



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, AUTOCONCEPTO Y TIPOS
DE VIOLENCIA EN MUJERES QUE TIENEN HIJOS CON
RETRASO MENTAL Y MUJERES QUE TIENEN HIJOS SIN
RETRASO MENTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
TANIA OROZCO MORENO

TUTORA: DRA BLANCA INES VARGAS NUÑEZ

COMITÉ: LIC. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS
DR. JOSÉ GABRIEL SÁNCHEZ RUIZ.
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
LIC. OTILIA AURORA RAMIREZ ARELLANO





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

A mis padres Nicolás Orozco Vázquez y a María Silvia Moreno Hernández y hermano Nicolás Orozco Moreno por darme todas las herramientas posibles para salir adelante y por su cariño infinito.

A la familia Moreno Hernández y Orozco Vázquez por su apoyo y cariño.

A la Doctora Blanca Inés Vargas Núñez por su conocimiento y paciencia que tuvo al ayudarme a realizar este trabajo.

A los miembros del jurado por sus aportaciones y comentarios.

A mis supervisores del psiquiátrico Infantil Miguel Ángel, Angélica y Margarita por darme su apoyo, cariño y comprensión en la realización de este proyecto.

A todas las mujeres que me hicieron el enorme favor de contestar la encuesta muchas gracias.

A mis grandes amigos que me han acompañado a lo largo de mi vida muchas gracias por todo el cariño y alegría que han traído a mi vida.

***Conocí el bien y el mal
pecado y virtud, justicia e infamia;
Juzgue y fui juzgado pasé por el
nacimiento y por la muerte,
por la alegría y el dolor, el cielo y el
infierno;
y al fin reconocí
que estoy en todo
y todo está en mi***

Hazrat Inayat Khan

INDICE

	Pagina
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
RETRASO MENTAL Y FAMILIA	
Concepto del retraso mental	4
Niveles de retraso mental.....	6
Etiología del retraso mental	8
Reacciones de los padres que tienen hijos con deficiencia mental.....	9
Ciclo vital de la familia del deficiente mental.....	16
Necesidades de la familia del deficiente mental.....	20
Investigaciones sobre los padres con hijos deficientes mentales.....	23
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.	
Definición de estrés.....	31
Factores estresantes.....	32
Definición de afrontamiento.....	39
Modelos de afrontamiento.....	40

Función y recursos del afrontamiento.....	44
Métodos de afrontamiento.....	48
AUTOCONCEPTO	
Definición de autoconcepto.....	53
Teorías que explican el autoconcepto.....	54
Estructura y organización del autoconcepto.....	57
Funciones del autoconcepto.....	61
Desarrollo del autoconcepto.....	62
Variables que afectan al autoconcepto.....	64
VIOLENCIA	
Definición de violencia.....	66
Violencia intrafamiliar.....	67
Violencia hacia la mujer en la pareja.....	68
Definición de violencia en la pareja.....	69
Tipos de violencia.....	70
Ciclo de violencia.....	73
Modelos de violencia.....	74
Factores que facilitan la violencia contra la mujer.....	77
METODOLOGIA.....	81

RESULTADOS.....	89
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	104
REFERENCIAS.....	116
ANEXOS.....	120

Resumen

En el presente trabajo se investigó los estilos de afrontamiento, autoconcepto y tipos de violencia en mujeres que tienen hijos con retraso mental (MHCRM) y mujeres que tienen hijos sin retraso mental (MHSRM). El objetivo fue: Analizar la relación entre el autoconcepto, los estilos de afrontamiento y la violencia de dos grupos uno de MHCRM y el otro MHSRM. Se trabajó con 160 mujeres, 80 MHCRM y 80 MHSRM, La muestra se seleccionó por medio de un procedimiento no probabilístico de tipo intencional. El diseño fue correlacional. Los resultados que se obtuvieron son: El grupo MHCRM manifiesta que en comparación MHSRM hay un mayor índice de violencia económica, violencia familiar, humillación, violencia sexual e intimidación. El grupo MHCRM manifiesta que en comparación con el grupo MHSRM tienden a justificar en mayor medida el comportamiento violento de la pareja. Además de que tienden a desvalorizarse en comparación del otro grupo. Por último el grupo MHCRM manifiesta que en comparación con el grupo MHSRM tienen una mayor tendencia a enfrentar sus problemas familiares minimizándolos o evadiéndolos, Las conclusiones a las que se llegaron fueron: el estrés experimentado por la madre de un niño retrasado mental será muy distinto al de una madre sin esta problemática, la forma en que la madre enfrenta y experimente este estrés dependerá en gran medida de su personalidad la cual puede ser modificada por la presencia de un niño retrasado ya sea para su crecimiento personal o para su regresión. También el tener un hijo con retraso mental cambia la dinámica familiar de tal forma que puede causar graves repercusiones en la pareja, las cuales pueden ir desde pequeñas confrontaciones hasta actos de violencia. Se recomienda que se sigan realizando este tipo de investigaciones considerando otras variables como: el estado civil, el nivel de escolaridad, los grados de retraso mental, como afecta este trastorno a otros miembros de la familia (padres, hermanos y familia extensa).

INTRODUCCION

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) existen 2, 241,193 de personas con alguna discapacidad, de las cuales el 289,512 tienen discapacidad mental, Esta se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, esta discapacidad se origina antes de los 18 años.

Tener un miembro de la familia con deficiencia mental resulta en una situación de estrés para todos los miembros en especial para la madre, ya que en la mayoría de las veces es la que se hace cargo del hijo. Esto provoca que la mujer este bajo estrés la mayoría del tiempo el cual le pueda afectar de forma significativa tanto a ella misma como a su familia y dependiendo de cómo reaccione ante este estrés que si bien puede fortalecerla también puede generarle varios malestares, no solo a ella misma , sino también a su hijo y a su familia.

Esta tesis se enfoca en relacionar y comparar los estilos de afrontamiento, el autoconcepto y los tipos de violencia en mujeres que tienen hijos con retraso mental y en mujeres que tienen hijos sin retraso mental, de esta forma se sabrá si existe alguna diferencia entre el grupo MHCRRM en comparación con el grupo MHSRM.

En el primer capítulo se habla sobre el retraso mental su definición, etiología, sus niveles, las reacciones de los padres, el ciclo vital familiar, las necesidades de los padres y las investigaciones realizadas sobre este tema. El segundo capítulo se enfocara a los estilos de afrontamiento de explicara su definición, los distintos modelos que existen, métodos de afrontamiento y sus funciones y recursos. En el tercer capítulo se explicara el autoconcepto, su historia, definición, teorías que explican el autoconcepto, su estructura y organización, funciones, desarrollo y variables que lo pueden afectar. Por ultimo se habla de la violencia, su definición, violencia intrafamiliar, de pareja, hacia la mujer, tipos de violencia, modelos que

explican el porque de la violencia, el ciclo de violencia y factores que predisponen la violencia contra la mujer.

En el capítulo donde se habla de la metodología se explicara como se realizo, las variables, los objetivos, las características de la población, el procedimiento, entre otras cuestiones. Por ultimo en el apartado de discusión y resultados como dice su nombre se analizara el porque de estos resultados en base a la literatura sobre este tema y se darán las conclusiones tanto generales como particulares.

RETRASO MENTAL Y FAMILIA

Concepto del retraso mental

Los intentos tradicionales para definir la deficiencia mental se reducen a tres categorías: los que se basan en un CI bajo, los que se fundamentan en la incompetencia social en general y los que se basan en algún tipo de defecto constitucional como es el caso de la lesión cerebral. Una de las definiciones que ha sido más aceptada es la de: American Association on Mental Retardation (AAMR) que en 1992 elaboró una definición de deficiencia mental que es una combinación de los primeros tres enfoques y enuncia (Ingalls, 1982, p. 90):

El “Retraso mental” se refiere a las limitaciones considerables en el funcionamiento. Se caracteriza por un rendimiento intelectual significativamente por debajo del promedio, y existe concurrentemente con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de aptitudes adaptativas aplicables: comunicación, cuidado de sí mismos, vida en casa, aptitudes sociales, prácticas comunitarias, manejo de sí mismo, salud y seguridad, escolaridad funcional, tiempo libre y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.

En este sistema se clasifica a las personas no por su CI, sino por la cantidad de apoyo o ayuda que necesitan para salir adelante en su ambiente. Los cuatro niveles de apoyo son los siguientes:

1. **Intermitente:** no requiere de apoyo constante, pero puede requerirlo en el corto plazo para acontecimientos especiales, tales como ayudar a encontrar un nuevo trabajo.
2. **Limitado:** Requiere ciertos soportes consistentemente a lo largo del tiempo, tales como llevar las finanzas; o de un apoyo de tiempo limitado para dar entrenamiento para un trabajo.
3. **Extenso:** necesita de apoyo diario en algunos aspectos de su vida, tal como el apoyo a lar plazo en el trabajo.
4. **Profundo:** requiere de un apoyo intenso y constante para todos los aspectos de su vida.

Hasta 1992 a los niños con retraso mental se les diagnosticaba de acuerdo a sus puntuaciones de CI; se clasificaba como leve, moderado, severo o profundo, como se puede ver en la tabla 1 (Ingalls, 1982).

Tabla 1: niveles de retraso mental de acuerdo a la clasificación de Wechsler y Binet sobre el retraso mental, basados en el C.I

Nivel de retraso	CI de Wechsler	CI de binet	Edad mental (adulto)	% de la población
leve	69-55	68-52	8.3-10.9 años	85 -89%
moderado	35-40 y 50-55.	51-36	5.7-8.2	6 -10%
severo	20-25 y 35-40.	35-20	3.2- 5.6	3 - 4%
profundo	Inferior a 20 o 25.	Menor o igual a 24	Menor o igual a 3.1	1-2%

Fuente: Ingalls, R. (1982). *Retraso Mental: La nueva perspectiva*. México: Manual Moderno.

Estos niveles de clasificación se usaban principalmente para poder determinar cual era el nivel de educación o de entrenamiento mas adecuado, de acuerdo a las capacidades del niño (Ingalls, 1982).

De acuerdo con el DSM IV (1995, p. 42): *Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental.*

De acuerdo a Romayne Smith (1999, p. 108) *El retraso mental es un tipo del trastorno del desarrollo, es una condición que se manifiesta al comienzo de la vida y tiene un efecto a largo plazo sobre la forma en que el individuo crece y se desarrolla. El retraso mental es un trastorno que se presenta en 2 o 3 % de la población, y ocurre frecuentemente en combinación de otros trastornos, como es autismo, asperger, parálisis cerebral, entre otros.*

Pero debido a que el término "retraso mental" ha ido adquiriendo un significado peyorativo principalmente como un insulto y no engloba la complejidad de este trastorno The American Association on Mental Retardation (AAMR), en Junio del

2000 cambió su nombre a the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). De acuerdo con esta asociación se define actualmente la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, el cual abarca s comportamientos sociales y prácticos. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.

Se entiende como función intelectual a la inteligencia, la cual se refiere a la capacidad mental que se manifiesta en el aprendizaje, el razonamiento, la resolución de problemas, entre otras. Un criterio para medir la inteligencia es una prueba de IQ, de forma general un IQ que este entre 70 a 75 indican una limitación en esta área. Los exámenes estandarizados también pueden determinar limitaciones en el comportamiento adaptativo que se compone de tres competencias (AAIDD, 2009):

- ❖ Competencias conceptuales en idioma y la alfabetización, el manejo del dinero, tiempo, concepto de número y autodirección.
- ❖ Habilidades sociales, interpersonales, responsabilidad social, la autoestima, la cautela, solución de problemas y la capacidad de seguir instrucciones
- ❖ Conocimientos prácticos, cuidado personal, las competencias profesionales, la atención a la salud y transportes, los horarios y el autocuidado

Para determinar si una persona es deficiente mental, se necesita de una valoración multifactorial. The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) subraya que los profesionales deben de tener en cuenta varios factores como la diversidad lingüística, las diferencias culturales. Además, de que se debe de considerar que a pesar de las limitaciones que pueda tener también tiene puntos fuertes y que el nivel de vida de la persona puede mejorar con el apoyo necesario.

Niveles de retraso mental

Como en todos los trastornos hay diferentes matices en los que se presenta la enfermedad y dependiendo de estos va a ser la forma en la cual se comporte la persona y cual es su expectativa de vida.

Según el DSM IV (1995), pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo), y profundo.

Retraso mental leve (CI entre 50-55 y aproximadamente 70)

El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como educable. Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorias motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima. Con una buena educación pueden aspirar un trabajo remunerado, pareja, hijos y a una vida plena.

Retraso mental moderado (CI entre 35-40 y 50-55)

El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de adiestrable. No debería utilizarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas con retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Pueden aspirar a un trabajo cualificado en alguna empresa protegida (DSM IV, 1995).

Retraso mental grave (CI entre 20-25 y 35-40)

El grupo de personas con retraso mental grave incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre-académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia. En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia (DSM IV, 1995).

Retraso mental profundo (CI inferior a 20 o 25)

El grupo afecto de retraso mental profundo incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados (DSM IV, 1995).

Etiología del retraso mental

De acuerdo con el DSM IV (1995) Los factores etiológicos pueden ser primariamente biológicos o psicosociales, o alguna combinación de ambos.

En aproximadamente un 30-40 % de los individuos asistidos en centros clínicos no puede determinarse una etiología clara del retraso mental a pesar de las múltiples exploraciones. Los principales factores predisponentes son los siguientes:

- ❖ **Herencia (aproximadamente un 5 %):** Incluyen errores innatos del metabolismo heredados principalmente mediante mecanismos recesivos autosómicos por ejemplo: la enfermedad de Tay-Sachs, otras anormalidades de un único gen con herencia mendeliana y expresión variable como la esclerosis tuberosa y aberraciones cromosómicas el mas común es el síndrome de Down.

- ❖ **Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (aproximadamente un 30 %):** Estos factores pueden ser por alteraciones cromosómicas o afectación prenatal por toxinas, como pueden ser: el abuso del alcohol, drogas, cigarro, etc.

- ❖ **Problemas del embarazo y perinatales (aproximadamente un 10 %):** Es ocasionado por malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas y otras, y traumatismos.

- ❖ **Enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez (aproximadamente un 5 %):** como pueden ser infecciones, traumatismos y envenenamiento.

- ❖ **Influencias ambientales y otros trastornos mentales (aproximadamente un 15-20 %):** Se puede presentar cuando hay privación de crianza y de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, así como trastornos mentales graves como pueden ser, el trastorno del espectro autista, síndrome de asperger, entre otros (DSM IV, 1995).

Reacciones de los padres que tienen hijos con deficiencia mental

Ya que el Retraso Mental es un trastorno muy complejo el cual puede tener diversas manifestaciones desde las mas leves hasta las mas graves, lo cual implica que cuando hay una persona con este trastorno en el seno familiar, altera significativamente la vida del resto de los otros integrantes, sobretodo el de los padres, los cuales se ven afectados significativamente por esta situación.

De acuerdo con Huttly y Gibby (1988), la presencia de un niño deficiente mental en el seno de una unidad familiar tiene efectos de gran alcance. En la periferia del círculo en cuyo centro está el niño, se encuentran los efectos de la deficiente mental en la sociedad en general, la cual, a final de cuentas tendrá su parte en la responsabilidad del tratamiento y manejo del niño. En el centro están los tremendos efectos causados por el trastorno del niño en sus padres y hermanos; estos efectos pueden ser, en verdad catastróficos. Se debe afirmar que los padres de niños retrasados mentales mostrarán con toda probabilidad reacciones emocionales significativas ante el hecho de tener un hijo retrasado. Tales reacciones varían en grado y calidad de un padre a otro, dependiendo también de varios factores. Pueden variar a lo largo de la vida del padre. Por ejemplo: las reacciones emocionales de los padres cuando se dan cuenta por primera vez del grado de déficit mental son diferentes de las reacciones que se presentarán 10 años después.

Por lo que se sabe acerca del desarrollo del niño con deficiencia mental, es fácil suponer que el estrés experimentado por la madre de un niño retrasado preescolar es muy diferente al que vivirá durante los años de la adolescencia del niño. De esta manera, la forma en que la madre enfrente y experimente este estrés cambiante dependerá en gran medida del desarrollo de su personalidad. La presencia de un niño retrasado es una situación de estrés poco común para cualquier madre que bien puede estimular el crecimiento de su personalidad o por el contrario contribuir a su regresión (Huttly y Gibby, 1988).

Al igual que todo ser humano el niño retrasado no vive en un vacío, todo lo contrario necesita establecer relaciones estrechas con otras personas y estas relaciones deben ser productoras de satisfacciones y reductoras de estrés de esta forma el niño podrá desarrollar al máximo sus capacidades (Huttly y Payne, 1988).

