre las diversas escalas del perfil.

Un esquema para interpretar tanto el perfil básico paso por paso como la información adicional que se deriva de un registro del MMPI-2 incluye:

1. Evaluar la validez del registro para la interpretación individual que incluya la determinación de la actitud que tuvo el sujeto al contestar el inventario y el grado en que las respuestas a la prueba están de acuerdo con la información que se deriva de otros antecedentes que se tienen sobre dicho sujeto.
2. Examinar las puntuaciones de las escalas clínicas del perfil básico para generar una lista de líneas posibles de interpretación con respecto a la personalidad y estado emocional actual del sujeto de la prueba.
3. Consultar varias guías sobre la interpretación del MMPI para encontrar correlaciones comunes con el patrón de la clave, generado por el perfil clínico, que incluyan alternativas psicodiagnósticas posibles.
4. Determinar con respecto a las escalas que presentan por lo menos una elevación moderada, las subescalas que contribuyen a dichas elevaciones tomando en cuenta los temas que preocupan principalmente al sujeto de la prueba.
5. Observar si existen frases significativas que puedan haber sido marcadas por el sujeto y que indiquen que existen problemas especiales o síntomas y preocupaciones que no se sospechaban con anterioridad.
6. Examinar las puntuaciones de las escalas de contenido y suplementarias para ampliar las hipótesis de interpretación ya generadas y para formular un resumen coherente de la dinámica de la personalidad, así como el tipo de diagnóstico del sujeto de la prueba, con las limitaciones pertinentes acerca de la confiabilidad de estas conclusiones, con base en las puntuaciones de los diversos indicadores de validez.

Disposiciones especiales al contestar la prueba

Hay varias disposiciones especiales y actitudes para contestar la prueba por medio de las cuales el sujeto puede enfrentarse a un instrumento de evaluación como es el MMPI. Las personas pueden avalar todos los reactivos, ya sea como verdaderos o falsos.

El uso de dos escalas de inconsistencia de respuestas INVER (Inconsistencia en las respuestas verdaderas) e INVAR (Inconsistencia en las variables), puede resultar muy útil para esta evaluación. La escala INVER tiene sensibilidad con respecto a la tendencia a dar solo un tipo de respuesta (la repetición de respuestas verdadero o falso) a los reactivos del MMPI-2, sin tener en cuenta el contenido de las frases. Las puntuaciones INVAR reflejan una tendencia general a no tomar en cuenta el contenido de los reactivos al marcar las respuestas en el inventario.

La escala K (de corrección) es el más complejo de los indicadores de validez. El contenido de sus reactivos cubre una amplitud de características que muchos individuos prefieren negar acerca de ellos mismos o de sus familias. De tal manera que las puntuaciones por arriba de la media en la escala K pueden reflejar la tendencia a que de una manera sutil, las respuestas se inclinen en el sentido de minimizar la existencia de un control emocional pobre e ineficiencia personal.

Es de vital importancia que una elevación específica de la escala K se evalúe dentro del contexto de la demás información acerca del sujeto de la prueba. Es decir, se necesitan los datos sobre la historia de un individuo y sus circunstancias actuales, para poder distinguir entre el sujeto que funciona bien y es psicológicamente sano, y el que tiene una actitud marcadamente defensiva y evasiva hacia el inventario.

Las escalas clínicas

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis). Muchos de los reactivos que conforman esta escala reflejan síntomas particulares o quejas específicas, pero muchos otros reflejan una preocupación corporal general o una tendencia de otros individuos a estar centrados en sí mismos.

Escala 2 (D: Depresión). Los reactivos que conforman esta escala reflejan no sólo el sentimiento de desesperanza, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de los individuos deprimidos, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpable.

Escala 3 (Hi: Histeria Conversiva). Los componentes de la prueba reflejan dichas quejas físicas o desordenes específicos, pero muchos otros involucran la negación de problemas en la vida personal o la falta de ansiedad social frecuentemente observada en individuos con estas defensas.

Escala 4 (Dp: Desviación psicopática). Los reactivos en esta escala involucran la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas; otros reactivos reflejan su falta de interés por la mayor parte de las normas sociales y morales de conducta

Escala 5 (Mf: Masculinidad-femineidad). Los reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general, difieren. Como las puntuaciones T en esta escala para mujeres corren de manera opuesta a aquellas de los hombres, la escala 5 es esencialmente inversa para los dos sexos (con excepción de 4 reactivos que trabajan igual para ambos sexos). Esta escala debe interpretarse con muchas reservas en la población mexicana femenina, pues la escala 5 parece ser la más influenciada por la cultura: las mujeres mexicanas muestran un rol de género que se ajusta poco al rol femenino estadounidense (Lucio y Reyes, 1994).

Escala 6 (Pa: Paranoia). El contenido de los reactivos refleja susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros. En algunos de estos reactivos se incluye también el estar centrado en sí mismo y la inseguridad.

Escala 7 (Pt: Psicatenia). Esta escala corresponde a la designación actual de desorden obsesivo-compulsivo. Aunque el contenido de los reactivos se refiere en parte a síntomas diversos, la escala en general refleja mas bien ansiedad y angustia (o emotividad negativa), así como normas morales estrictas, tendencia a culparse porque las cosas no salen bien y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos.

Escala 8 (Es: Esquizofrenia). El contenido de los reactivos cubría un amplio rango de conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada en estos sujetos.

Escala 9 (Ma: Hipomanía). El contenido de los reactivos refleja las características asociadas a ella (ambición exagerada, extraversión y aspiraciones elevadas).