La relación entre el niño retrasado y los padres es la de mayor importancia; si los padres manifiestan reacciones de personalidad adversas ante la deficiencia del niño, se tornará más difícil establecer relaciones saludables. Mientras mayores sean las reacciones emocionales adversas de los padres, menor será la posibilidad de que el niño alcance el nivel de madurez emocional de que es capaz; también se ve afectado negativamente el pleno desarrollo de maduración del niño.

Otros efectos que se pueden presentar en muchos casos es que las reacciones emocionales de los padres desembocan en la insatisfacción de su propio hijo y en desajustes de su personalidad. Tal vez produzcan en el padre angustias severas y

otras reacciones conductuales indeseables. Por ejemplo, quizás haya diferencias conyugales cuya intensidad puede ir desde simples discusiones hasta el desplome de todo el grupo familiar.

Los padres pueden reaccionar emocionalmente de diversas formas al hecho de tener un hijo retrasado, es difícil definirlos y clasificarlos, pero pueden variar desde padres que aceptan de forma madura y constructiva, hasta padres que reaccionen de una destructora y maladaptativa

Kanner (1953 citado en Huttty y Gibby, 1988) menciona que los padres pueden reaccionar ante este problema los padres suelen reaccionar de tres formas: aceptar, ocultar y negar. Las reacciones de los padres no pueden ser valoradas como un problema de todo o nada, estas pueden caer en un amplio rango de una escala total de posibilidades de ajuste.

❖ **Padres que aceptan:** Los padres maduros, constructivos y adaptables reconocen y aceptan la realidad del trastorno de su hijo esta aceptación trae consigo muchos beneficios a ambas partes. Los padres termina por aceptar plenamente al niño y lo aman tal cual es. Con claridad, perciben su función como padre y reconoce que tiene una identidad propia; en consecuencia los padres que aceptan manejan los problemas del niño de un modo apegado a la realidad y no se esclavizan en sus relaciones con el niño; asumen sus responsabilidades en cuanto a las funciones que les pide la sociedad como padres, pareja y sostenes del hogar.

Los padres que aceptan no padecen angustias innecesarias sobre sus propias necesidades y capacidades, ni sobre las limitaciones de su hijo, su conducta está orientada a resolver problemas. Obviamente como todo el mundo sufrirá de diferentes angustias y problemas, pero las manejan de un modo racional. Para llegar a esta aceptación es muy importante la guía adecuada, este proceso es gradual, en donde es necesaria la atención de un profesional (Huttty y Gibby, 1988).

❖ **Padres que ocultan:** Otra categoría numerosa de reacciones paternas al Retraso mental son las conductas que tratan de ocultar de alguna forma el estado del niño. Estas actitudes tienen el objetivo no nada mas ocultar a la gente la situación del niño, sino mas importante aún ocultarla de ellos mismos, en otras palabras, el padre que oculta se da cuenta en cierto grado de que "hay algo malo" en su hijo, pero no puede admitir o reconocer que la incapacidad de su hijo para realizar ciertas tareas

en comparación de otros niños que las realizan fácilmente se deban a su reducida capacidad intelectual.

Los padres que ocultan buscan con todas sus fuerzas algún factor de la realidad a la cual puedan atribuirle el retraso del niño, ya sea que se le atribuya una enfermedad o a una insuficiencia en la alimentación o a un método educativo insuficiente y en muchos casos los padres hallaran faltas en el niño y dirán que es perezoso, que no se quiere esforzar, entre otras.

- ❖ **Los padres que niegan:** Los padres que sienten la necesidad de negar el retraso de su hijo muestran una reacción emocional grave a la situación de estrés y como resultado, niegan su realidad tanto a ellos mismos, como a los demás. Actúan de forma parecida al avestruz, que cuando se halla en una situación amenazadora hunde la cabeza en la arena, como si el bloquear la percepción visual de la situación bastara, para borrar la amenaza. Es así que muchos padres piensan "No existe lo que me niego a aceptar" (Hutty y Gibby, 1988).

Kanner (1953 citado en Hutty y Gibby, 1988) señala que hay 5 fases por las cuales pasan los padres para poder reconocer y aceptar adecuadamente los problemas de su hijo.

- ❖ **Fase de conciencia:** En esta etapa el padre se da cuenta de que su hijo es diferente en ciertos aspectos a comparación de otros niños.

- ❖ **Fase de reconocimiento:** Aquí es cuando los padres identifican que el niño tiene retraso.

- ❖ **Fase de buscar la causa:** Como su nombre indica aquí los padres van con varios especialistas para con la esperanza de que alguno le diga con exactitud, porqué su hijo nació así.

- ❖ **Fase de buscar una solución:** Los padres consultan a varios especialistas, que los padres consideren que pueden ayudarlos.

- ❖ **Fase de aceptación:** Esta es la última etapa aquí tanto los padres, como el niño aceptan el problema.

Otros autores Menolascino y Wolfensberger (en 1970 Citado en Ingalls, 1982) mencionan que hay 3 tipos de crisis que se manifiestan ante esta noticia; La crisis de lo inesperado; La crisis de los valores personales y la crisis de la realidad.

❖ **El choque inicial y la crisis de lo inesperado:** La crisis de lo inesperado resulta del cambio repentino que sufre los conceptos que los padres tienen de sí mismos, de su familia y del futuro. La mayoría de los padres tienen grandes planes y perspectivas para sus hijos; esperan con ansia el día que digan sus primeras palabras, que sean buenos estudiantes, que ingresen al bachillerato, etc.

Con estas expectativas, es fácil imaginar el profundo choque y desilusión que experimentan ante la noticia de que su hijo tiene deficiente mental y que no se desarrollara de forma normal.

Naturalmente que la gravedad de la reacción emocional primera varía enormemente de un padre a otro. Algunos, son calmados por naturaleza, poco emotivos y aceptan el hecho de que su hijo está deficiente mental, por otra parte hay personas que lo toman de forma más emotiva, culpándose a ellos mismos o a otros de forma irracional.

❖ **La crisis de los valores personales:** Esta crisis se presenta, porque los padres se encuentran repentinamente en una situación de valores conflictivos. La mayoría de ellos vive en un ambiente social en el que prevalece la idea de que tienen que amar, acariciar, proteger a su hijo, sin que importen las características del niño (Ingalls, 1982).

Pero este hijo es muy distinto a otros, por ejemplo, algunos no aprenderán a leer o escribir, otros jamás serán independientes y otros más ni siquiera pueden realizar actividades básicas, para muchas personas el concepto de deficiente mental es totalmente inaceptable. Existen padres que nunca logran cambiar su mentalidad con respecto al cambio de valores, y en consecuencia guardan en ellos sentimientos ambivalentes hacia su hijo deficiente mental. Por un lado aman al niño porque es su hijo, pero por otro lado lo rechazan debido a su deficiencia. Se dan varias reacciones características a esta ambivalencia como pueden ser (Ingalls, 1982):

- ❖ **Culpa:** muchos padres se sienten culpables, no por tener un hijo retrasado, sino por las reacciones que sienten hacia el. Un padre tiene dificultades para resolver este conflicto de valores y el hecho de que en ocasiones sienten cierto resentimiento hacia el niño o se enoja con él; puede sentir culpa por estos sentimientos negativos que tiene hacia su hijo. Otro síntoma de la culpa es que los padres raras veces hablan del retraso de su hijo, ni entre ellos mismos, ni con los demás.

- ❖ **Negación:** Este tipo de reacción es un mecanismo de defensa, que toma diversas formas; una de ellas es decir que su hijo es de lento aprendizaje, inclusive con una lesión cerebral o autismo, pero nunca deficiencia mental; Otra manifestación es la renuencia de admitir que su hijo tiene un trastorno que muy probablemente no tenga remedio y que el niño nunca será autosuficiente; algunos padres usan el recurso de llevar a su hijo especialista, tras especialista esperando una cura mágica.

- ❖ **Protección excesiva:** Algunos padres, por lo general la madre, dedican todo su tiempo a su hijo retrasado casi llegando al punto de olvidar a su esposo, a sus otros hijos y a ella misma. Estos padres nunca permiten que su hijo se pueda independizar en las medidas de sus posibilidades y renuncian a toda forma de vida social y a sus demás intereses por cuidar al niño (Ingalls 1982).

- ❖ **Pena:** En este caso se refiere al dolor y sufrimientos que un padre padece cuando su hijo tiene deficiencia mental, esta pena no es una reacción neurótica, sino que es una reacción muy natural, aunque muchos padres procuran ocultarla en público. Otros autores con inclinación psicoanalítica afirman que reacciones parecidas a esta como la pesadumbre y el duelo, sugieren que en cierto sentido la reacción de los padres ante esta noticia es muy parecida a la reacción que tendrían si se les presentara la muerte de su hijo (Ingalls, 1982).

- ❖ **Aceptación:** Afortunadamente muchos padres logran resolver de forma efectiva sus crisis de valores y aceptan a su hijo retrasado en lo que es. Este proceso de aceptación incluye las siguientes características:
- El padre que acepta es capaz de percibir con precisión las aptitudes del niño y su potencial, estando plenamente consiente tanto de las debilidades como de los recursos.
 - Es capaz de afrontar el retraso de su hijo en forma realista, aceptando que en ocasiones es incomodo para la familia, pero sin dejarse abrumar; puede hablar del retraso de su hijo con su familia y vecinos.
 - Suele proporcionar al enfermo servicios de calidad en el orden médico, educativo y recreativo; dentro de sus recursos, sin buscar desesperadamente una cura milagrosa.
 - Suele dar el mismo amor a su hijo retrasado y a sus hermanos, sin rechazar al niño, pero tampoco ahogándolo. El padre que acepta no debe dedicarle tanta que descuide a sus otros hijos y al consorte.

Este concepto de aceptación supone el equilibrio entre reconocer las incapacidades del niño y poner los remedios necesarios para contrarrestarlos, pero sin dejar que este trastorno domine por completo las interacciones familiares (Ingalls, 1982).

- ❖ **La crisis de la realidad:** Es aquí cuando los padres deben de afrontar realidades mas concretas. La primera de estas es de tipo económico; muchos niños con retraso tienen problemas de salud que requieren tratamiento, que pueden dar origen a gastos mayores; También están los problemas de educación, porque no hay muchas escuela de alta calidad en las que se manejen este tipo de trastornos. Otras de las preocupaciones muy realistas de los padres es la forma es que los demás miembros de la familia y sociedad recibirán al niño y una de las preocupaciones mas agobiantes es ¿Quién se hará cargo del cuidado del hijo, cuando los padres ya no puedan?, este problema causa mucha angustia entre los padres, porque implica la posibilidad que la persona con la que se quede a cargo no lo cuide como ellos lo hacían (Ingalls, 1982).

De acuerdo con Hatty y Gibby (1988) Se han señalado diferentes, reacciones que pueden tener los padres ante la discapacidad de su hijo, pero hay muchas otras reacciones posibles. Algo muy importante es que las reacciones emocionales de los padres del niño con retraso mental se presentan en función de las características de personalidad de los propios padres.

Ciclo vital de la familia del deficiente mental

Cada familia pasa por una serie de etapas, las cuales van evolucionando de acuerdo a como va creciendo la familia, no es lo mismo una familia con hijos pequeños a una familia con hijos adultos, cada una tiene sus propias características, cada vez que la familia pasa a nueva etapa, hay una especie de crisis ya que se tienen que ajustar los acuerdos en base a las necesidades de los miembros. Se supone que este ciclo es valido para la mayoría de las familias, pero que sucede cuando entre sus miembros se encuentra un miembro con discapacidad mental ¿Cómo funciona esta familia? ¿Qué características tiene?

De acuerdo con Freixa (1993) Cuando las familias tienen algún miembro con necesidades especiales, todos los componentes de la familia nuclear, extensa y los servicios sociales se ven afectados. Estas familias se enfrentan a los mismos problemas que las “normales”, pero además se encuentran con unas demandas y necesidades especiales de educar a su hijo disminuido mental. Las consecuencias pueden ser diversas; Mientras que algunas familias salen fortalecidas de esta experiencia, en otras el estrés es tan grave hasta el punto de llegar al divorcio o separación. Una familia “normal”, pasa por diferentes etapas conforme los niños y los padres van creciendo y a estos estadios se les llama ciclo vital familiar, pero cuando hay un débil mental es probable que este ciclo se altere.

Duvall (1962, citado por Freixa, 1993) describió nueve estadios para la familia del deficiente mental, estos pueden diferir entre familias o inclusive en algunos casos no presentarse.

Estadio uno: Principio de la familia.

Este primer estadio de todo el ciclo vital se inicia cuando la pareja se casa y termina cuando la mujer queda embarazada. Aquí se forma la convivencia de la pareja donde

se supone que se construye una relación viable y duradera, la cual permita una intimidad.

La principal tarea de la pareja es ajustarse el uno al otro, llegar a nuevos acuerdos entre ellos, cambiar la forma en que conviven con sus respectivas familias y diseñar un modo de encarar y resolver sus problemas. En esta etapa viven las mismas experiencias que las parejas que tendrán un hijo, sin ningún trastorno, pero dependiendo de cómo construyan su relación en esta etapa dependerán si la pareja podrá resistir todas las tensiones de tener un hijo con este trastorno (Freixa, 1993).

Estadio dos: La espera del hijo.

El embarazo sirve para que la pareja se prepare, con todos los ajustes que sean necesarios, para ser padres. En algún punto algunas parejas se plantean la posibilidad de que su hijo nazca con algún problema, esto provoca ansiedad, ambivalencia y miedo, estas reacciones son importantes porque los preparan para enfrentar esta posibilidad (Freixa, 1993).

Estadio tres: El nacimiento del niño disminuido mental:

El nacimiento del hijo, produce casi siempre una crisis en la familia, sobretodo cuando es el primogénito, porque la pareja ahora es una triada y cambia todas las relaciones familiares. El significado del nacimiento de un hijo varía notablemente dependiendo de los padres, pero algunas de las necesidades y expectativas de la mayoría son: que sea un hijo normal y sin defectos físicos o mentales; que sea exitoso y la oportunidad de tener más hijos.

Todo esto cambia cuando tienen un hijo con este trastorno, y al no ser satisfechas estas expectativas que tenían los padres experimentan la pérdida del hijo que habían esperado y deseado.

Tener un hijo disminuido mental causa una crisis en los padres que se puede diferenciar en tres fases:

- ❖ **Shock inicial:** aquí se desmoronan todas las expectativas que tenían los padres, también presentan sentimientos de incredulidad y negación.
- ❖ **Reacción:** los padres intentan comprender la deficiencia, interpretarla, verificar sus ideas, en esta etapa pasan por muchos sentimientos y ambivalencias el deseo de cuidar a su hijo, pero al mismo tiempo el rechazo

que tienen hacia el, a sí como la peregrinación para saber por qué nació su hijo con este trastorno, las terapias que el hijo tiene que tomar para mejorar.

- ❖ **Realidad:** Aquí se da una adaptación funcional a los problemas cotidianos y prácticos.

Esta etapa es la más normal, por decirse de alguna forma en el cuidado del hijo disminuido, porque todavía no es marginado de forma obvia por la sociedad. Las madres de los niños disminuidos en esta etapa pasan por las mismas inquietudes que las otras en el cuidado básico del bebé.

Estadio cuatro: Familias con niños de edad preescolar

Se supone que un niño "normal" en esta etapa, estaría aprendiendo una serie de habilidades básicas como el control de esfínteres, hábitos alimenticios, caminar sin ningún problema y la adquisición de un lenguaje claro (Freixa, 1993).

Pero muchos de estos niños con retraso no consiguen adquirir estas capacidades, algunos las alcanzan más tarde y otros nunca, llegarán a ser totalmente dependientes en estas tareas, por lo tanto los padres tendrán más responsabilidades, durante más tiempo, necesitando más esfuerzos físicos y emocionales para cuidar a su hijo. Es en esta etapa donde se empiezan a hacer evidente la deficiencia del niño, entonces la pareja debe de enfrentarse a los susurros, comentarios, miradas hostiles, discriminación, a la carencia de servicios adecuados para su hijo y entre más obvia sea la discapacidad mayor será el estrés (Freixa, 1993).

Estadio cinco: Familias con niños en edad escolar

Como en la etapa anterior el niño no puede cumplir con las habilidades que se supone corresponden a su edad, esta deficiencia afectará profundamente a las metas y objetivos que se espera que logre. La diferencia entre el aspecto físico del niño y sus capacidades aumenta con respecto a los niños que no tienen este trastorno, y los padres experimentan todo esto con mucho estrés. Se enfrentan con el dilema de buscar una escuela apropiada y aquí está el problema de ponerlo en una escuela de integración o una especial.

Si el niño va a una escuela especial, los padres se enfrentan de nuevo con las diferencias de su hijo retrasado y esto les produce mucho estrés y experimentan la estigmatización social ya que durante la escolaridad es probable que más personas

conozcan y sepan que el niño es de esta forma los etiquetaran públicamente como "anormales".

Si lo inscriben a una escuela integrada el estrés se produce por la diferencia que hay entre su hijo y los otros chicos, los padres se preocupan por la estigmatización social, por la adaptación social del niño y por brindarle los servicios de apoyo necesarios.

Estadio seis: Familias con adolescentes.

Esta etapa es muy difícil, para los padres, porque empiezan a asumir que su hijo dependerá de ellos toda la vida. Aunque el adolescente puede asistir a escuelas especiales donde les enseñan un oficio la independencia económica se visualiza muy complicada, al mismo tiempo los padres no podrán experimentar la satisfacción de los logros sociales de sus hijos.

Por otra parte la sexualidad comienza a florecer y los padres no saben como manejarla, sobretodo en los casos donde el adolescente tiene poca interacción social o es muy poco probable que consiga una pareja. Si el hijo disminuido mental es aislado y pasa la mayor parte del tiempo en familia y no con los amigos la ansiedad de los padres aumenta. Sin embargo, aunque esta etapa es muy estresante muchas parejas salen airoas (Freixa, 1993).

Estadio siete: Familias con adultos.

Para las familias con un hijo con este trastorno esta etapa es complicada debido a que normalmente se espera que un hijo adulto salga de la casa y empiece su propia vida.

Wikler (citado por Freixa, 1993) notó que en este estadio los padres pasan por tres crisis importantes.

❖ La mayoría de edad del individuo deficiente mental, significa una doble crisis para los padres, porque las escuelas ya no proporcionan el servicio y los que hay para adultos son casi inexistentes, entonces en vez de disminuir el trabajo para los padres aumenta.

❖ El planteamiento de llevar a un albergue al hijo deficiente mental, puede provocar una serie de reacciones como la culpa y los padres tiene sentimiento de ambivalencia, por ese hijo al que quieren pero su cuidado se va dificultando cada vez más.

❖ La tutela y la incapacitación del hijo deficiente mental, los padres tienen que incapacitar a su hijo legalmente para darle la tutoría a otra persona que frecuentemente son los hermanos y esto trae problemas con la familia del hijo que sería responsable por su hermano

Estadio ocho: Familia de mediana edad

Los padres con un hijo deficiente mental pueden no disfrutar de la alegría de ser abuelos, por ejemplo, a menos de que tengan otro hijo, además la institucionalización del hijo es un tema más recurrente, la institución representa para la familia "la seguridad" y permanecía del hijo disminuido en un lugar donde tiene cuidados especializados y para los padres el futuro ya no es tan estresante y piensan que pueden envejecer y morir tranquilamente sabiendo que su hijo ya tiene un destino (Freixa, 1993).

Estadio nueve: Familias de edad.

Este estadio familiar comienza con el retiro y termina con la muerte de los padres. El objetivo de esta etapa es envejecer con éxito y enfrentarse a la muerte de una forma constructiva. En este estadio los padres tienen una preocupación muy marcada por el futuro de su hijo deficiente mental, ya sea que algún pariente lo cuide o que se vaya a alguna institución. Muchos padres sienten culpa de enviar a sus hijos a instituciones, pero en es la única alternativa que les queda debido a los casi inexistentes servicios que apoyen a deficientes mentales que ya son adultos mayores (Freixa, 1993).

Necesidades de la familia del deficiente mental

Según Freixa (1993) se ha cambiado el panorama de la deficiencia mental, legislándose en muchos aspectos y al aumento en la atención comunitaria. Debido en parte a que han aumentado los conocimientos sobre este trastorno ha hecho que se formen equipos multidisciplinarlos para atender esta problemática, de esta forma a lo largo del ciclo vital familiar la familia necesitará de varios especialistas (neurólogos, psiquiatras, médicos, psicólogos, pedagogos, entre otros). Una queja constante de los padres es que no hay una organización o planificación de todos estos servicios.

Si se quiere ayudar a estas familias es necesario conocer y valorar sus necesidades y comprender la relación que se establece entre los padres y los profesionales para diseñar un programa adecuado.

Las necesidades son los recursos esperados o reales para mantener el equilibrio del funcionamiento familiar. Se pueden dividir en tres categorías: las necesidades prácticas, psicológicas y de soporte.

Necesidades prácticas: Cunningham y Davis (1988, citado en Freixa, 1993) dividen en dos las necesidades utilitarias y las instrumentales.

❖ **Necesidades utilitarias:** Estas se refieren al tiempo y energía que todo el sistema familiar o cada miembro usa para atender al hijo, por ejemplo: la madre es la que se lleva la mayor carga de trabajo, mientras que los padres o los hermanos lo hacen pero en menor grado. Cuanto menos tiempo se use en cuidar al deficiente mental, más momentos tendrán las familias para dedicarse a otras funciones. Las prioridades de la familia van cambiando de acuerdo al ciclo vital familiar en el caso del niño discapacitado en muchas ocasiones tiene necesidades que no van de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar que le corresponde, por ejemplo en la familia con adolescentes se supone que los hijos se van independizando poco a poco de sus padres pero en el caso del adolescente discapacitado mental será dependiente de sus padres, ya sea por un largo tiempo o de por vida. Por otro lado el hijo discapacitado mental necesitará de ayuda especializada a lo largo de su vida y eso implica gastar dinero, que muchas familias no tienen.

❖ **Necesidades instrumentales:** Estas necesidades se refieren principalmente a la información y a la orientación en distintas áreas. Este tipo de información es difícil de obtener debido a la diversificación tanto de ubicación geográfica como de pertenencia institucional. Si a las familias se les enseñan formas de afrontar los problemas de conducta y favorecer el desarrollo y la adquisición de técnicas terapéuticas tendrán más tiempo y energía para dedicar a sus hijos sin aumentar el estrés. A pesar de que se está prestando más atención a los padres hay que tomar en cuenta los factores que intervienen en el estrés como la percepción de la discapacidad de su hijo, los recursos sociales y económicos, los distintos contextos ecológicos, sus interacciones, los valores y las creencias de la familia. Si no se toman en cuenta estos factores en la intervención de los padres, el tratamiento puede fracasar.

Necesidades psicológicas

Dentro de estas necesidades se incluyen las necesidades de información y la explicación de la deficiencia a los demás.

❖ **Necesidad de información:** Según Cunningham y Davis (1988, citado en Freixa, 1993) Se debe permitir que todos los miembros de la familia comprendan al deficiente mental, las implicaciones de su deficiencia. Esta información debería ayudar a la familia para tener un plan de acción acerca de la deficiencia de su hijo.

❖ **Explicación de la deficiencia:** Una de las necesidades mas apremiantes para los padres es la explicación de la deficiencia de su hijo a otros familiares, esta preocupación es más frecuente en las madres debido a que en la mayoría de los casos son ellas las que cuidan al hijo retrasado y se enfrentan a las preguntas de los vecinos o de gente conocida, mientras que la mayoría de los padres trabajan o delegan el cuidado del hijo a la madre y generalmente rehúyen de las preguntas.

Necesidad de soporte

Según Espinoza y Shearer (1986 citado en Freixa, 1993) las familias necesitan apoyo emocional en cuatro periodos que son: el diagnóstico inicial de la deficiencia, la entrada a la escuela, la pubertad y las decisiones vocacionales.

De acuerdo con Cunnigham y Davis (1988 citado en Freixa, 1993), el apoyo social es necesario para evitar el aislamiento, proporcionarle algún tiempo libre y una la oportunidad de poder comparar sus reacciones con las de otras personas que tienen el mismo problema de esta forma podrán obtener una nueva perspectiva y al mismo tiempo no sentirse solo o diferente.

Bailey y Simeonsson (1988 citado en Freixa, 1993) explican que los padres necesitan de un lugar donde puedan expresar periódicamente sus sentimientos y reacciones para comparar sus ideas y sentimientos con los de otras personas, esta necesidad es mas apremiante en las madres debido probablemente a que son ellas las que dedican mas tiempo al cuidado de los hijos.

Hay que aclarar que cada familia es distinta y por lo tanto tiene diferentes necesidades y para realizar una intervención con los padres es necesario tomar en cuenta esto.

Criticas de los padres hacia los profesionales

Según Freixa (1993) el trato con los profesionales ha ido en aumento los padres exigen cada vez más calidad en los servicios para su hijo deficiente mental. Los profesionales deben de tomar en cuenta estas exigencias, como las necesidades de cada familia. Las críticas más comunes de los padres son:

❖ **Crítica a los servicios:** La queja aquí es que hay una ausencia o insuficiencia de los servicios necesarios y aunque hayan los recursos suficientes los padres no pueden utilizarlos adecuadamente por ejemplo: el hecho de que muchos estudios o citas se den en horas laborales dificulta mucho a los padres darle una atención adecuada a su hijo. También mencionan que muchos servicios son impersonales, lentos, insensibles y pesados además de requerir trámites engorrosos y confusos.

Por ultimo los padres se quejan de que no hay continuidad en el apoyo de los servicios por ejemplo: durante la época escolar existen varias opciones, pero cuando el deficiente se convierte en adulto y es necesario que comience a ser productivos o cuando llega a la vejez los programas son limitados.

❖ **Crítica a los profesionales:** en este caso la crítica se enfoca a la información, ya sea que es insuficiente, inexacta, incomprensible o contradictoria. Otro problema común son los diagnósticos incorrectos, esto debido al desconocimiento de este trastorno, como diagnosticarlo, su etiología y su tratamiento, provoca en los padres falsas expectativas. Por ultimo la falta de cordialidad, preocupación, interés y comprensión por parte de los profesionales provoca que los padres se sientan ignorados.

Investigaciones sobre los padres con hijos deficientes mentales

Al paso del tiempo se han realizado diversas investigaciones sobre este tema, todas con diferentes teorías y objetivos, pero el propósito siempre ha sido el mismo demostrar que los padres con hijos retrasados mentales presentan diversas alteraciones en su personalidad.

Zuk (1959 citado por Hatty y Gibby, 1988) encontraron diferencias significativas en el grado en que madres católicas y no católicas aceptaban a sus hijos: Se llegó a la conclusión de que las madres católicas aceptaban mejor a sus hijos. Zuck hizo la

hipótesis en la cual a las madres católicas se les daban mayor apoyo emocional por su fe religiosa, además las madres católicas están menos expuestas al proceso de búsqueda de auto examen, ellas afirman que el trastorno de su hijo es por qué así lo quiso Dios.

Otra investigación fue hecha por Kenney (1967 (citado en Huty y Gibby, 1988) quien estudió las relaciones de madres con niños retrasados. Comparó cuatro grupos de madres con respecto a sus niveles del desarrollo del yo y de su autoritarismo en cuanto a la crianza del niño. Los grupos consistieron en madres de niños que eran: 1) educables y ajustados en la escuela; 2) educables pero mal ajustados en la escuela; 3) no retrasados y ajustados en la escuela; y 4) no retrasados pero mal ajustados en la escuela. Para medir el grado de control que la madre ejercía en cuanto a la crianza de sus hijos se uso la escala de ideología de la familia autoritaria (el factor AFI- Authoritarian Family Ideology Scale- de la Family Problem Scale de Loevinger); Además de unos un test de una sola página que consistía en terminar frases, compuesto de 14 elementos para explotar las características mas pertinentes de la madre. Los cocientes de inteligencia de los niños se midieron administrándoles individualmente test de inteligencia (el Stanford- Binet o la Escala Wechsler de inteligencia para niños). El grado de ajuste del niño se determinó mediante puntuaciones del maestro como base en una escala de ajuste de cuatro pasos.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

- ❖ No se halló ningún respaldo estadísticamente significativo a la hipótesis general de que las madres con niños ajustados deben tener independientemente del cociente de inteligencia del niño, niveles mas elevados del desarrollo del ego que las madres con hijos mal ajustados.

- ❖ Se observó que las madres de niños retrasados ajustados tenían niveles más altos de desarrollo del yo a comparación de los otros grupos.

- ❖ Se concluyó que las madres de niños ajustados eran menos autoritarias que las madres de niños mal ajustados.

- ❖ Se concluyó que las madres de niños retrasados mal ajustados solían ser menos maduras y tener niveles mas bajos de desarrollo del yo que el grupo equiparado de madres de niños retrasados mal ajustados Esto significa que la aptitud de la madre para entender y aceptar la discapacidad de su hijo se relaciona con el desarrollo de su propia personalidad al enfrentar las diversas situaciones de estrés que significa la introducción en la familia de un niño anormal.

Kenney (citado por Hatty y Gibby 1988) concluye que: *La presencia de un niño retrasado es una situación de estrés poco común para cualquier madre; puede estimular el crecimiento de su personalidad o contribuir a su regresión.*

Camarena (2003) comparó el autoconcepto de mujeres que dieron a luz a niños sanos, con las que dieron a luz niños con síndrome de Down. La muestra consistió de 66 mujeres que se dividieron en dos grupos uno de mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con niños normales. Se realizó la investigación por medio del dibujo de la figura humana de Machover. Esta técnica del dibujo se basa en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino al pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado. En términos generales el dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo o del cuerpo en el ambiente. Lo que se expresa se podría caracterizar como la imagen corporal.

La forma en que se aplicó fue la siguiente: se le entregaba un cuestionario de datos generales con un lápiz y goma donde seleccionaban y subrayaban las respuestas, al finalizar, se aplicó el Test de la figura humana De Machover, pidiéndoles a las madres que dibujaran una figura humana completa y dependiendo del sexo que dibujaran se les pedía que hicieran del sexo contrario (Camarena, 2003)

Se hicieron dos tipos de análisis uno cuantitativo y otro cualitativo, los dos análisis se hicieron con base en la observación detallada y comparando cada uno de los dibujos siguiendo los aspectos formales y estructurales de Machover y Hammer. Para el análisis cuantitativo se usaron puntuaciones arbitrarias entre 0 -2 a cada uno de los aspectos elegidos ya sea que haya ausencia o presencia por ejemplo: en la presión en el trazo, la zona en donde haya sido dibujada la figura, si es simétrico, entre otros se hizo el estudio estadístico por medio de una prueba t de student.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron que si hay diferencias en el auto concepto entre las madres con niños con síndrome de Down y el de aquellas cuyos hijos no tienen síndrome de down con base en los resultados estadísticos, por lo tanto es de aceptarse la hipótesis alterna: Existe diferencia en el autoconcepto de madres que dieron a luz a niños regulares y a las que sus hijos presentaron síndrome de Down (Camarena, 2003).

Las características que encontraron que presentaban las madres de niños con Síndrome de Down (SD) a diferencia de las madres con niños sin Síndrome de Down fueron:

❖ Presentan un shock emocional ante lo cual presentan desorganización emocional y lo proyectan en la imagen masculina.

❖ Debido a que las madres con niños con S.D elaboraron imágenes con una edad plasmada menor a la que tienen, presentan una regresión psicológica, la cual es normal durante el embarazo, para la mejor comprensión de su hijo, pero ellas tienen o requieren por mas tiempo prolongar este periodo, ya que sus hijos se desarrollan de forma mas lenta.

❖ Su trazo presenta fragmentación y algunas líneas desconectadas, se concluye que se viven fragmentadas o angustiada, y no han logrado reconstruir su cuerpo después del parto.

❖ Existe una diferencia en los detalles plasmados y esto podría significar que están en un proceso de duelo, presentando reducción de energía característica de personas perturbadas emocionalmente.

❖ La presencia de asimetría en el dibujo podría significar que hay una inadecuación en sus sentimientos de seguridad en la vida emocional.

❖ Tiene dificultad en la organización psíquica de su cuerpo, esto se refleja por la proporcionalidad de sus dibujos, puede deberse por que se encuentran en un proceso de duelo (Camarena, 2003)

Por otra parte Lima (2006) estudio la Psicopatología y el autoconcepto a un grupo de padres de familia que tienen un hijo con retraso mental. Lima menciona que la aparición de un hijo con retraso mental, es en muchos casos una herida grave para los padres que transforma todo su mundo ya sea para bien o para mal.

Su investigación tenia por objetivo: “conocer los efectos que produce en los padres tener un hijo con retraso mental” La muestra fue de 40 padres de familia: 35 mujeres y 5 hombres, cuyas edades fluctuaron entre 30 y 68 años de edad, y con una escolaridad desde primaria hasta secundaria.