Escala 0 (Is: Introversión social). Las tres subescalas, timidez/autoconcepto (Is1), evitación social (Is2); enajenación de sí mismo y otros (Is3).

Las escalas suplementarias

En el MMPI-2 se presenta un grupo de escalas adicionales para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y para ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. En la interpretación de las escalas suplementarias, no hay un límite absoluto para las puntuaciones altas y bajas. En general las puntuaciones T mayores a 65 deben considerarse como puntuaciones altas, y las puntuaciones debajo de 40 como puntuaciones bajas.

Escalas suplementarias tradicionales

El material interpretativo para estas cuatro escalas es, en general, más completo que para otras medidas más novedosas que se ofrecen actualmente en el MMPI-2.

Escala de Ansiedad (A). Las puntuaciones altas reflejan angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios. Las puntuaciones elevadas se dan en sujetos que tienden a ser inhibidos, con un control exagerado de sus impulsos. Estas personas son además incapaces de tomar decisiones, inseguras y sumisas. Por otra parte son perturbadas fácilmente en situaciones sociales. Por el contrario las puntuaciones bajas reflejan ausencia de angustia emocional. Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser, además, enérgicas, comprensivas y socialmente extrovertidas. Estas personas pueden mostrarse también incapaces de tolerar la frustración y generalmente prefieren la acción a la reflexión.

Escala de Represión (R). Las personas que tienen puntuación alta en esta escala, tienden a ser personas convencionales y sumisas. Además se esfuerzan por evitar disgustos o situaciones desagradables.

Las personas con puntuaciones bajas en la escala R se muestran desinhibidas, energéticas y expresivas. Pueden ser también poco formales e inquietas; además de astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones con otros.

Escala Fuerza del yo (Fyo). Es una medida tanto de adaptación y entereza como de recursos personales y del funcionamiento eficiente de un sujeto. Es también un buen indicador general de salud psicológica. Las puntuaciones altas en Fyo se asocian con espontaneidad, buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia personal y buen funcionamiento físico. Las personas con puntuaciones altas son capaces de solucionar y manejar el estrés, así como recuperarse de los problemas.

Las personas con puntuaciones bajas en la escala Fyo tienden a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente. Los sujetos con puntuaciones bajas pueden tener

además un pobre concepto de sí mismos y dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas.

Escala de alcoholismo de MacAndrew-revisada (A-MAC). Las investigaciones con esta escala sugieren que las puntuaciones elevadas pueden estar asociadas con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente. Las puntuaciones brutas de 28 o más sugieren que se abusa marcadamente de las sustancias. Las puntuaciones entre 24 y 27, sugieren que se abusa, en cierto modo de sustancias pero habrá muchos positivos falsos en este nivel. Las puntuaciones abajo de 24 indican ausencia de problema de abuso de sustancias.

Las puntuaciones altas en esta escala además de sugerir la posibilidad de un abuso de sustancias, son característicos de personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos. Las personas con bajas puntuaciones tienden a mostrarse introvertidas, tímidas y con poca confianza en sí mismas.

Escalas suplementarias adicionales

Escala de Hostilidad reprimida (HR). Megargee, Cook y Mendelsohn, (1967). Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración para desquitarse.

Las puntuaciones elevadas en esta escala son características de personas que tienden generalmente a responder apropiadamente a la provocación pero que ocasionalmente muestran respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente. Se dispone de poca información en cuanto a puntuaciones bajas; se puede tratar inclusive de personas crónicamente agresivas o individuos que expresan agresión apropiadamente.

Escala de Dominancia (Do). Las puntuaciones altas se asocian con el equilibrio, la confianza, la seguridad en sí mismo y la iniciativa social; la

perseverancia, la resolución y el liderazgo de grupo, son también características de personas que presentan puntuaciones altas en esta escala.

Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser sumisas, poco enérgicas y fácilmente se dejan sugestionar por otros individuos. Además, carecen de confianza en sí mismas y sienten que manejan sus problemas inadecuadamente.

Escala de Responsabilidad social (Rs). Los sujetos con puntuaciones altas en la escala Rs tienden a conceptuarse a sí mismos y a aceptar las consecuencias de su propia conducta. Se les considera dignos de confianza y personas íntegras, con sentido de responsabilidad para con el grupo. Por el contrario, las personas con puntuaciones bajas en esta escala no pueden verse a sí mismos ni ser percibidos por otras personas, como dispuestos a aceptar las consecuencias de su propio comportamiento. Estos últimos son sujetos carentes de responsabilidad, poco dignos de confianza, además, faltos de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con el grupo.

Escala de Desajuste profesional (Dpr). Las personas con puntuaciones altas en la escala Dpr parecen estar poco adaptadas, además de ser generalmente ineficientes, pesimistas y angustiadas. Los sujetos con puntuaciones bajas en Dpr tienden a ser bien adaptados, optimistas y concientes.

Escala de Género masculino y femenino (GM y GF). Las investigaciones preliminares de estas dos medidas del rol de género, indican que para sujetos masculinos la escala GM se relaciona con una gran confianza en sí mismos, perseverancia marcada y amplitud de intereses, además de la carencia de temores o sentimientos de autorreferencia. Para las mujeres GM también se relaciona con una gran confianza en sí mismas, con honestidad y disposición para probar nuevas cosas, también indica ausencia de preocupaciones y sentimientos de autorreferencia.