Se aplicaron las siguientes pruebas: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (MMPI) y la Escala de Auto Concepto de Tennessee. Los resultados de su aplicación se sometieron a un tratamiento estadístico usando el coeficiente de correlación de spearman con un nivel de significancia de .05 o 5% de posibilidades de rechazar la hipótesis, con un 95% de confianza.

Los resultados rechazaron la hipótesis nula: el tener un hijo con retraso mental no influye en el auto concepto de los padres y confirmaron la hipótesis alternativa: el

tener un hijo con retraso mental si influye en el auto concepto de los padres (Lima, 2006)

Las conclusiones a las que se llegaron fueron:

- ❖ Los padres de familia como grupo, con un hijo retrasado mental no presentan psicopatología sino solamente rasgos de personalidad, probablemente debido a la presencia de un hijo con estas características.

- ❖ También presentan una fuerte tensión interna, impotencia, su capacidad de autocrítica es reducida, son solitarios, tienden a la fantasía, tienen sentimientos de minusvalía y culpa; son reservados y tienden a la fantasía.

- ❖ Asimismo son defensivos, dudan de su propio valor, se perciben ansiosos, indeseables e infelices; tienen poca confianza en si mismos; La percepción que tienen de si mismos es mala en relación al círculo de su familiares e igualmente fuera de este ámbito; Desde el punto de vista ético-moral perciben buena su relación con Dios y ser mala su relación con la "religión".

- ❖ El autoconcepto de los padres no varía de una área a otra; tienen la sensación de ser más o menos buenos como personas, comparativamente entre padres y madres no hay diferencias en su personalidad valorada con el Inventario de Minnesota; En relación a la escala de Tennessee de la misma forma no hay diferencia en el auto concepto entre madres y padres.

Las limitaciones que se tuvieron en esta investigación fueron: que el estudio se realizó con 35 madres y 5 padres, por lo que es una muestra pequeña, no incluyó todos los niveles de retraso mental, y solo se manejaron dos niveles socioeconómicos (Lima, 2006)

Por último ambas tesis la de Camarena (2003) y la de Lima (2006) mencionaron que era necesario que hubiera otras investigaciones de este tipo para confirmar o rechazar estos resultados.

Otra investigación realizada por Parello y Caruso (2007) en La Universidad de los Estudios de Nápoles "Federico II" que lleva por título: "El nacimiento de un hijo con minusvalía: ruptura de cánones y posibilidad de narrarse"

Se menciona que el nacimiento de un hijo con una minusvalía es percibido como acontecimiento inesperado e incomprensible. El “trauma” muy a menudo resulta no narrable en otras palabras, los padres no son capaces de expresar sus sentimientos ante esta problemática. Hace falta entonces ofrecer “apoyo” valiéndose de la única solicitud que los padres son capaces de pedir: ayuda para sus hijos. El objetivo del trabajo fue analizar las narraciones que los padres de niños con minusvalía ofrecían en el Primer Coloquio en el Centro de Rehabilitación G.I.F.F.A.S de Bagnoli, Nápoles. La hipótesis es que la narración autobiográfica, emerge de modo inconsciente dentro las consultas oficialmente centradas en los hijos. El análisis de datos se llevó a cabo con el programa ALCESTE (Analyse des Lèxèmex Cooccurrents dans les Enoncés Simples de un Texte) que pone en evidencia los "mundos léxicos" del corpus usado por los sujetos para comunicar su punto de vista.

La conclusión a la que se llegó fue que el hecho de tener un hijo con alguna minusvalía era un parte aguas en la vida de sus padres el cual tiene un efecto muy poderoso en la forma en como se tiene que reestructurar todo su ser con este cambio. Menciona que debido a que estamos inmersos en una sociedad donde no permiten que las personas se expresen con plena libertad les es muy difícil a los padres poder expresar los sentimientos y pensamientos que tienen con respecto a la minusvalía de su hijo. Además de acuerdo con el análisis que se hizo a las autobiografías mostraron que muchas partes de la autobiografía eran referencias a su hijo minusválido y que otros temas por ejemplo: el trabajo, la pareja u otros familiares eran dejados de lado. Por último de acuerdo con los autores de esta investigación hacen hincapié en la necesidad de que exista apoyo psicológico para estos padres con el propósito de que tanto ellos como sus hijos tengan una mejor calidad de vida.

Solís, Díaz, bolivar y García (2003) realizaron una investigación que llevo por titulo: “Expectativas de crianza y prácticas disciplinarias y de crianza en parejas con niños con necesidades especiales”.

Este estudio se analizo la escala de comportamientos para madres y padres de niños pequeños (ECMP) para distinguir las expectativas de desarrollo y las prácticas de crianza de parejas de madres y padres que tienen un hijo sano y uno con necesidades especiales. En este estudio se explora con la Escala de Salud del Niño (ESN), la percepción que tienen los papas y mamás, que se sabe de antemano que presentan un trastorno o una alteración en su desarrollo (FMES). Todas las familias

tenían al menos un hijo entre los 0 y 5 años de edad. La muestra de las familias con hijos con necesidades especiales quedó formada por 80 padres y 80 madres. Los problemas de salud de los niños se distribuyeron así: 6.2% con parálisis cerebral; 16.2% con retraso psicomotor; 6.2% Síndrome de Down; 11.2% lesión cerebral; 8.7% problemas de lenguaje; 8.7% problemas respiratorios; 22.6% múltiples diagnósticos; 5% varios síndromes y 15% trastorno vagamente definidos. La muestra de familias normativas (FNOR) quedó formada por 86 madres y 86 padres todas las familias contestaron una forma socio-cultural y la ECMP; las FMES las respondieron también la ESN.

En la investigación mencionan que tener un hijo con necesidades especiales representa un grupo de alto riesgo debido a sus múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales. La investigación indica que los padres y madres de estos niños sufren también de diversos problemas como mayores niveles de estrés y depresión. Es sabido que cuando las necesidades o el comportamiento de sus hijos se consideran “problemático” el estrés de los padres aumenta y esto incrementa la posibilidad de que haya una reacción más severa ante las conductas del niño. Aclaran que esto depende de cada familia y así como hay familias que reaccionan de forma agresiva existen otras que se unen más y son capaces de salir adelante.

Los resultados indican que las expectativas y prácticas de crianza y de disciplina son parecidas y que aumentan a partir del primer año de edad para las FNOR. Los resultados entre las familias indican que las FNOR esperaban que sus hijos dominen mucho más rápido ciertas habilidades y les imponen una disciplina más severa que las FNES. La única diferencia de género favoreció a las mamás, quienes indicaron tener más práctica en la crianza de niños que los papás. En el cuestionario de ESN resalta la importancia de la percepción de la salud de los padres hacia sus hijos en relación con las expectativas y las actividades de crianza y disciplina. Se encontró que las FNES tenían más bajas expectativas, presentaban una disciplina más severa, pero pocas actividades de crianza en comparación de las FNOR. Esto es importante porque al tener un hijo con alguna discapacidad es necesario tener más actividades de crianza para que el niño desarrolle mejor sus habilidades.

Por último en la mayoría de las investigaciones se reconoció que todavía falta mucho por estudiar sobre este tema y mencionan que es muy importante que se

realicen más trabajos de este tema para tener un conocimiento más amplio de la problemática.

Como han estudiado varios autores (Freixa, Ingalls, Hatty y Gibby) el nacimiento de un hijo con retraso mental es un evento muy estresante y que pone a prueba la capacidad para confrontarlo con los recursos disponibles. La forma en como reaccionamos ante esto se le llama estilos de afrontamiento y se explicaran en el siguiente capítulo.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Benítez (2007) menciona que ante eventos amenazantes y/o estresantes, que suceden día con día, las personas responden de forma diferentes. Estas diversas respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés son conocidas en el campo de la psicología como estrategias de afrontamiento. Ya que este concepto está ligado al de estrés primero se explicará su definición y la relación que tiene con los estilos de afrontamiento.

Definición de estrés

Las definiciones de estrés coinciden en que es la respuesta biológica del organismo ante un estímulo que demande un esfuerzo mayor, la diferencia principal es el papel que le dan al individuo y a los recursos con los que cuenta, para definir si un suceso les provoca estrés o no

Hans Seyle (citado por Bensabat, 1994) define al estrés como: *“ La respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga ”*

Bensabat (1994) define dos tipos de estrés el buen estrés o eustres; y el mal estrés también llamado distress en inglés.

❖ El eustres es todo aquello que causa placer, todo lo que se quiere o se acepta hacer en armonía con uno mismo, con su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación. Por ejemplo: la alegría, el éxito, jugar cartas o realizar algún deporte, son estimulantes, alentadores y fuentes de bienestar.

❖ El distress es todo aquello que disgusta, todo lo que hacemos a pesar nuestro y en contradicción del individuo, su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación, por ejemplo: la tristeza, la pena, las malas noticias entre otras son fuentes de desequilibrio, de alteraciones psicósomáticas y de enfermedades de adaptación.

En los dos casos existe una respuesta biológica de adaptación y secreción de hormonas de adaptación. Pero hay una diferencia; el eustres biológicamente se puede convertir en distress cuando supera el nivel de adaptación propio de cada

persona y provoca una respuesta biológica excesiva que acarrea respuestas somáticas que son correspondientes con el distress.

De acuerdo con Lazarus (1991), debido a que el estrés es una experiencia subjetiva, no se puede tener una definición objetiva de este haciendo únicamente referencia a las condiciones ambientales, sin tener en cuenta las características del individuo. Entonces es necesario adoptar una perspectiva relacional entre identificar la naturaleza de la relación para, así poder entender el complejo modelo de reacción y sus consecuencias adaptativas. De esta forma Lazarus (1991) define al estrés psicológico como: *“ Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar ”*.

En el mismo orden de ideas López (2005) define al estrés como: *“Aquella situación en la cual las demandas externas (sociales) o las demandas internas (psicológicas) superan la capacidad de respuesta del individuo. Se provoca así una alarma orgánica que actúa sobre los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino e inmunológico, produciendo un desequilibrio psicofísico y la consiguiente aparición de la enfermedad. ”*

Como ya se menciona la experiencia del estrés es un fenómeno subjetivo, por ejemplo: Un sujeto puede presentar un gran estrés al hablar en público, mientras que otro sujeto puede hablar en público sin ningún problema. Los factores que generan o no estrés en todas las personas dependen de diversas cuestiones por ejemplo: la edad, el nivel de educación, el nivel socioeconómico entre otros. A continuación se explicara de forma más amplia estos factores

Factores estresantes

Troch (1982) considera a los agentes que estimulan los procesos de estrés nervioso y hormonal se les llame stressores. Muller – Limmroth (citado por Troch, 1982) propone una división en cuatro clases de stressores: físicos, psíquicos, mentales y sociales.

❖ **Estresores físicos:** Este a su vez se divide en tres clases. En primer lugar tenemos a cualquier tipo de actividad física, por ejemplo: correr, jugar futbol, entre otras, estas causan estrés debido a que el organismo debe tener una mayor cantidad de energía para realizar ese esfuerzo deportivo; en segundo lugar, aquí están los condicionamientos físicos que nos obligan, de vez en cuando a una reacción de

estrés, como puede ser el calor elevado o el ruido y en tercer lugar se considera que los virus, bacterias, sustancias tóxicas o las sensaciones de dolorosas que provocan una reacción de estrés.

❖ **Estresores mentales:** Aquí se engloba cualquier actividad que obligue al sujeto enfocar toda su atención en la actividad como pueden ser: jugar ajedrez, armar rompecabezas o leer.

❖ **Estresores psíquicos y sociales:** Estos estresores están íntimamente relacionados debido a que las personas están programadas para reaccionar constantemente con estrés a las situaciones sociales como son: la vida laboral, las relaciones de parejas y familiares, entre otras

Para poner de manifiesto al importancia de los estresores psicosociales, Thomas Holmes y Richard Rahe (1967, citado en López) realizaron un test se basa en que los eventos de vida estresantes incrementan el riesgo de padecer enfermedades. Estos eventos tienen una puntuación de acuerdo al nivel de estrés

Tabla 2: La Escala de Reajuste Social" de Holmes y Rahe (1967

Puntos de estrés	Situación de estrés
100	La muerte del consorte
73	divorcio
66	Separación matrimonial
63	Estancia en la cárcel
63	Muerte de algún familiar cercano
53	Algunas heridas o enfermedad
50	matrimonio
47	Perdida del puesto de trabajo
45	Reconciliación con el consorte
45	Pasar al retiro
44	Cambio de salud de un miembro de la familia
40	Embarazo
39	Dificultades sexuales
39	Ampliación de la familias
39	Reorganización en la empresa
38	Cambio en la situación financiera
37	La muerte de un buen amigo
36	Cambio en el ámbito de las tareas profesionales
35	Riñas en el matrimonio
31	Hipoteca o crédito superior a 1,500 000ptas
30	Vencimiento de una hipoteca o préstamo
29	Mutación del ámbito de responsabilidades en el lugar de trabajo
29	la marcha de casa de un hijo o hija
29	Problemas con los familiares del otro consorte
28	Éxito personal especial
26	la esposa empieza a trabajar fuera de casa o deja el trabajo que realizaba
26	Comienzo o final de asistencia a la escuela
25	Cambio en las condiciones de vida
24	Cambio en las costumbres personales
23	Problemas con el jefe
20	Cambio en el horario de trabajo o sus

	condiciones
20	Cambio de vivienda
20	Cambio de escuela
19	Cambios en el comportamiento durante el tiempo libre
19	Cambios de actividad en el ámbito eclesiástico
18	Cambios de actividad en el ámbito social
17	Hipoteca o préstamo inferior a 1, 500 000
16	Cambio en el horario de dormir
16	Cambio en el numero de encuentros familiares
13	Cambio en las costumbres de comer
13	vacaciones
13	Nochebuena
11	Transgresiones leves a la ley

Fuente: López, D. (2005). Estrés, epidemia del siglo XXI: como entenderlo, entenderse y vencerlo. Argentina. Lumen.

El resultado de esta investigación fue que las personas con una puntuación de estrés entre 150 y 190 estaban enfermas solo en un 37%, las que alcanzaban una puntuación entre 200 y 299 subían a un 51% y las que tenían mas de 300, el 79%.

Lazarus y Folkman (1991) al contrario de las teorías anteriores donde hay una escala que normativamente clasifican ciertos hechos más o menos estresantes. Considera que el peso asignado aun acontecimiento no se hace solo en base a su carácter de parámetro en la población, sino que también se toman en cuenta las preferencias individuales. El grado en que un acontecimiento es estresante, esta determinado por diferentes factores personales y situacionales por ejemplo: una autoestima adecuada o baja, la esperanza o el pesimismo, entre otras. Sin embargo se pueden identificar las características formales de la situación como: la novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre; Los factores temporales como; la inminencia, duración e incertidumbre temporal, la ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital.

Novedad de la situación

De forma inevitable el ser humano se encuentra con situaciones que le resultan nuevas, en otras palabras, que no dispone de ninguna experiencia previa. Si en alguna situación totalmente nueva y que no haya ningún aspecto de ella que se pueda relacionar psicológicamente con daño, no dará lugar a una evaluación de amenaza, de la misma forma si en esta experiencia nueva no hay ningún aspecto que se relacione previamente con dominio o victoria tampoco dará lugar a una

evaluación de desafío. Los contactos previos con el daño o la ganancia no tiene que estar directamente relacionados con la experiencia, la persona puede haber visto, leído o inferido de cualquier forma las características relevantes de la situación. La mayoría de las situaciones no son completamente nuevas sino que ciertos aspectos resultan familiares y los estímulos son procesados a través de sistemas previos de conocimientos. Este conocimiento general permite el individuo entender e interpretar la conducta de los demás simplemente por que la otra persona tiene ciertas necesidades típicas y vive en un mundo con ciertos métodos tradicionales para cubrir tales necesidades (Lazarus y Folkman, 1991).

Predictibilidad

La predictibilidad implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas y consiste en algún tipo de aviso de que algo doloroso y dañino ocurrirá.

Weinberg y Levine (1991, citado en Lazarus y Folkman,) realizaron varias investigaciones con animales para estudiar la predictibilidad. En uno de sus experimentos sobre la respuesta emitida por las ratas de laboratorio donde la descarga podía evitarse apretando una barra. Las ratas que se hallaban en la zona en que había señal de aviso apretaban la barra con mucha menor frecuencia y se apartaban de la barra con mayor libertad, que las ratas que se hallaban en la zona donde no se les avisaba. Una explicación a este fenómeno es que el hecho de que el estímulo venga precedido de una señal permite la posibilidad de afrontamiento anticipatorio lo cual es, en esencia, la hipótesis de la respuesta anticipatoria lo cual ayuda a la preparación, para enfrentar ese estímulo. Esta teoría dice que un aviso proporciona la información que permite a los sujetos prepararse de alguna forma; por consiguiente se reduce la capacidad aversiva del agente estresante.

Otra explicación es la ofrecida por la hipótesis de la señal de seguridad. Que sugiere que el hecho de ser avisado informa a los sujetos de cuando están a salvo del agente estresante. Este conocimiento podría resultar útil porque proporciona periodos en los que es posible relajarse. Ambas hipótesis parecen implicar otros dos factores en la explicación de los efectos de la predictibilidad: el control sobre el entorno y el feedback que permite saber lo que puede o no hacerse y sobre la existencia o no de contingencias (Lazarus y Folkman, 1991).

Incertidumbre del acontecimiento

Este término se usa para discutir la probabilidad de que ocurra o no un acontecimiento e introduce esta clase de noción. Por ejemplo: hay 15% de probabilidades de que un tumor se reproduzca de nuevo, o de que hay un 85% de probabilidades de que llueva (Lazarus y Folkman, 1991).

Una de las razones más importantes por las que la incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresante en la vida real es que tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio. Las estrategias de afrontamiento para anticipar la aparición de un acontecimiento son generalmente incompatibles con aquellas que anticipan la no aparición del acontecimiento (Lazarus y Folkman 1991).

Factores temporales

De acuerdo con McGrath (1970), Appley y Trumbull (1967) (Lazarus y Folkman, 1991) señalan que el tiempo puede ser un factor muy importante en situaciones estresantes, a pesar de que no se ha investigado mucho acerca de este tema.

Debido a que los factores temporales puede provocar una sensación de amenaza, ya sea porque el sujeto no tuvo tiempo de prepararse, (un accidente automovilístico); o el factor estresante persiste por un periodo largo (alguna enfermedad grave). Pero por otro lado los factores temporales pueden servir para que el individuo se prepare de tal forma que haya una reducción del estrés y salga adelante de la situación por ejemplo: algún examen muy importante de la universidad o el nacimiento de un hijo. Se consideran factores temporales a la inminencia, duración, incertidumbre, ambigüedad y a la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital.

Inminencia

De acuerdo con el Diccionario de la Real Lengua Española (1999) inminente es un adjetivo que significa: "*Que amenaza o está para suceder prontamente*".

En este caso se usa para hacer referencia al tiempo que transcurre antes de que ocurra algún acontecimiento, durante este tiempo la persona hace una valoración sobre lo que puede esperar de este suceso y la forma en que va a responder a el. Generalmente cuanto mas inminente es un acontecimiento, mas intensa resulta su

evaluación, especialmente si hay señales que indiquen daño, peligro la posibilidad de dominio o ganancia (Lazarus y Folkman, 1991).

Cuanto mas prolongado es el tiempo de anticipación mayor es la probabilidad de complejidad en la evaluación dados los procesos mediadores que tiene lugar en tal caso. Con tiempo por delante, el individuo puede reflexionar, sufrir o afligirse; pero también puede evitar el problema, pensar sobre el, actuar o intentar lograr su autocontrol. Cada uno de estos procesos de afrontamiento afectará a las evaluaciones posteriores y a las emociones acompañantes (Lazarus y Folkman, 1991).

Duración

La duración hace referencia al tiempo que persiste un acontecimiento estresante. Se halla relacionada con el concepto de inminencia, la diferencia es que esta se refiere al periodo anterior al suceso, mientras que la duración comprende el periodo durante el que el suceso se desarrolla (Lazarus y Folkman 1991).

Este concepto se considera como un factor principal en la aparición de enfermedad y psicopatología; se supone que los estresantes prolongados o crónicos agotan al individuo psicológica y físicamente.

De acuerdo con Selye (1956, en Lazarus y Folkman, 1991) proporcionó un fuerte impulso a esta línea del pensamiento con el desarrollo de su concepto Síndrome General de Adaptación (SGA) hace referencia a tres etapas en la respuesta al estrés:

1. Reacción de alarma: tiene dos partes subordinadas:

❖ **Fase de shock:** representa el efecto inicial e inmediato del agente nocivo sobre los tejidos; se caracteriza por la reducción de la temperatura corporal y el descenso de la presión sanguínea.

❖ **Fase de contrashock:** en donde se reúnen los esfuerzos defensivos por parte del sistema psicológico; aquí se puede apreciar un aumento de la presión arterial y aumenta la temperatura corporal.

2. Etapa de resistencia: Se caracteriza por un aumento de la resistencia al agente estresante y por una disminución de la resistencia a otros estímulos. En esta etapa aparece una triada de reacciones: hipertrofia adrenal, contracción del timo y reducción asociada de linfocitos y de úlceras gástricas.

3. Etapa de agotamiento: Después de una exposición prolongada a un estrés importante aparece el agotamiento y muchos de los síntomas de la fase de alarma

aparecen de nuevo. En esta última fase se produce lo que Selye (1956) le llama “enfermedades de adaptación” tales como, el shock anafiláctico, la artritis y finalmente, puede conducir a la muerte (Lazarus y Folkman, 1991).

Pero los estresantes crónicos no siempre terminan en la fase de agotamiento, también se puede transformarse en habituación donde, hay una disminución de respuesta conductual o fisiológica que se da con la repetición de estímulos. La persistencia de un estresante crónico puede dar a la persona oportunidad de aprender a afrontar sus demandas o a evitar o distanciar el agente estresante. Se desarrollan nuevos recursos, se reordenan los compromisos contraídos, se abandonaron viejos objetivos y se buscan otros nuevos (Lazarus y Folkman, 1991).

Incertidumbre temporal

Cuando el sujeto no tiene el conocimiento seguro y claro de cuando se va a producir algún acontecimiento por ejemplo: el día de su boda o el nacimiento de su hijo, se le conoce como incertidumbre y es posible que haya una reacción de estrés. Pero esta incertidumbre sólo resulta estresante cuando se indica que el acontecimiento va a ocurrir tarde o temprano en algún momento de su vida (inminencia), por lo tanto el hecho de cuán estresante o no estresante pueda resultar esta incertidumbre dependerá del grado de inminencia que haya (Lazarus y Folkman, 1991).

Ambigüedad

Cuando la información que se tiene para evaluar alguna situación personal es poco clara, confusa, puede ser interpretada de varias formas o que las actitudes u opiniones de la persona no estén bien claras y definidas provocará una falta de confianza en la toma de decisiones y esto crea las condiciones para que el análisis de las situaciones y en consecuencia el modo en que afrontará el suceso estén condicionadas en función de las creencias, experiencias o disposiciones personales de el individuo, que en un análisis objetivo de la situación.

La cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital.

Neugarten (citado en Lazarus y Folkman, 1991) señaló que muchos de los acontecimientos normales de la vida resultan estresantes sólo si ocurren “fuera de tiempo”. Los acontecimientos a destiempo son más amenazantes porque no son

esperados y, por tanto, privan a la persona del apoyo de grupo, de la sensación de satisfacción plena que acompañaría al acontecimiento si hubiera sucedido en su momento, o de la oportunidad de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio por ejemplo: un embarazo no deseado o ser despedido de algún trabajo sin previo aviso.

Ya que se explicó de donde surge el afrontamiento, pasaremos a revisar su definición y los estilos que lo componen

Definición de afrontamiento

Benítez (2007) menciona que la habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de coping o afrontamiento del sujeto, este tema ha jugado un papel muy importante dentro de la psicología, de tal forma que al pasar del tiempo se le ha definido de diversas formas:

❖ Maslow (1954 citado en Benítez, 2007) definió estilos de afrontamiento como: *“una organización psicológica conformada por diferentes medios empleados por la persona con propósitos adaptativos. No son una conducta unidimensional; funcionan en diferentes niveles y son afectadas por un conjunto de conductas, percepciones y cogniciones”*.

❖ Murphy (1968 citado en Benítez, 2007) los explica como *“cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante”*.

❖ De acuerdo con Pearlin y Schooler en 1972 (citado en Benítez, 2007, p. 82) *“los estilos de afrontamiento o coping se refieren a las conductas que protegen a la gente de ser dañada psicológicamente por experiencias sociales traumáticas”*. Esta función protectora puede ser ejercida de 3 formas: 1) eliminando o modificando las condiciones de la fuente de estrés; 2) controlando perceptualmente el significado psicológico o el impacto de la experiencia para que se neutralice su significado problemático; o 3) manejando las consecuencias emocionales (ira, tristeza, enojo) dentro de los límites manejables para el sujeto por ejemplo: con respuestas de resignación.

❖ Monat y Lazarus en 1977 (citado en Omar, 1995, p. 43) existen dos estrategias principales de coping o afrontamiento del estrés; acciones directas y acciones

indirectas o paliativas. En el coping de acción directa, la persona emplea estrategias orientadas a solucionar el problema para cambiar la situación; en el coping paliativo, el sujeto regula sus propias reacciones sin solucionar el problema.

❖ Una de las mas aceptadas definiciones es la que proporcionan Lazarus y Folkman (1991, p. 164) dice: *“ definimos afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo ”*

❖ Por ultimo López (1999) los define como recursos internos que consisten en la tendencia general de la persona para negociar con los eventos estresantes dentro de un camino en particular.

Modelos de afrontamiento

Como sabemos hay un gran número de definiciones de estilos de afrontamiento y por lo tanto también hay diversos modelos para su explicación; dependiendo del enfoque cambiaran algunos detalles pero todo los modelos intentan explicar lo mismo porque actuamos de diversas formas los seres humanos cuando estamos ante una situación de estrés.

Fragoso (2006) menciona que a lo largo del tiempo el afrontamiento ha sido abordado desde tres diferentes perspectivas teóricas: Teoría de la evolución, el modelo animal, el modelo cognoscitivo- conductual, modelo Lazarus y Folkman y modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Kronhe

❖ Teoría de la evolución

Esta teoría se refiere a la capacidad de supervivencia de los organismos y de transmitir la información genética cuando frente a un peligro deciden huir, evitar o enfrentar.

❖ Modelo animal

En este modelo se describe el afrontamiento como: *“ Aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológicas producida por estas ”*. Otras definiciones basadas en este modelo han sido la de N. E. Miller (Citado por Lazarus y Folkman, 1991) donde dice que: *“ el afrontamiento consiste en un conjunto de respuestas conductuales*

aprendidas, que resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva ”.

❖ **Modelo Lazarus y Folkman**

Como se explicó con anterioridad definen afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que están en un constante cambio los cuales se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o internas que sobrepasan los recursos de la persona

Para Lazarus (1984, en Fragoso, 2006) en la mayoría de las situaciones estresantes se pasa por un proceso de tres fases: la anticipación, la espera y el resultado. En la anticipación, el sujeto se prepara para el estímulo estresante, en la segunda se realizan esfuerzos de afrontamiento buscando respuestas a sus acciones y en la última se evalúa el éxito o el fracaso del afrontamiento.

El modelo general de estrés de Lazarus comienza con la percepción de un acontecimiento o estímulo que se manifiesta de diversas formas por ejemplo puede ser un acontecimiento vital importante (una boda), una molestia diaria (el tráfico), una alegría diaria (pasar tiempo con los hijos) o una circunstancia de vida crónica (tener un hijo con discapacidad mental)

Después de percibir el suceso la persona hace una evaluación primaria del sentido y significado que este acontecimiento, o sea relevante o irrelevante para su propio bienestar físico o psicológico. En el caso que sea considerado como relevante, se hacen dos evaluaciones principales, ya sea que se considere como un reto o como una amenaza. Estas evaluaciones provocan un aumento en las descargas del sistema nervioso autónomo en forma de activación simpática a medida de que la persona se prepara para el reto o la amenaza. La activación, a su vez, provoca una evaluación secundaria, esta evaluación plantea la cuestión de “si la persona dispone de las estrategias, recursos o habilidades para afrontar exitosamente el reto o la amenaza”. Las repuestas secundarias son seguidas de repuestas de afrontamiento voluntarias o estratégicas, si las repuestas son exitosas, entonces el estresor se evalúa de tal forma que deja de ser un reto o amenaza, pero si fracasa, la activación continua hasta que se le ponga fin al estresor y la respuesta de afrontamiento tenga éxito o el SNA falle por agotamiento (Fragoso, 2006)

Lazarus y Folkman (1991) consideran que el afrontamiento es un proceso cambiante en que el individuo, en determinados momentos, debe contar con múltiples estrategias que sirvan para resolver el problema, todo esto a medida que va cambiando el ambiente donde vive. Esta transformación del autoconcepto no es al azar, estos cambios son resultado de constantes evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo- entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. Cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de que esta ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto, este proceso de reevaluación a su vez, influye en la actividad del afrontamiento posterior, por lo tanto el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas

❖ **Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Kronhe**

Krohne (1989) distingue dos tipos principales de estrategias de coping o enfrentamiento: vigilancia y evitación o prevención cognitiva.

Estos términos son usados para describir acciones y operaciones cognitivas relacionadas con el estrés, así como para señalar las diferencias individuales que provocan disposición a elegir cierta clase de estrategias de un abanico de opciones. Este modelo se enfoca a aquellas estrategias que orientan a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos que han sido considerados como amenazantes.

Las reacciones individuales a la amenaza están organizadas generalmente como actos de coping complejos. Estas estrategias transforman la forma en que el sujeto concibe a los elementos que son considerados como amenazante por medio de la información selectiva, despliegue de atención o reinterpretación, estas clases comportamentales pueden ser combinadas dentro de estrategias de orden superior llamadas superestrategias. Dos de estas superestrategias son muy importantes de acuerdo a esta teoría por un lado, la vigilancia que es considerada como: el intento de obtener información relacionada con un evento amenazante, por otro lado, la prevención cognitiva, que es definida como la evitación de información pertinente a la amenaza.

Krohne menciona que de acuerdo con la forma habitual de emplear una u otra clase de estrategias en situaciones amenazantes, las personas pueden ser distinguidas en sensitivas (vigilancia- rígida); represivas (prevención cognitiva rígida); ansiosas (coping inestable) y no defensivas (uso flexible de estrategias). Según la combinación de frecuencias de una y otra superestrategia de coping (vigilancia y prevención cognitiva) los cuatro estilos de coping pueden definirse de la siguiente forma:

- ❖ Sensitivo: alta vigilancia, baja prevención cognitiva
- ❖ Represivo: alta prevención cognitiva, baja vigilancia
- ❖ Ansioso: altos puntajes en ambas escalas
- ❖ No defensivo: Bajos puntajes en ambas dimensiones

Para definir que estilo de coping o afrontamiento tiene una persona, no basta con que muestre ciertas conductas en una situación dada, es necesario que la persona emplee constantemente estas estrategias de forma constante. Por ejemplo: Una persona no puede ser asignada al estilo de “sensitivo” sólo porque muestra conductas vigilantes en alguna situación, esto solo ocurriría cuando la persona emplea estrategias vigilantes de forma consistente a través de situaciones con distintos grados de controlabilidad y predictibilidad y, al mismo tiempo se abstiene de usar estrategias de evitación cognitiva o prevención cognitiva. Para distinguir a personas con estilos depresivos se aplica el procedimiento inverso. El modelo de Krohne se muestra en la Figura 1



Fig. 1.- Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne

Por ejemplo una persona que es considerada como sensitiva, cuando tenga un problema con su pareja es muy probable que empiece a analizar cada pequeño detalle de la relación y a preguntarle constantemente a su pareja cual es el problema de esta forma se siente en control de la situación independientemente de que sea cierto o no.

Por el otro lado, una persona represiva si tiene algún problema con su pareja se alejara o ignorara el problema y no analizara la situación, ni porque se dio o cuales son las consecuencias.

Ya que se definió y se explicaron los modelos teóricos del afrontamiento, a continuación se mencionaran los aspectos prácticos como son la función, los mecanismos y los métodos que usa del afrontamiento.

Función y recursos del afrontamiento

El afrontamiento tiene dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Estos dos tipos de afrontamiento se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse (Lazarus y Folkman 1991).

Afrontamientos dirigidos a la emoción

Hay muchos tipos de afrontamiento dirigidos a la emoción como: los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo mas pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas que aumentan el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse muy mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o cualquier otra forma de autocastigo. En otros casos los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional para precipitarse a si mismo a la acción. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Los procesos dirigidos a la emoción pueden cambiar el significado de una situación estresante sin

distorsionar la realidad; Además sirven para conservar la esperanza y el optimismo (Lazarus y Folkman 1991).