Para sujetos masculinos la escala GF se relaciona con religiosidad, la tendencia a no hacer juramentos o maldecir, además de ser francos en señalar a otros sus faltas personales. Esta escala también se correlaciona con ser

impositivo, tener poco control sobre el propio temperamento y propensión al abuso del alcohol y las drogas (no prescritas).

Escalas de desorden de estrés postraumático (EPK y EPS). Estas dos escalas tienden, en gran parte a ser independientes una de la otra; ambas pueden usarse conjuntamente para mejorar la clasificación diagnóstica.

Las escalas finales fueron:

Ansiedad (ANS). Miedos (MIE). Obsesividad (OBS). Depresión (DEP). Preocupación por la salud (SAU). Pensamiento delirante (DEL). Enojo (ENJ). Cinismo (CIN). Prácticas antisociales (PAS). Personalidad tipo A (PTA). Baja autoestima (BAE). Incomodidad social (ISO). Problemas familiares (FAM). Dificultad en el trabajo (DTR), (Lucio y León, 2003).

ANEXO II

Cuestionario de datos sociodemográficos y de detección de maltrato por parte de la madre

A continuación se le hará una serie de preguntas con el objeto de evaluar su problema y brindarle un mejor servicio. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

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 cursó, marcando una S si concluyó ese nivel o una N si no lo completó). Si es una carrera técnica, licenciatura o posgrado especifique la carrera):

Último grado	S	N	
1. Primaria			
2. Secundaria			
3. Bachillerato			
4. Carrera técnica	Especifique		
5. Licenciatura			
6. Posgrado			

Ocupación (tache la respuesta correcta):

- 1) Hogar 2) Ejerce su profesión 3) Comercio / Ventas
4) Otro (especifique) _____ 5) Mismo que el de la pareja.

Vive en:

- 1) Vivienda propia 2) Vivienda rentada 3) Vive con algún familiar
4) Vive en casa de algún amigo 5) Otro (especifique)

Teléfono: _____

Dirección: _____

Tiene hermanos (as) SI _____ NO _____

Si tiene hermanos (as) ¿Cuántos son? _____

¿Qué lugar
usted? _____

ocupa

Tiene hijos adoptivos NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____
Tiene hijastros NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____
Tiene hijos de su pareja anterior NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____
Tiene hijos de la pareja actual NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____

Hombres _____ Mujeres _____

Edad de hombres _____ Edad de mujeres _____

¿A cuál o cuáles de sus hijos maltrata?

Edad de su hijo (s) que maltrata

Sexo del hijo (s) que maltrata

Lo maltrata físicamente SI () NO ()
Lo maltrata emocionalmente SI () NO ()
Lo maltrata sexualmente SI () NO ()
Lo maltrata abandonándolo SI () NO ()

Otra forma de maltrato. Especifique:

Tiene pareja NO _____ SI _____

¿Cuánto tiempo lleva viviendo con su
pareja? _____

Edad de su pareja _____

ANEXO III

Escala para detectar a Madres que Maltraten Física y/o Emocionalmente (EDMM)

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una serie de afirmaciones, marque las respuestas que reflejen el comportamiento que tiene usted hacia sus hijos. Sus respuestas son confidenciales, le pedimos que responda honestamente ya que no hay respuestas buenas ni malas.

Procure responder todas las preguntas.

Opciones de respuesta: S= Siempre CS= Casi siempre A= A veces N= Nunca	Opciones de repuesta			
	S	CS	A	N
1. Daño a mis hijos emocionalmente	S	CS	A	N
2. Soy autoritaria con mis hijos	S	CS	A	N
3. Me cuesta trabajo controlarme cuando me enoja	S	CS	A	N
4. Maltrato a mis hijos físicamente	S	CS	A	N
5. Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
6. Soy agresiva con mis hijos	S	CS	A	N
7. Los golpes son la mejor forma de educar a los hijos	S	CS	A	N
8. Me enoja con facilidad cuando no me obedecen	S	CS	A	N
9. Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
10. Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	S	CS	A	N
11. Descargo mi frustración con mis hijos	S	CS	A	N
12. Les grito a mis hijos cuando son necios	S	CS	A	N
13. Insulto a mis hijos	S	CS	A	N
14. Cuando les pasa algo malo, a mí me da gusto	S	CS	A	N
15. A mis hijos les hablo con groserías	S	CS	A	N
16. A mis hijos les pego cuando me desobedecen	S	CS	A	N
17. Jaloneo a mis hijos cuando no me hacen caso	S	CS	A	N
18. Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
19. Castigo a mis hijos quitándoles lo que más les gusta	S	CS	A	N
20. Insulto a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
21. Me molesta que mis hijos se rebelen	S	CS	A	N
22. Jaloneo a mis hijos porque son más importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
23. Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
24. Les grito a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
25. Insulto a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
26. Me niego cuando mis hijos quieren hablar conmigo	S	CS	A	N
27. Critico la música que les gusta a mis hijos	S	CS	A	N
28. Les prohíbo ciertas amistades	S	CS	A	N
29. Cuando mis hijos no hacen lo que les digo los insulto	S	CS	A	N