Afrontamiento dirigido al problema

Generalmente estas técnicas están dirigidas a la definición del problema, con búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas basado en su costo y beneficio, a su selección y aplicación.

El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido al entorno y al interior del sujeto.

Kahn y sus colaboradores (Lazarus y Folkman, 1991) hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema:

- ❖ Las que hacen referencia al entorno, que están dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, entre otras
- ❖ Las que se refieren al sujeto, en donde hay cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos (Lazarus y Folkman 1991)

Recursos de afrontamiento

Las personas responden a las demandas externas basándose en los recursos de los cuales dispongan y a la accesibilidad que estos tengan al momento en que se presente el problema. Es así como se les puede definir a los recursos, como factores que contribuyen a la elección de algún tipo de afrontamiento.

Pearlin y Schooler (1972 citado en Benítez 2007) distinguen tres tipos de recursos necesarios para el enfrentamiento:

- ❖ Los recursos psicológicos que son las características o conductas individuales, constituidos por facetas de la personalidad;
- ❖ Los recursos sociales formados por las redes interpersonales y
- ❖ Las respuestas de enfrentamiento, que representan cosas que la persona hace, diversos esfuerzos concretos para responder a las exigencias del ambiente dentro de los múltiples roles que juegan.

También mencionan que el hecho que un individuo disponga de un gran número de recursos significa que posee la habilidad para aplicarlos ante diferentes clases de demandas.

Lazarus y Folkman (1991) consideran estos recursos como factores que preceden e influyen en el afrontamiento, los que a su vez intervienen en el estrés. Los recursos para el afrontamiento se dividen en recursos físicos (salud y energía), recursos psicológicos (creencias positivas), la resolución de problemas (aptitudes y habilidades sociales) y los recursos ambientales (apoyo social y materiales):

❖ **Recursos físicos**

Se conocen como recursos físicos al estado de salud que tenga el individuo, por ejemplo cuando una persona se encuentra enferma es mas probable que no este en condiciones de afrontar un problema en comparación de quien este sano

- **Salud y energía:** Se encuentran entre los recursos más importantes en el afrontamiento, de la gran mayoría de las situaciones estresantes. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento en comparación con una persona saludable. El papel desempeñado por el bienestar físico se hace evidente cuando hay que resistir problemas y situaciones estresantes que requieren de constante movimiento (Lazarus y Folkman 1991).

❖ **Recursos psicológicos**

Entre estos recursos se consideran a las creencias muy importantes, porque dependiendo de estas el individuo actúa ante un problema ya sea que lo beneficie de o no.

- **Creencias:** Verse a uno mismo positivamente se considera un recurso psicológico de afrontamiento muy importante, se incluye en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones mas adversas. Pero no todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Por ejemplo; la creencia de un dios castigador pueden llevar a la persona a

aceptar una situación desfavorecedora como un tipo de castigo divino y a no hacer nada para modificar las demandas de la situación. De hecho una creencia puede conducir a una evaluación de desesperanza que a su vez, disminuye el afrontamiento dirigido al problema. De forma similar, una creencia negativa sobre la propia capacidad del sujeto para controlar una situación, puede disminuir la capacidad de afrontar diversas situaciones.

❖ **Técnicas de resolución de problemas**

Son aquellas técnicas abstractas que utilizan los individuos cuando tiene problemas por ejemplo: cuando una persona tiene que presentar un examen o pierde su empleo utiliza una serie de técnicas para mejorar su situación ya sea contactar con gente que le pueda ayudar, buscar información, analizar la situación, examinar diferentes posibilidades alternativas, predecir opciones y elegir un plan de acción apropiado.

- **Aptitudes:** Aquí se incluyen las habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.
- **Habilidades sociales:** Estas habilidades son de gran importancia para el afrontamiento debido a la importancia de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva, este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y aportan a la persona un control más amplio de las interacciones sociales (Lazarus y Folkman 1991).

❖ **Recursos ambientales**

Estos recursos entre los que se encuentran el apoyo social y los recursos materiales son los que se encuentran fuera del individuo y que al presentarse un problema pueden servir para resolverlo por ejemplo: cuando fallece un ser querido, superarlo

es muy difícil, pero es de gran ayuda cuando hay otras personas alrededor que puedan darle algún consuelo.

- **Apoyo social:** aquí entra el hecho de tener apoyo emocional informativo y/o tangible.
- **Recursos materiales:** Este apartado hace referencia al dinero y servicios que puedan adquirirse con el. Este recurso aunque poco estudiado es muy importante porque hay una fuerte relación que existe entre el status económico, el estrés y la adaptación (Lazarus y Folkman 1991).

Métodos de afrontamiento

Según Lazarus (1984 citado en Benítez, 2007) los mecanismos de enfrentamiento se pueden ser clasificados en cuatro tipos:

- ❖ **El primero, llamado búsqueda de información** se basa en que el conocimiento de la situación psicotraumática reduce el estrés. pero en algunos casos no es así por ejemplo: algunas personas enfermas prefieren evitar la información porque la incertidumbre facilita la esperanza.
- ❖ **El segundo tipo es llamado de acción directa**, en esta acción se engloban las conductas como la agresividad, asertividad, confianza, toma de medicamentos o prácticas de ejercicios físicos.
- ❖ **El tercer tipo es la inhibición de la acción**, actúa reprimiendo la conducta sexual, la agresividad o la respuesta verbal a una ofensa.
- ❖ **Por último están las respuestas intrapsíquicas**, los cuales son mecanismos que operan sobre la mente como: los elogios a si mismo, las comparaciones optimistas, la religiosidad, el humor o la resignación.

Benítez (2007) distingue dos formas de afrontar el estrés directa o indirectamente. Los “métodos de afrontamiento directo” implica una total dedicación a un acontecimiento estresante y emplear los recursos cognitivos y conductuales para provocar un cambio en el acontecimiento, de forma que la situación pase de ser estresante a no serlo, mientras que los “métodos de afrontamiento defensivos” implican o la evitación del acontecimiento estresante una vez que ha ocurrido o la supresión de la respuesta emocional, cognitiva y fisiológica ante él, con la consiguiente reducción de su impacto.

❖ **Métodos de afrontamiento directos**

Este método se orienta a la solución de las consecuencias tangibles aquí el individuo intenta hacerle frente de alguna forma al problema para reducir al mínimo los factores estresantes.

Betinez (2007) menciona que para que exista un afrontamiento exitoso, es necesario una correcta evaluación del problema, en otras palabras comprender porque se sufre de estrés para empezar. Esta evaluación implica la identificación de la fuente del estrés y comprobar los efectos que tienen. El afrontamiento directo implica los intentos de un individuo por: 1) Identificar la fuente de estrés y 2) Desarrollar e implementar una estrategia de lucha para aliviar el estresor. La base del afrontamiento directo es la confrontación física o mental de la fuente estresante, por ejemplo: pedir ayuda aun amigo

- **Resolución planificada de problemas**

En este método el individuo, primeramente realiza una evaluación de las medidas que se han de tomar para reducir o eliminar el estresor, seguido del esfuerzo necesario para aplicarlas por ejemplo: una enfermera primero debe de evaluar la condición médica de un paciente para, después aplicarle algún medicamento.

La resolución planificada de problemas se considera una forma de afrontamiento efectivo porque mejora la relación persona - situación, lo cual produce un cambio positivo en ambos; además de que mejora el estado emocional, promueve un cambio del foco de atención de los efectos y consecuencias negativas del estresor hacia la esperanza.

- **Afrontamiento confrontativo**

Esta es una variante menos exitosa de la resolución planificada. Aquí la persona se dirige directamente a la fuente del estrés e intenta cambiarlo al instante por ejemplo: en el área laboral un jefe puede amenazar a un empleado diciéndole que mejore o de lo contrario lo despedirá.

Lazarus y Folkman (1984) comentan que este afrontamiento antes de producir cambios beneficiosos suele tener consecuencias desfavorables. De hecho, encontraron que la rabia, hostilidad y agresión expresiones que se asocian con el afrontamiento confrontativo hace que el individuo se sienta peor.

Pero Aldwin y Revenson (1987 citado en Benítez, 2007) mencionan que en ciertas circunstancias puede ser una estrategia de afrontamiento efectiva, encontraron que la negociación puede ser efectiva y para que lo sea esta deberá mejorar la situación problemática sin provocar malestar emocional. Generalmente se considera un método de afrontamiento efectivo cuando se reducen al mínimo los estados aversivos que se dan en otras formas de afrontamiento confrontativo.

- **Apoyo social**

Este término hace referencia a la red de amistades o personas que tienen un individuo a las cuales acudir en momentos de necesidad o crisis por ejemplo: los amigos, la pareja, la familia, entre otros. El apoyo social es un proceso mediante el cual los otros aportan sus recursos afectivos y prácticos para incidir en las necesidades de la persona que sufre una crisis.

De acuerdo con Cihén y Willis (1985 citado en Benítez, 2007) El apoyo social reduce el impacto perjudicial de los estresores de dos formas. Primero reduce el estrés porque “vacuna” a las personas contra los estresores antes de que se produzcan. La integración dentro de una red de personas en las que se confía aumenta la probabilidad de que no tenga acontecimientos vitales negativos por ejemplo: una persona no se preocuparía tanto por los problemas económicos si sabe que tiene personas alrededor dispuestos a prestarle dinero. Segundo las redes de apoyo social actúan como cojín contra el estrés, la certeza y la seguridad de disponer con una red de apoyo en momentos de estrés, permite que la persona evalúe los acontecimientos vital es como menos amenazantes, en comparación si no contara con una red de apoyo.

- ❖ **Métodos de afrontamiento defensivos**

Estos métodos se orientan hacia la eliminación de los efectos negativos del estrés, en otras palabras cuando las personas intentan huir de una situación están haciendo uso del afrontamiento defensivo.

- **Mecanismos de defensa**

Su función es proteger al yo amenazado por angustias procedentes de: a) el ello, el superyo o El mundo externo b) La conciencia moral culposa o los mandatos del superyo y c) peligros reales (Appignanesi y Zarate, 2002)

Estos mecanismos son utilizados por el yo para canalizar o controlar las fuerzas que pueden causar una neurosis. La defensa es una transacción entre el deseo y la realidad el yo modifica los impulsos de gratificación inmediata del ello y permite su satisfacción disfrazada (Appignanesi y Zarate, 2002).

Existe una gran variedad de mecanismos de defensa entre los cuales están:

- ❖ **Sublimación:** (Phares, 1999) Freud consideraba que es la más adaptable en términos sociales. En esta la expresión de los impulsos prohibidos se canalizan a través de actividades productivas y hasta creativas, tales como: la escritura, pintura, actuación o baile
- ❖ **Represión:** Es el mecanismo por el cual el inconsciente borra eventos y pensamientos que serían dolorosos si se mantuvieran en el nivel consciente. Por ejemplo, el olvido del cumpleaños de un familiar fallecido (Bruno, 1997).
- ❖ **Proyección:** Es un medio que usan las personas para externalizar los contenidos, estructuras o relaciones de su mundo interno.
- ❖ **Negación:** Es el mecanismo por el cual el sujeto trata aspectos evidentes de la realidad como si no existieran (Bruno, 1997).
- ❖ **Introyección:** Es el mecanismo por el cual una persona incorpora elementos de la personalidad de otra.
- ❖ **Regresión:** Es un mecanismo que lleva a retomar el nivel de desarrollo anterior, más infantil. Por ejemplo, el comportamiento de los niños cuando nace un hermano (chuparse el dedo, orinarse, etc) (Appignanesi y Zarate, 2002).
- ❖ **Formación reactiva:** en la cual la persona piensa y actúa de una manera completamente opuesta a su impulso inconsciente (Phares, 1999).
- ❖ **Desplazamiento:** Es un mecanismo por el cual, se desprende un hecho o persona de los sentimientos asociados, y éstos son adjudicados a otro hecho o persona. Es lo que suele suceder con las personas que desquitan sus frustraciones con sus mascotas (Bruno, 1997).

- **Reductores químicos del estrés**

En este caso hace referencia al uso de drogas que alivian la tensión como son: las bebidas alcohólicas, los barbitúricos, los tranquilizantes y las benzodiazepinas. Todas estas drogas sedantes tienen un efecto parasimpático en sistema nervioso

provocando relajación y sueño; Son efectivas para contrarrestar estas alteraciones fisiológicas provocando una recuperación de forma artificial (la relajación del cuerpo). Pero interfieren en los esfuerzos que hace la persona para afrontar las alteraciones afectivas y cognitivas del estrés, o sea, no ayudan a alterar la fuente del estrés (Benítez, 2007).

Como se explicó con anterioridad en el apartado de recursos de afrontamiento uno de estos son los llamados recursos psicológicos donde se engloban las características o conductas individuales, las facetas de la personalidad, las creencias, la autoestima y el autoconcepto; este último ha cobrado importancia en las investigaciones recientemente, debido a la relevancia que tiene en el individuo y la forma en que interacciona con lo que le rodea.

AUTOCONCEPTO

El autoconcepto es muy importante, ya que la forma en que se perciben los padres con un hijo deficiente mental, afectara la forma en que se relacionen con su hijo, (ya sea que lo acepte, rechace, proteja o agreda) y con su medio exterior.

Para C. Rogers, el autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores concientes de 'mí' o 'yo', algunas de las cuales son un resultado de la propia valoración por parte del organismo de sus experiencias, y en algunos casos fueron introyectadas o tomadas de otros individuos significativos o importantes. El autoconcepto es la imagen que el individuo percibe de sí mismo. (Engler, 1995, p. 330)

Definición de autoconcepto

Epstein en 1981 (citado por Arraez, 1998) revisa las definiciones que dan diversos autores y encuentra las siguientes características comunes:

- ❖ El autoconcepto es un conjunto de conceptos internamente inconscientes y jerárquicamente organizados.
- ❖ Es una realidad compleja integrada por diversos autoconceptos mas concretos como el físico, social, emocional y académico.
- ❖ Es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones.
- ❖ Se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas. El mantenimiento de la organización del concepto de si mismo es esencial para el funcionamiento del individuo, al proporcionarle un sentimiento de seguridad e integridad.

Tesser y De Paulus (1984) hablan de autodefinición o autoconcepto considerando que esta determinado por el medio social en el sujeto está viviendo y sirve para proteger o potencializar la autoevaluación o autoestima, la cual se define como un constructo hipotético que representa el valor relativo que las personas se atribuyen o que creen que los otros les atribuyen.

Tamayo considera que “el autoconcepto comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, auto atribuciones y juicios de valor referentes a si mismo... autoconcepto debe ser entendido como una proceso psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente”

La Rosa y Díaz- Loving (1988) menciona que en términos generales el autoconcepto es la percepción que una persona tiene de si mismo y que esta comprende varias dimensiones y depende del medio social y cultural en el cual se desenvuelve.

Díaz- Guerrero y Díaz Loving (1996) mencionan que el autoconcepto es la percepción que se tiene de si mismo y todo aquello que pueda llamarse suyo, incluyendo su cuerpo, su familia, amigos, posesiones, creencias, valores, etc. Además esta compuesto de varias dimensiones que son reflejo de la experiencia personal, social y cultural de una persona.

Núñez y Gonzalo- Pineda, (1997) definen al autoconcepto como un sistema formado por marcos de significados o auto esquemas que emergen y esta conectados con las relaciones entre el sujeto y el contexto físico y social. El autoconcepto es el elemento que establece la interconexión entre los procesos de desarrollo estructural social y cognitivo que se da a lo largo del ciclo vital.

Kimble et al (1999) Señalan que el autoconcepto tiene dos partes: el como nos sentimos, pensamos y actuamos hacia nuestro medio ambiente, afectado por nuestras experiencias y como nos sentimos y pensamos sobre nosotros mismos.

Teorías que explican el autoconcepto

Debido a que es autoconcepto es un término muy importante en la psicología cada teoría tiene su propia interpretación de lo que es, como se constituye y la importancia en la vida del individuo.

Interaccionismo simbólico

Desde esta teoría se concibe al autoconcepto de una forma social. James (citado por Velasco , 2006) dice que el hombre tiene varios self sociales, debido a que los individuos son quienes los reconocen y le generan una imagen de sí mismo, esto

tiene como consecuencia que las imágenes de otros se reflejen en él y formen su autoconcepto.

En este sentido Cooley y Mead (citado por Velasco, 2006) proponían que el concepto de una persona tiene de su self surge solo en la interacción con otros y refleja las características, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona.

En conclusión desde el interaccionismo simbólico el autoconcepto es formado por la sociedad y su fuente principal son las valoraciones recibidas de los demás. Además de que el autoconcepto refleja la estructura de la personalidad.