30. Les niego permisos sin razón	S	CS	A	N
31. Golpeo a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
32. Daño a mis hijos	S	CS	A	N
33. Les pego a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
34. Les pego a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
35. Chantajeo a mis hijos	S	CS	A	N
36. Controlo a mis hijos	S	CS	A	N
37. Menosprecio a mis hijos	S	CS	A	N
38. Le pego a mis hijos hasta cansarme	S	CS	A	N
39. Insulto a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
40. A mis hijos les exijo más de lo que pueden dar	S	CS	A	N
41. Comparo a mis hijos con otros niños	S	CS	A	N
42. Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	S	CS	A	N
43. Les pego a mis hijos porque lloran	S	CS	A	N
44. Les grito a mis hijos porque me piden demasiado	S	CS	A	N
45. Educo a mis hijos como yo fui educada	S	CS	A	N
46. Soy muy fría con mis hijos	S	CS	A	N
47. Frente a mis hijos me cuesta trabajo aceptar mis errores	S	CS	A	N
48. En mi casa hago las cosas sin pedir opinión a mis hijos	S	CS	A	N
49. Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen	S	CS	A	N
50. Regaño a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
51. Jaloneo a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
52. Les digo a mis hijos que son unos buenos para nada	S	CS	A	N
53. Cuando me piden dinero se los niego	S	CS	A	N
54. Cuando una persona se queja de mi hijo, creo más en la otra persona	S	CS	A	N
55. Escucho a mis hijos, cuando me cuentan sus problemas	S	CS	A	N
56. Entro al cuarto de mis hijos sin tocar la puerta	S	CS	A	N
57. Les pego a mis hijos porque son más importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
58. Regaño a mis hijos porque me quitan mucho tiempo	S	CS	A	N
59. Subestimo las capacidades de mis hijos	S	CS	A	N
60. Protejo a mis hijos	S	CS	A	N
61. Atiendo a mis hijos como una obligación	S	CS	A	N
62. Cuando me enoja, tomo cualquier cosa para pegarles	S	CS	A	N
63. Les grito a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
64. Cuando mis hijos toman mis cosas les pego	S	CS	A	N
65. Apoyo a mis hijos	S	CS	A	N
66. Me molesta que mis hijos me abracen	S	CS	A	N
67. Les pego a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N

68. Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	S	CS	A	N
69. Insulto a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
70. Presiono mucho a mis hijos	S	CS	A	N
71. Les grito a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
72. Soy intolerante con mis hijos	S	CS	A	N
73. Insulto a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
74. Les dejo de hablar a mis hijos	S	CS	A	N
75. Les grito a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
76. Les brindo un trato bueno a mis hijos	S	CS	A	N
77. Hago sentir culpables a mis hijos	S	CS	A	N
78. Regaño a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
79. Les pego a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
80. Les grito a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
81. Insulto a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
82. Insulto a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
83. Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	S	CS	A	N
84. Rechazo a mis hijos	S	CS	A	N
85. Me enojo con mis hijos sin saber por qué	S	CS	A	N
86. Agredo a mis hijos cuando se burlan de mi	S	CS	A	N
87. Golpeo a mis hijos cuando ellos me retan	S	CS	A	N
88. Regaño a mis hijos porque me levantan la voz	S	CS	A	N
89. Les grito a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
90. Regaño a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
91. Cuando me enojo con mi pareja insulto a mis hijos	S	CS	A	N
92. Sé cómo tratar a mis hijos	S	CS	A	N
93. Insulto a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
94. Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos	S	CS	A	N
95. Cuando me enojo con mi pareja les grito a mis hijos	S	CS	A	N
96. Les grito a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
97. Les hablo con groserías cuando mis hijos hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
98. Les pego a mis hijos cuando me contestan	S	CS	A	N
99. Insulto a mis hijos cuando llegan a casa a la hora que quieren	S	CS	A	N
100. Les pego a mis hijos porque hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
101. Insulto a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
102. Cuando mis hijos me contestan los insulto	S	CS	A	N
103. Les grito a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
104. Cuando recuerdo que fui abusada sexualmente me desquito con mis hijos	S	CS	A	N
105. Les pego a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
106. Jaloneo a mis hijos porque son más importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
107. Les pego a mis hijos por cualquier cosa	S	CS	A	N

ANEXO IV

Formato Guía para conocer la Historia del Maltrato Sufrido por las Madres y del Maltrato que ejercen sobre sus Hijos

Reactivos Infancia de la Madre

1. ¿Usted sabe si fue hijo(a) no deseado(a)?
2. ¿Fue víctima de maltrato en su infancia?
3. ¿Cómo la maltrataban?
4. ¿Cuáles eran los principales argumentos de sus padres para maltratarla?
5. Cuando era niña, ¿que métodos utilizaban sus padres para corregirla?
6. Si usted hacía una “travesura”, ¿cómo reaccionaban sus padres?
7. ¿Qué hacía cuando era maltratada?
8. ¿Qué hacía para evitar el maltrato?
9. Durante su infancia, ¿qué persona (madre, padre, tío(a), abuelo(a), padrino, etc.) recuerda que la maltrató?
10. ¿Habló alguna vez con sus padres sobre el maltrato recibido?
11. Cuando usted obtenía calificaciones bajas o reprobatorias en la escuela, ¿cómo reaccionaban sus padres?
12. Cuando era niña, ¿sufrió accidentes graves por descuido de sus padres?
13. ¿Alguna vez sus padres o alguien más la hirió físicamente?
14. ¿Tiene alguna cicatriz provocada por algún tipo de maltrato ocurrido en su infancia?
15. ¿Alguna vez sufrió acoso o abuso sexual durante su infancia?
16. Si así fue, ¿quién lo realizó, qué hizo usted y qué hicieron sus padres?

Reactivos Adolescencia de la Madre

17. ¿Fue maltratada en su casa en su adolescencia?
18. ¿Quién o quiénes la maltrataban?
19. ¿Cómo era ese maltrato, podría describirlo?
20. ¿Cómo se sentía ante el maltrato?
21. ¿Cómo reaccionaban sus padres cuando tenía problemas escolares?
22. Si usted tenía problemas o dudas y los comentaba con sus padres, ¿cuál era la actitud de ellos?
23. En su adolescencia, ¿qué sentimientos tenía hacia sus padres?
24. Si usted alguna vez agredió física y/o verbalmente a alguno de sus padres, describa el evento.
25. En su adolescencia, ¿qué situación de maltrato recuerda como más amenazante?

Reactivos Adulthood de la Madre

26. En su vida adulta, ¿alguien la maltrata o la ha maltratado?
27. Actualmente, ¿alguien la maltrata?
28. ¿Qué hace para evitarlo?
29. Si algún adulto la maltrata ya sea física y/o verbalmente, ¿cuál es su reacción?
30. ¿Usted ha golpeado y/o insultado a su esposo o pareja?
31. Si es así, ¿cómo ha reaccionado él ante tal situación?
32. ¿Usted considera que maltrata o ha maltratado a alguno de sus hijos ya sea física y /o verbalmente?

Reactivos Embarazo

1. ¿Cuáles fueron los sentimientos hacia su hijo(a) en el momento de saberse embarazada?
2. ¿Pensó en tomar alguna medida para detener el embarazo?
3. ¿Su pareja le apoyó emocionalmente durante el embarazo?
4. ¿El desarrollo del embarazo fue normal o hubo complicaciones?
5. Justo cuando nació su hijo(a), ¿cuáles fueron los sentimientos de usted y su esposo (o pareja) hacia el niño(a)?
6. ¿Su pareja la abandonó cuando usted se embarazó?

Reactivos Infancia del Hijo(a)

7. ¿Siente culpa cuando castiga a su hijo(a)?
8. ¿Ha deseado la muerte de su hijo(a)?
9. ¿Pasó por su cabeza cómo hacerlo?, si es así descríballo.
10. ¿Ha maltratado severamente a su hijo(a)?
11. ¿Cómo reacciona su esposo cuando maltrata a su hijo(a)?
12. Al maltratar a su hijo(a), ¿pierde el control?, ¿siente que no puede detenerse?
13. ¿Por qué cree que le pasa esto?
14. ¿Cuando maltrata a su hijo(a) es para corregirlo?
15. ¿Chantajea a sus hijos?
16. ¿Cómo controla a sus hijos?
17. ¿Cómo se siente al controlar a sus hijos?
18. Si sus hijos le piden que se controle, ¿lo puede hacer?
19. ¿En qué circunstancias golpea a su hijo(a)?
20. ¿Qué comportamiento y/o actitud de su hijo(a) le resulta intolerante?

21. ¿Qué sentimientos cree que despierta en sus hijos cuando los maltrata?
22. Cuando está en casa, ¿qué le molesta de su hijo(a) y cómo reacciona ante ello?
23. ¿Se disculpa ante ellos después de haberlos maltratado?
24. ¿Usted provoca o ha provocado alguna situación para maltratar a su hijo(a)?
25. ¿Le funcionan las amenazas para corregir a sus hijos?
26. ¿Acostumbra insultar a sus hijos cuando trata de corregirlos?

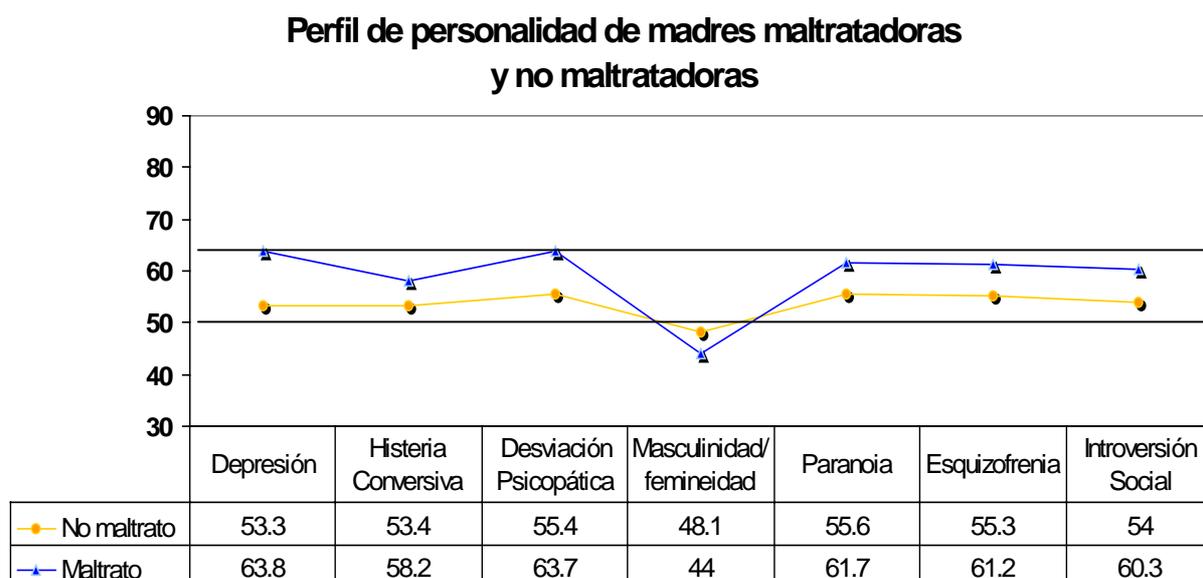
Reactivos Adolescencia del hijo(a)

27. Si su hijo(a) se encuentra en la adolescencia, ¿sigue maltratándolo(a) o comienza a maltratarlo(a)?
28. ¿Podría describir el tipo de maltrato que ejerce hacia ellos?
29. ¿Chantajea a su hijo(a) adolescente?
30. ¿Considera que usted es demandante con sus hijos?
31. Si está maltratando a su hijo(a), ¿su esposo puede detenerla?
32. ¿Su hijo(a) la ha maltratado de alguna forma?
33. ¿Su hijo(a) ha sido acosado o abusado sexualmente?
34. ¿Usted qué hizo?
35. ¿Convive socialmente con su hijo(a)?