Conductismo

Segovia (2006) explica que las teorías del aprendizaje no consideran al self (autoconcepto) como una estructura unitaria de la personalidad. Skinner (1977, en Segovia, 1993) rechaza la suposición tradicional que considera al si mismo como un sistema de directriz unitario responsable de la función psicológica de la integración. Menciona que el si mismo es simplemente una concepción para representar un sistema de respuestas funcionalmente unificado.

En el mismo orden de ideas De Oñate (1989) menciona que los conductistas consideran a las auto reacciones verbales abiertas o encubiertas como respuestas adquiridas que permanecen siempre en el ser humano y pocas veces llegan a manejarse desde un proceso interno, a menos de que este proceso pueda ser medido o cuantificado. Por lo tanto, desde esta perspectiva el self o autoconcepto es una serie de apreciaciones verbales que las personas hacen de si mismas y que es capaz de medirse.

Neofreudianismo

Velasco (2003) menciona que los neofreudianos Sullivan y Adler teorizaron sobre el origen del autoconcepto. Sullivan afirma que la interacción social es vital para el desarrollo del individuo y define al self como una serie de experiencias educativas que surgen por la necesidad de manejar la ansiedad, evitándola o minimizándola.

Por otra parte Adler menciona la importancia de una baja autoestima ya que estos sentimientos de inferioridad se desarrollan alrededor de ciertas conductas en las que el sujeto es inferior.

Aprendizaje Social

Es esta teoría, Bandura (1988) menciona que el autoconcepto depende de la frecuencia de auto refuerzo, de esta forma el desarrollo del autoconcepto puede considerarse como un modelo específico de los procesos de cambio de actitud, estos procesos serían el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. También señala que el sujeto anticipa el resultado de su conducta a partir de las creencias y valoraciones que hace de sus capacidades; o sea genera expectativas ya sea de éxito o fracaso, las cuales repercutirán sobre su motivación y rendimiento.

En el condicionamiento clásico se compara a un suceso u objeto que provoca una emoción placentera, y en el operante el refuerzo de las diferentes manifestaciones del autoconcepto aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición.

Psicología cognitiva

Velasco (2006) afirma que los psicólogos cognitivos consideran al autoconcepto como un constructor complejo formado de una gran variedad de autoconcepciones, que el sujeto elabora de una forma activa y que es multidimensional, mediador y regulador de la conducta. La psicología cognitiva se ha distinguido en el estudio del autoconcepto según González y Touron (1992) por lo siguiente:

- ❖ El estudio empírico del autoconcepto desde el marco del procesamiento de la información.
- ❖ Interés en cómo la información acerca del sí mismo se estructura, almacena en la memoria y se utiliza para guiar la acción.
- ❖ Introducen el concepto de self esquema. El autoconcepto es una estructura de conocimientos acerca de sí mismo y un proceso que influye en todas las fases del procesamiento de la información.
- ❖ Introducen nuevos conceptos para explicar y conciliar la estabilidad, maleabilidad y las conexiones del autoconcepto con el afecto y motivación que guían la conducta.
- ❖ Aceptan y proporcionan apoyo empírico a los supuestos de los psicólogos humanistas y personalistas.

Epstein y Copersmith (De Oñate, 1989) consideran al autoconcepto como un conjunto de estructuras cognitivas que organizan, modifican e integran las funciones de la persona.

En el mismo orden de ideas, Neisser (1976, citado por De Oñate, 1989) considera al autoconcepto como una estructura interna del sujeto, que es modificable por la experiencia y que le informa sobre su percepciones, de esa forma concibe al auto concepto como planeador y ejecutor de la acción.

Otros teóricos han estudiado las metas como componentes del autoconcepto y plantean que estas se personalizan en concepciones de si mismo deseadas, que motivan la selección de las metas más particulares y las conductas (De Oñate, 1989).

Teoría humanista

González y Touron (1992) consideran que esta teoría ha tenido un papel muy importante en el autoconcepto, porque ha sido uno de los conceptos centrales de su teoría. Además han desarrollado un gran cuerpo de investigación sobre los medios que facilitan el desarrollo del autoconcepto y han realizados modelos analíticos de autoconcepto sustentado en la evidencia empírica.

De acuerdo con González y Touron (1992) refieren que los teóricos más importantes del humanismo son Combs y Rogers. En términos generales sus propuestas respecto al autoconcepto, pueden ser resumidas de la siguiente forma.

- ❖ Estudian al autoconcepto desde una perspectiva interna, así como sus rasgos y papel en la conducta humana.
- ❖ El autoconcepto tiene varias percepciones organizadas, con elementos centrales y periféricos, su organización es estable, pero fluida y el si mismo ideal es un componente importante del autoconcepto.
- ❖ La autoestima o autoconcepto depende de la diferencia que hay entre la imagen real e ideal.

Estructura y organización del autoconcepto

Para poder explicar como funciona el autoconcepto se tiene que conocer cuales son sus niveles de organización, estructura, componentes, entre otros. Estos modelos difieren entre si en la forma en que organizan al autoconcepto, pero el propósito es el mismo tratar de organizar este concepto para poder comprenderlo mejor.

Burns en1982 (citado por Arráez, 1998, p. 50) concibe el autoconcepto como un conjunto organizado de actitudes que el individuo tiene hacia si mismo y esta actitud esta compuesta por tres componentes:

1) Un componente cognoscitivo: autoimagen

Burns en 1982 (citado por Arraez, 1998, p.50) lo define como *“aquello que una persona ve cuando se mira a si misma”* este termino se utiliza para designar la representación o percepción mental que el individuo tiene de si mismo.

2) Un componente afectivo y evaluativo: autoestima

Cada descripción de uno mismo esta llena de connotaciones emotivas afectivas y evaluativas, por lo que diversos autores la han considerado parte del autoconcepto. Coopersmith en 1967 (citado por Arráez, 1998 p.50) la define como: *“la evaluación que hace el individuo de si mismo y que tiende a mantenerse; expresa una actitud de aprobación o rechazo y hasta que punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es el juicio personal de la valía, que es expresada en las actitudes que tiene un individuo hacia si mismo”*

3) Un componente comportamental o tendencia conductual: motivación

Bruno (citado por Arraez, 1998, p. 50), la define como: *“Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales”*. Además explica que la motivación ejerce una función decisiva en los procesos de autorregulación.

De Oñate y García (citado por Beltran y Bueno, 1995, p. 113) dividen la estructura del autoconcepto en tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Desde este enfoque el autoconcepto es concebido como un conjunto de actitudes hacia el yo, en el cual los tres componentes están íntimamente ligados y al modificarse uno se altera los otros.

- ❖ **El componente cognitivo:** indica la opinión que se tiene de la propia identidad, la personalidad y la conducta. Está organiza la información que el sujeto tiene sobre si mismo. Las áreas del conocimiento de si mismo incluyen la forma en que el individuo se ve, o sea las percepciones consientes simbolizadas en la conducta. Estos aspectos se utilizan generalmente cuando el sujeto se describe (De Oñate y García, en Beltrán y Bueno, 1995).

- **Características físicas:** Aquí se hace referencia a la imagen que tienen los individuos sobre su cuerpo, en relación con las cosas o personas que lo rodean. Cuando la persona descubre su si mismo en contraste con el de otras personas, advierte las diferencias que tiene.
 - **Identidades sociales:** algunos autores insisten en que el yo se forma por medio de la interacción de otras personas. El Yo de la persona se desarrolla en relación a las reacciones de otras personas hacia ella y tiende a reaccionar consigo misma. Esto hace que nos mostremos a los demás de diferentes formas.
 - **Atributos personales:** Estos son los aspectos internos que tiene la persona de si misma como los intelectuales, actitudinales, gustos, preferencias, valores, entre otros.
- ❖ **Componente afectivo:** es donde se hace la valoración de lo que el individuo tiene de positivo y negativo, produciendo un sentimiento agradable o desagradable de acuerdo a la naturaleza de dicha valoración. Esta se hace en referencia a las cualidades propias, en ella intervienen la emotividad, sensibilidad ante los valores y contravalores de la persona. El componente afectivo del autoconcepto es también llamado autoestima y se dice que a mayor carga afectiva mayor potencia de la autoestima (De Oñate y García, en Beltran y Bueno, 1995).
- ❖ **Componente conductual:** Es considerado el proceso final de toda la dinámica interna e indica la intención y decisión de actuar, de acuerdo a los componentes anteriores. Entonces el autoconcepto condiciona en cierta medida la conducta de las personas, si se ven de manera positiva actuaran de forma distinta de las que se ven de manera negativa; pero no solamente afecta a la conducta sino también a las percepciones que son reguladas por el autoconcepto (De Oñate y García, en Beltran y Bueno, 1995).

En conclusión se puede decir que el autoconcepto cumple diversas funciones entre las cuales están: ser un mediador en el proceso de interacción social; un regulador afectivo porque prepara al sujeto para defenderse de los estados emocionales

negativos y se considera una fuente de motivación (De Oñate y García, en Beltran y Bueno, 1995).

Por otra parte Shavelson y et al en 1976 (citado por Arraez, 1998) ofrecen un modelo jerárquico y multifacético del autoconcepto, definiéndolo como: "la percepción que el individuo tiene de si mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que el mismo realiza de su propia conducta".

Distinguen varios tipos de autoconcepto como: el académico, social, emocional, físico, etc. Estos autores después de realizar un análisis de la multitud de definiciones sobre el autoconcepto, señalan una serie de características que tiene:

- a) **Es organizado o estructurado:** todas las experiencias se organizan en categorías y tienen un significado personal. algunas categorías son más particulares que otras;
- b) **Es multifacético:** contiene diferentes facetas que reflejan el sistema de categorías adoptado por el individuo, Las experiencias en diferentes áreas determinan la formación de autoconceptos específicos, distintos entre si y del autoconcepto en general;
- c) **Es jerárquico:** en la parte mas alta se encuentra el autoconcepto general, el cual se divide en dos componentes o dimensiones: el autoconcepto académico y los autoconceptos no académicos; dentro del primero se incluyen los autoconceptos en subáreas específicas (ingles, matemáticas, ciencias, historia, etc.), los cuales a su vez abarcan percepciones específicas dentro de esas áreas concretas (percepciones mas ligadas a la experiencia); de igual modo , el autoconcepto no académico se divide en físico, social y emocional, y estos a su vez, en facetas mas específicas;
- d) **Es estable**, pero conforme va descendiendo de jerarquía llega a ser mas dependiente de la situación específica;
- e) **Conforme avanza el desarrollo se va haciendo multifacético.** Las diversas facetas que figuran en el sistema de categorías son singulares en cada individuo. Las experiencias en distintas áreas determinan la formación de autoconceptos específicos, distintos entre si y del autoconcepto general;
- f) **Tiene carácter evaluativo;**

- g) **Es diferenciable de otros constructos** con los que esta relacionado, como el rendimiento académico.

Arraez (1998) menciona que este modelo tuvo poco apoyo empírico durante el tiempo en que se propuso, debido a que los análisis factoriales al momento de evaluarlo no dieron como resultado las diferentes facetas propuestas teóricamente. Pero la reciente investigación empírica, que se apoya en este modelo ha constatado la multidimensionalidad del autoconcepto.

Funciones del autoconcepto

Epstein en 1973 (citado por Arraez, 1998) define 2 funciones del autoconcepto en la conducta:

- a) Organizar los datos de la experiencia.
- b) Mantener el balance placer/dolor y la autoestima del individuo.

Machargo en 1991 (citado por Arraez, 1998) menciona que el autoconcepto cumple varias funciones en el psiquismo y comportamiento humanos:

- a) Mantiene la consistencia interna entre todas las actitudes que conforman el autoconcepto, esto permite al individuo interactuar con el medio de forma equilibrada. Es un sistema significativo porque cada nueva experiencia se interpreta según ese sistema y se incorpora al mismo; cuando la experiencia es discrepante, el sujeto elabora estrategias para cambiar la situación en sentido positivo.
- b) Es fuente de indicadores que sirven de base para interpretar la experiencia. El autoconcepto es un filtro interior. Una misma experiencia recibirá distintas interpretaciones dependiendo del autoconcepto que tenga la persona. El significado y valor de la realidad dependen en gran parte, de este
- c) Facilita al individuo la satisfacción de necesidades básicas como el mantenimiento de la autoestima.
- d) Tiene una función mediadora entre el individuo y otras personas. La información que recibe de los demás se valoran en un sentido u otro según concuerden o no con las que previamente el individuo tiene de si mismo.
- e) El autoconcepto determina las expectativas, condicionando la conducta, por ejemplo si una persona se ve a si misma negativamente, espera resultados negativos y un trato poco favorable por parte de los demás.

Arraez (1998) menciona que son muchos los autores que establecen una estrecha relación entre el autoconcepto y sus opciones de integrarse en diversos ámbitos como: familiar, escolar, laboral o social.

Desarrollo del autoconcepto

Arraez (1998) explica que conforme el individuo va cambiando a lo largo de las etapas de su vida, también lo hace el autoconcepto. Los dos factores responsables de estos cambios, son los factores ambientales y los cambios en el desarrollo cognitivo; Rosenberg (1986, en Arraez, 1998) los ejemplifica de la siguiente forma: por ejemplo:

Los niños describen su autoconcepto en términos concretos, debido a que se encuentran en el periodo de operaciones concretas descrito por Piaget, mientras que los adolescentes, que ya pasaron por esta etapa se describen en términos más abstractos.

Otro aspecto importante en el desarrollo del autoconcepto es que con la edad se producen cambios en el predominio de determinadas dimensiones dentro del mismo. Damon y Hart (1986, en Arraez, 1998) afirman que de acuerdo con varias investigaciones existen cuatro esquemas o dimensiones de sí mismo:

- ❖ El sí mismo activo (actividades y capacidades);
- ❖ El sí mismo físico (cualidades corporales y materiales);
- ❖ El sí mismo social (relaciones sociales) y
- ❖ El sí mismo psicológico (procesos cognitivos, emocionales y pensamientos).

Estos autores señalan que el sí mismo físico domina en la primera infancia; el sí mismo activo en la segunda infancia; el social en la preadolescencia; y el psicológico, el final de la adolescencia y comienzo de la edad adulta.

L' Ecuyer en 1985 (citado por Arraez, 1998) ha sistematizado un modelo de seis etapas del desarrollo del autoconcepto a lo largo del ciclo vital.

- a) **Emergencia del sí mismo (0-2 años):** Desde un principio el niño interactúa con el medio ambiente, primeramente sin conciencia de su existencia como una realidad separada y diferenciada de su madre, conforme pasa el tiempo va aprendiendo a conocer los límites de su cuerpo. Aparece la diferencia yo/ no yo y el desarrollo de la imagen corporal.

- b) **La afirmación de si mismo (2-5 años):** En esta fase se consolida y afirma el si mismo. Con la aparición del lenguaje le permite al niño utilizar los pronombres personales y posesivos (yo, mi, mío) con que va surgiendo una conciencia mas clara de si mismo frente a los otros. Es también la etapa de oposición y negativismo que son una prueba de la conciencia del si.
- c) **La expansión del sí mismo (5-12 años):** A esta edad comienza la escolaridad, la cual es muy importante en la formación del autoconcepto, porque el niño experimenta muchas situaciones nuevas. Los cambios que se presentan en esta etapa son: el aumento en el número de categorías que el niño utiliza para describirse, el desarrollo de nuevos contenidos psicológicos dentro de las mismas categorías.
- d) **Diferenciación del sí mismo (de 10-12 años a 15 -18 años):** Durante esta etapa suceden numerosas fluctuaciones y diferenciaciones a nivel corporal, de percepciones de si mismo e intereses, aspiraciones, cualidades, defectos, capacidades y aptitudes. Todo esto obliga al adolescente a reformular constantemente su autoconcepto hasta cristalizar en una autoimagen estable y segura. Esta imagen sin ser inmutable, será la que básicamente acompaña al individuo a lo largo de su vida, en esta etapa se tiende a la conquista de la independencia.
- e) **La madurez del sí mismo (de 20 a 60 años):** En esta etapa el autoconcepto no solo evoluciona sino que puede variar y reformularse, influidos por diferentes acontecimientos por ejemplo: el trabajo, el matrimonio, la maternidad o paternidad, el divorcio, el estado de salud, la sexualidad, el estatus económico, entre muchos otros. Hasta los 39 o 40 años hay un interés por los aspectos sociales y a partir de los 50- 60 años aumenta la tendencia a centrar su atención en los procesos interiores (Arraez, 1998).
- f) **El concepto de sí mismo en personas de la tercera edad (60 años en adelante):** Decir que en esta etapa hay un deterioro generalizado, es poco realista, si bien es cierto que algunas destrezas cognitivas empeoran por ejemplo: la memoria o la atención, otras pueden mejorar. En esta etapa el adulto mayor pasa por acontecimientos muy fuertes como: la muerte del cónyuge, el retiro, cambios significativos en la salud y esto provoca una redefinición del autoconcepto y puede convertirse ya sea en positivo y negativo (Arraez, 1998).