Anexo V

Comparación de Perfiles de Rasgos de Personalidad con Diferentes puntos de Corte

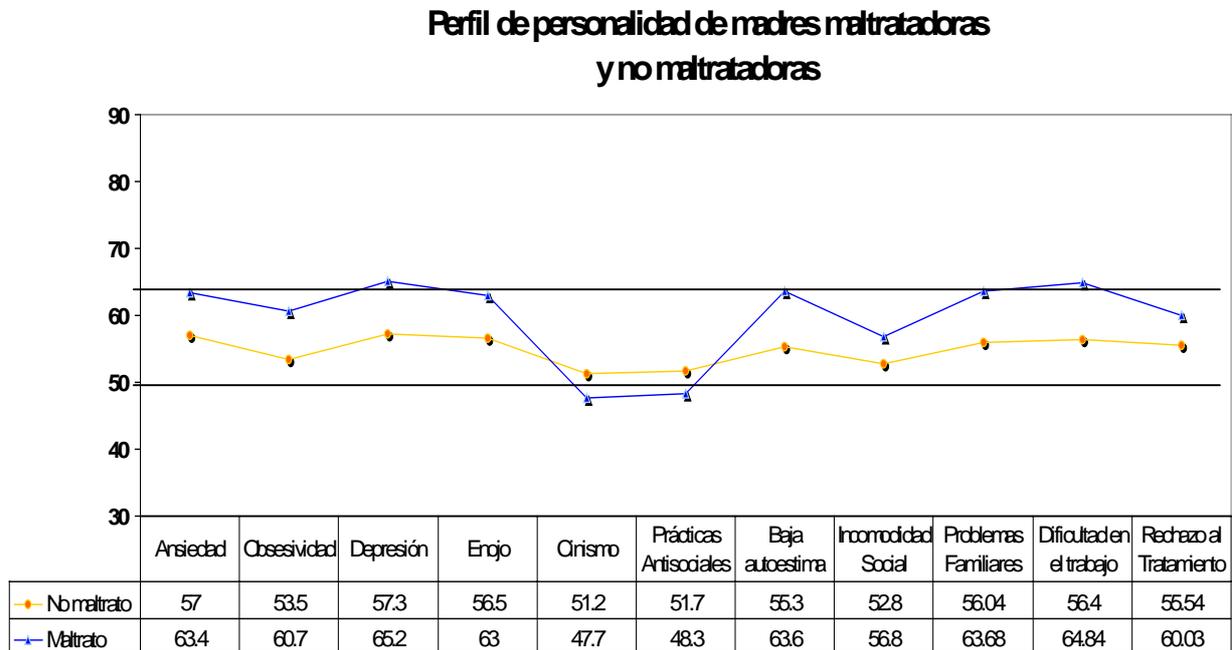
Figura 1A. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte <25 >) N=200.



Escalas clínicas

Como puede verse en todas y cada una de las medias que aparecen en la Fig. 1 A son más altas las de las madres maltratadoras que las de las no maltratadoras con excepción de la variable masculinidad/femineidad. Cabe señalar que el perfil obtenido con puntos de corte <25> es prácticamente el mismo que se obtuvo en el análisis de correspondencia (ver fig 1) y el mismo que el del análisis original (ver Fig. 1) con la ventaja de que no aparecen las escalas de hipocondriasis e hipomanía que no resultaron estadísticamente significativas.

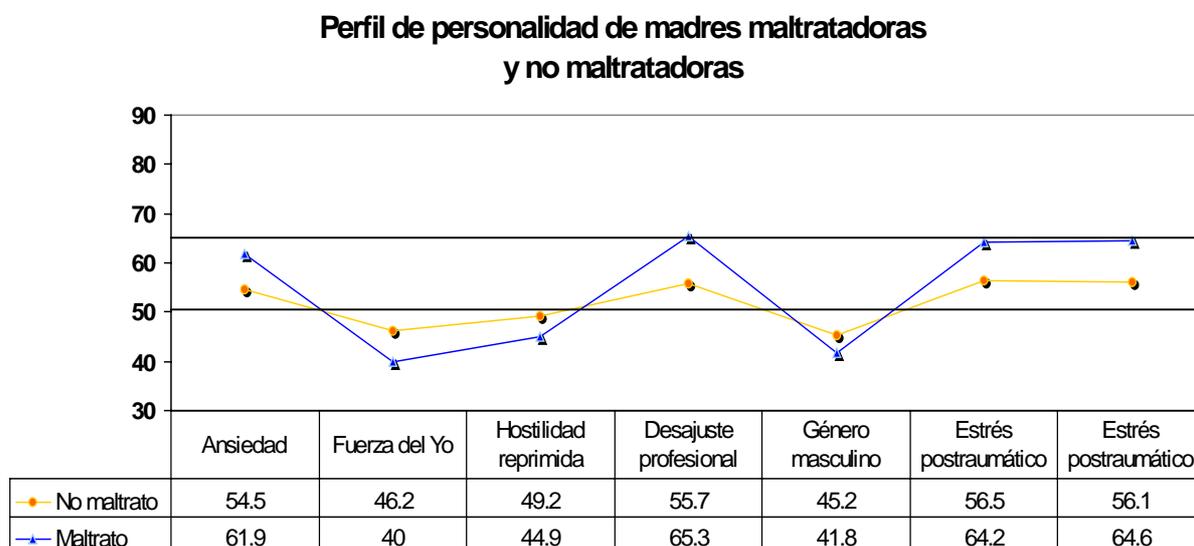
Figura 2A. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte <25 >) N=200.



Escala de contenido

Al observar la figura 2A de las escalas de contenido puede verse que todas y cada una de las medias son más altas en el grupo de las madres maltratadoras que las medias de las no maltratadoras con excepción de las variables Cinismo y Prácticas Antisociales. Puede verse que desaparecieron las escalas del análisis original de nuevo, Preocupación por la Salud y Pensamiento Delirante (no estadísticamente significativos) y la Personalidad de Tipo A que si se encontraba.

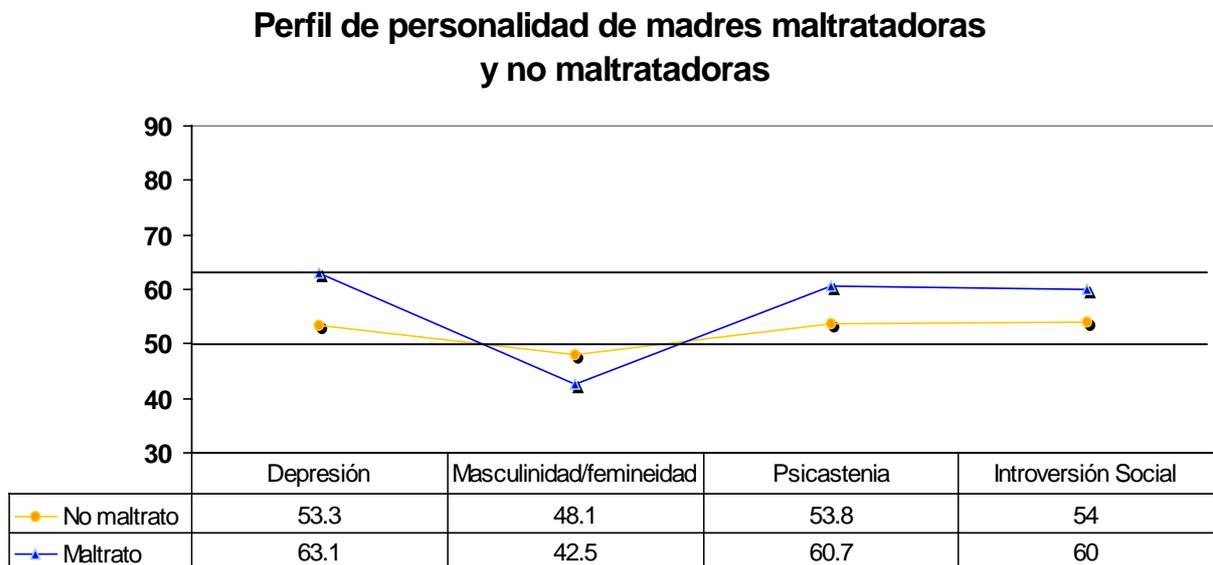
Figura 3A. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (Puntos de corte < 25 >) N=200.



Escalas suplementarias

Respecto a la figura 3A en las escalas suplementarias, puede verse que las medias correspondientes a las variables Ansiedad, Desajuste Profesional, Estrés Postraumático de Keane y Estrés Postraumático de Schlenger presentan puntuaciones más altas en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras. En cambio, en sentido inverso son más altas las medias de Fuerza del Yo, Hostilidad reprimida y Género masculino en las madres no maltratadoras. Cabe señalar que desaparecieron las escalas de Represión, Alcoholismo de Mc-Andrew, Responsabilidad Social, Género Femenino, que en el análisis original no resultaron estadísticamente significativas y la escala de Dominancia que sí había resultado significativa. En suma los perfiles obtenidos con los puntos de corte <25> resultaron similares a los obtenidos en el análisis original (ver fig 3).

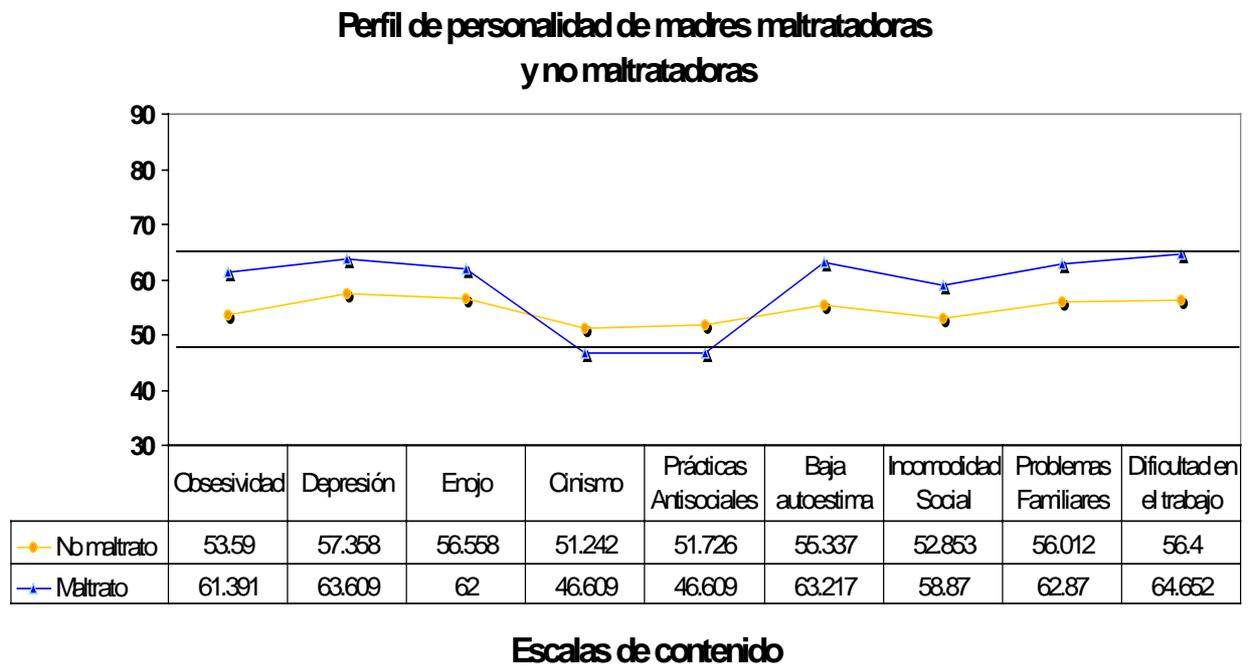
Figura 1B. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (Puntos de corte >50).



Escalas clínicas

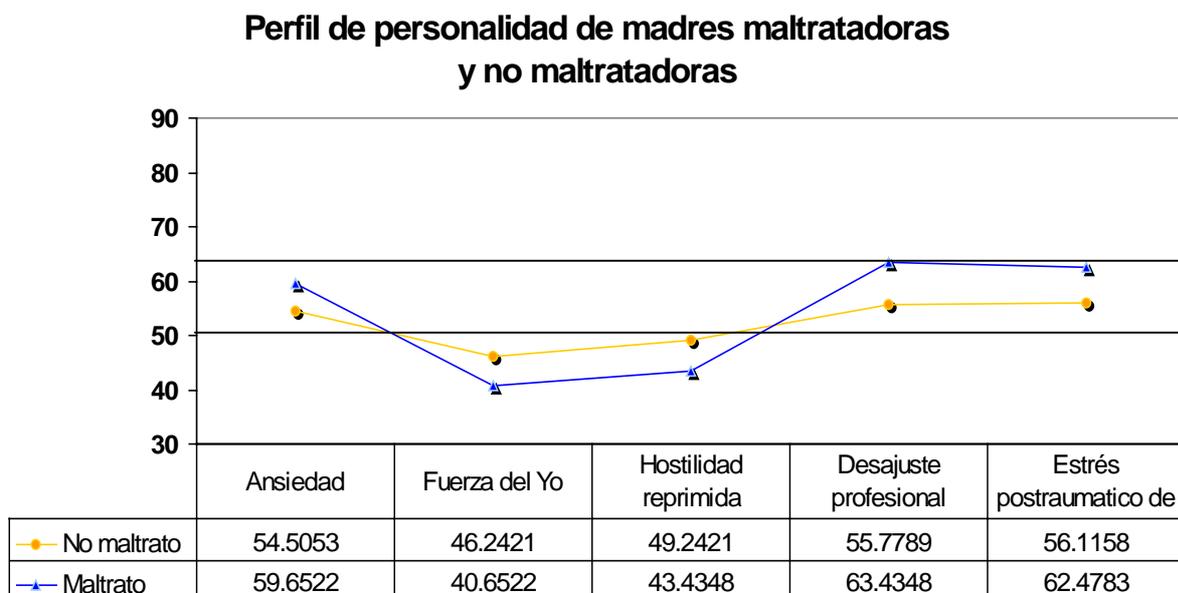
Con el punto de corte más estricto (<25 > 50) puede identificarse en la fig 1B que los puntajes promedio de las Escalas Clínicas de las variables Depresión, Psicastenia e Introversión Social son más altos en el grupo de las madres maltratadoras que en el grupo de las no maltratadoras y que la variable Masculinidad-Femineidad, tiende a disminuir de manera significativa más en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras.

Figura 2B. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte > 50).



En la figura 2B, se observa que en las Escalas de Contenido son más altas las medias de las variables asociadas a conductas sintomáticas internas integradas por las escalas de Obsesividad y Depresión. Tendencias agresivas externas relacionadas con Enjo. Concepto negativo de sí mismas, asociado a Baja autoestima.

Figura 3B. Perfil de Rasgos de Personalidad de madres maltratadoras y no maltratadoras (puntos de corte >50).



Escalas suplementarias

Por último en la figura 3B en las escalas suplementarias puede observarse que las medias correspondientes a las variables Ansiedad, Desajuste Profesional y Estrés Postraumático de Keane tienen promedios más altos en las madres maltratadoras que en las no maltratadoras. En cambio, en sentido inverso, son más altas las medias de Fuerza del Yo, Hostilidad reprimida en las madres no maltratadoras. Cabe mencionar que con este punto de corte más estricto se reduce todavía más el número de escalas significativas quedando

presentes solo 5 de ellas comparadas con las 7 del punto de corte <25> y con las 12 escalas del análisis original (ver fig 3).