En resumen el autoconcepto surge en los primeros años y esta en una constante evolución a lo largo de nuestra vida, estos cambios son cualitativos y cuantitativos. Las dimensiones que lo constituyen y el grado de importancia que tienen cambian al pasar de los años (Arraez, 1998)

Variables que afectan al autoconcepto

Como se explicó con anterioridad hay muchas variables que conforman el autoconcepto ya sea el entorno familiar, el rendimiento previo, la retroalimentación, la comparación social y el clima grupal

Entorno familiar: A través del contacto y las situaciones afectivas que establecen las personas sobre todo con sus padres, puede influir en el autoconcepto, debido a que se establecen las conductas de seguridad e independencia. En resumen dependiendo de la evaluación de los padres hacia el logro de sus hijos será muy importante para determinar un bajo o alto autoconcepto (Velasco, 2008)

Retroalimentación de los otros significativos (feed-back): En la formación del autoconcepto existe una retroalimentación por las percepciones que tiene el individuo en base a las evaluaciones que las personas significativas de su entorno hacen de él por ejemplo: el cónyuge, los amigos, los compañeros de trabajo, entre otros, llegando incluso a desarrollar las características que otros les asignan por ejemplo: si a alguna persona sus amigos o conocidos la consideran enojona, no es necesariamente que lo sea pero conforme estas personas que son significativas para el individuo lo digan es probable que llegue a desarrollar esta característica (Velasco, 2008)

Rendimiento previo: El rendimiento previo afecta al autoconcepto, porque las percepciones que tenga el individuo sobre sus capacidades se basan en los éxitos o fracaso que haya tenido en alguna tarea, cambian su motivación hacia esta. De esta forma el éxito en una tarea fácil aumenta la experiencia de éxito y a su vez aumenta la intención de evitar el fracaso; por otro lado la experiencia de fracaso devalúa la estimación de los éxitos en el desempeño de las tareas y el valor motivacional del fracaso permanece constante (Velasco, 2008)

Dentro de las experiencias de éxito y fracaso es importante también el grado de control que la persona le atribuye a dichas experiencias, de forma que las causas percibidas sobre el éxito y el fracaso influyen en las expectativas, los afectos, las motivaciones y por lo tanto su comportamiento, mientras que la interpretación de las causas del éxito influyen en el autoconcepto.

Comparación social: Las personas constantemente hacen comparación de sus capacidades con otras personas, ya sea compañeros de trabajo, estudiantes o la familia.

Clima grupal: Esto se refiere a la armonía o falta de esta que exista en un ambiente, ya que en un clima donde se facilite la cooperación, autonomía, iniciativa y creatividad entre sus miembros se asocia con un alto grado de autoconcepto (Velasco, 2008)

Como se ha explicado, tanto los estilos de afrontamiento y el autoconcepto son características de personalidad importantes para el desarrollo del ser humano, las cuales se pueden modificar por factores externos. En el siguiente capítulo se hablará de la violencia, ya que es un fenómeno cotidiano y que trastoca de muchas formas a la persona que este inmerso en ella. Además al igual que con el autoconcepto y los estilos de afrontamiento, la violencia puede potencializarse por factores externos.

VIOLENCIA

La violencia es un fenómeno por la cual la mayoría de los individuos ha pasado ya sea como víctimas o victimarios, no es exclusiva de sexo, raza, religión, estatus socioeconómico, educación, entre muchas otras. Ha llegado a ser parte de la vida diaria de todo ser humano y esta presente desde las formas más sutiles como un gesto o una seña hasta en las formas más notorias ya sean golpes o insultos. En este apartado se explicara lo que es violencia en su definición más general y después se explicara de forma específica la violencia en la pareja.

Definición de violencia

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, 2003, p. 15) la violencia se define como: *“Aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica, sexual y moral de cualquier persona. Toda acción violenta tiene la intención de causar daño y ejercer abuso de poder, puede provenir de personas o instituciones. También se considera violencia las acciones o actitudes negligentes que denotan falta de atención con calidad y oportunidad. Estos actos pueden ser tangibles como una violación, maltrato y golpes, o bien intangibles, es decir, que no se ven ni dejan huella pero de igual forma lesionan a la persona en su vida emocional”*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009): *“La violencia es el uso intencional de fuerza física o el poder, grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, ya sea que resulte o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, el desarrollo deficiente, o privación”*

Linares (2002) menciona que el maltrato, es una vivencia tan cotidiana como el poder y el desamor, se ejerce de muy diversas formas y en los más diversos contextos, su relevancia crece exponencialmente cuando coexiste con una relación de dependencia.

Por otra parte Millan (2000, citado por Esquivel, 2008) menciona que la violencia es un problema social que afecta a diversas esferas de la vida cotidiana. De manera

que cada vez el ser humano esta más expuesto a la violencia y además todos pueden ser generadores de esta en diferentes formas, sin tomar en cuenta etnias, edad, género, religión o nivel socioeconómico. Se puede experimentar y encontrarla en el trabajo, la calle, en la comunidad y en la familia.

Grosman y Mesterman (2005) explican que la violencia es un fenómeno sobre el cual todos los individuos tienen intensas vivencias: forma parte de la cotidianidad y muchas veces es una “Presencia invisible” que acompañan a las personas diariamente sin que se den cuenta y de una forma casi natural. La violencia tal como se expresa se desarrolla en diferentes ámbitos: social, político, económico, familiar, etc.

La violencia generalmente comienza a desarrollarse en un ambiente conocido como la base de la sociedad, la familia. Se supone que el desempeño de la misma está sustentado en satisfacer las necesidades afectivas (amor, comprensión y solidaridad), económicas (alimentación, vivienda y transporte) y sociales (educación y salud) de sus miembros. Pero lograr la armonía familiar no es fácil y en muchas ocasiones en la familia es donde se genera la violencia y a esto se le llama “violencia intrafamiliar” (Álvarez, 2005).

Violencia intrafamiliar

Según Grosman y Mesterman (2005) consideran que la familia es concebida como el grupo social primario por excelencia y se caracteriza por

- a) Comunicación directa, cara a cara entre sus miembros;
- b) Interacciones relativamente exclusivas;
- c) Conciencia de pertenencia al grupo;
- d) Objetivos comunes y compartidos.

Como conjunto en interacción, la familia está organizada de forma estable y estrecha sirviendo sus funciones de la reproducción biológica, la protección psicosocial de sus miembros y la transmisión de los valores de la cultura durante el proceso de socialización.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA de 1999 (citado por INMUJERES, 2001, p.12) define a la violencia familiar como *“el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la*

edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”.

Por otra parte la Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar para el Distrito Federal (citado por INMUJERES, 2001, p.12) describe, en el Artículo 2, a la violencia familiar como *“aquel acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psico-emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tenga o la haya tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por ejercicio causar daño”.*

Botinelli (2000, en Cano, 2005) dice que la violencia intrafamiliar se da en familias de todos los niveles económicos, de características muy diversas, en los medios rurales y urbanos, cuyos miembros tiene toda clase de ocupaciones y grados de escolaridad. También se presenta es todo tipos de relaciones en la familia constituida por el matrimonio, concubinato, o cualquier parentesco. Los principales victimarios son los jefes de familia varones en detrimento de las mujeres, los niños, las niñas y otros miembros vulnerables como los ancianos y discapacitados del grupo familiar.

Violencia hacia la mujer en la pareja

La violencia hacia la mujer no es algo nuevo, pero si ha sido ocultada y poco a poco se ha hablado del tema. Una de las causas es porque culturalmente se les han atribuido diferentes cosas a las mujeres, como pasivas, débiles, dependientes entre otras y a su vez a los hombres se les ha etiquetado como fuertes, agresivos, independientes y estas diferencias que les han sido de alguna forma impuestas tanto a los hombres como a las mujeres provoca que haya desigualdad en las relaciones y esto puede generar violencia, a este tipo de violencia que se ejerce mayoritaria mente en función del sexo se le conoce como violencia de género (INMUJERES, 2001) menciona que este tipo de violencia se ejerce principalmente en función del sexo y en muchos casos de la edad y situación de vulnerabilidad en que se encuentran las víctimas menciona que es producto del dominio y el poder de género usado para reproducir y mantener su estatus y autoridad. El género conduce a la formación de jerarquías, otorgando mayor valor y estatus a las actividades realizadas

por los hombres; por lo tanto, la posición de la mujer aparece desvalorizada y/o subordinada en la mayoría de las sociedades.

De modo que la violencia contra la mujer nace de la violencia de género a través de asignaciones y conductas permitidas social e históricamente. Lo anterior surge de las expectativas de comportamiento del hombre y de la mujer pero la mujer no es la única afectada sino que estos roles han sido, para ambos sexos, construcciones que generan malestar y sufrimiento.

Definición de violencia en la pareja

De acuerdo con la encuesta: “Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003” define a la violencia en la pareja como: *“conjunto de agresiones (psicológicas, físicas, sexuales y económicas) que ocasionan algún daño psicológico, físico y/o patrimonial en la mujer, derivadas de la asimetría en la pareja.”*

Estos son algunos supuestos sobre la violencia de pareja

- a) La violencia en la pareja es un fenómeno más relacionado con el tipo de relaciones e interacciones entre sus integrantes que con la situación socioeconómica.
- b) La violencia en la pareja es un resultado “perverso” de la socialización diferencial por género que prescribe, socialmente, papeles, conductas y formas de corrección y disciplina distintas para mujeres y hombres.
- c) La percepción de las manifestaciones de la violencia de género (golpes, actitudes, gestos, palabras) en la pareja depende de valores, normas y prácticas socialmente construidas en torno a los cuerpos sexuados.
- d) El límite de tolerancia a la agresión y violencia en la pareja no depende de la gravedad de la lesión física, sexual, psicológica o económica que puedan provocar, sino de los recursos (intelectuales o preceptuales, emocionales, humanos, materiales, económicos) con los que cuenten la mujer y el hombre

Según López (2007) la violencia conyugal es una modalidad de la violencia intrafamiliar que alude a todas las formas de maltrato, abuso y otros actos que tienen suceden en las relaciones donde haya un vínculo íntimo-afectivo estable que está caracterizada por las diversas formas del contrato matrimonial.

Este tipo de violencia tiene como escenario principal el hogar, no solo como un sitio físico, sino como lugar en un principio, de cariño, compañía mutua y satisfacción de las necesidades básicas el cual llega a convertirse en un sitio peligroso donde se pueden generar las conductas violentas cuando no se pueden satisfacer las necesidades.

Por último Echeberrúa y de Corral mencionan (1998) que las desavenencias conyugales no son sinónimo de violencia. Los conflictos en sí mismos no son negativos y son normales en cualquier relación de pareja. Lo que diferencia a una pareja sana de una violenta es que la primera utiliza formas adecuadas de solución de problemas, mientras la segunda recurre a la violencia como la forma más rápida y efectiva de solucionar de forma temporal un problema.

Tipos de violencia

Como se explicó la violencia es el uso de la fuerza física o el poder con la intención de hacer daño. A continuación se explicaran los distintos tipos de violencia que existen.

Violencia física: El Instituto Nacional de las mujeres (2001, p.12) la define como: *“todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control. Se habla de violencia física cuando una mujer se encuentra en una situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. En el caso del maltrato al menor nos habla de la existencia de cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores, que provoque el daño físico o enfermedad en el niño. En general puede provocar lesiones como Traumatismos, hematomas, cortaduras, quemaduras, fracturas y/o lesiones internas”.*

Álvarez (2005) La concibe como la utilización de la fuerza física con el objetivo de controlar o dañar se puede presentar en varios niveles que van desde maltratos leves hasta la muerte.

- ❖ En un primer nivel se caracterizan por actos como gritos, nalguear, empujar, sujetar al otro o dejarlo pasar hambre o frío, así como castigar a alguien

poniéndolo de rodillas o confinándolo a un espacio determinado dentro de la casa.

- ❖ El segundo nivel se caracteriza por dejar marcas físicas como quemaduras, moretones, rasguños u ojos amoratados.
- ❖ En el tercer nivel es donde la persona agredida necesita hospitalización por presentar fracturas, hemorragias internas y/o externas, heridas con armas blancas o con armas de fuego y mutilaciones.
- ❖ El último nivel de violencia física es cuando el agresor provoca la muerte del agredido.

Violencia psicológica: INMUJERES (2001, p.12) la define como: *“El patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias y de abandono.*

El abuso emocional incluye también agresiones que ofenden, humillan, asustan y en general atentan contra la dignidad y salud mental del receptor causando principalmente sentimientos de desvalorización, baja autoestima, deteriorando, disminuyendo o afectando a su estructura de personalidad que tiende a traducirse en violencia social. Otros ejemplos son: insultos, agresiones gestuales y, en el caso de los niños y las niñas, castigos desproporcionados y prolongados”

Álvarez (2005) dice que se caracteriza por las actitudes y conductas que una persona tiene hacia otra en cuanto a denigrar, criticar, humillar, intimidar, controlar, sobre responsabilizar, simular indiferencia o algún otro comportamiento que afecte el equilibrio emocional de un miembro de la familia a continuación se definen algunas conductas consideradas como violencia psicológica:

- ❖ Denigrar: Hacer sentir mal a una persona al decirle que no hace nada bien o menospreciando lo que hace
- ❖ Criticar o humillar: es el hecho de hacer comentarios negativos al respecto de lo que hace una persona en público o a solas.
- ❖ Intimidar o amenazar: Se define como el acto de hacer sentir a otra persona que tendrá represalias si no actúa de acuerdo con la vocación del agresor.
- ❖ Sobre responsabilizar: Cargar excesivamente a una persona de responsabilidades que no tendrían porque corresponderle.

- ❖ Controlar: limitar la libertad de actuar o tener acceso a los recursos.
- ❖ Indiferencia: Se refiere al individuo que no responde a los deseos de comunicación de la otra persona.
- ❖ Minimizar situaciones: Es cuando se hace caso omiso de las condiciones que afectan a otra persona.

Violencia sexual: INMUJERES (2001, p.12) la define como: *“El patrón de conducta consistente en actos u omisiones y cuyas formas de expresión pueden ser negar las necesidades sexo afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño (Diario Oficial de la Federación, 9 de julio de 1996, p 50, en Venguer, Fawcett, Vernon y Pick, 1998). Nos referimos a este tipo de violencia con cualquier tipo de práctica sexual involuntaria; en el caso del menor son los contactos o interacciones entre un menor y un adulto, en el que el menor está siendo usado para la gratificación sexual del adulto, este fenómeno se presenta en ocasiones en el núcleo familiar y puede ir desde el manoseo físico hasta la violación”*

Álvarez (2005) la define como un conjunto de actitudes o comportamientos que no respetan la integridad o la intimidad psicosexual de un miembro de la familia los niveles de este tipo de violencia son:

- ❖ El primer nivel se identifica por bromear de las cualidades o características sexuales de la persona, decir groserías sexuales, no respetar la intimidad en los espacios comunes, hacer tocamientos indeseados, o exponer al otro material pornográfico.
- ❖ En el segundo nivel se caracteriza por mostrarse desnudo u obligar a alguien a desnudarse, masturbarse frente a otra persona en contra de su voluntad o forzarla a masturbarlo, así como realizar el acto sexual enfrente de otra persona.
- ❖ Por último en el tercer nivel se encuentran las conductas donde alguien fuerza a otra persona para tener relaciones sexuales sin su consentimiento o de una forma que el otro no desea.

Violencia económica: La ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (INMUJERES, 2007, p.12) la define como: *“toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través*

de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, a sí como la percepción de un salario menor por igual trabajo dentro de un mismo centro laboral”.

El Programa Nacional Contra la Violencia Familiar (2000. en Cano, 2005) define que la violencia económica es cuando una persona maneja recursos materiales (dinero, bienes, valores) ya sean propios o ajenos de tal forma que los derechos de otras personas sean transgredidos. Por ejemplo que el esposo no contribuya con dinero para la manutención de la casa o lo condicione.

Ciclo de violencia

La violencia de pareja no ocurre de pronto y sin ninguna explicación Leonore Walker en 1979 (citado por López, 2007) propone el ciclo de violencia en el cual destaca dos factores de la violencia conyugal, que es el carácter lúdico y la intensidad creciente o escalamiento este ciclo se divide en tres fases:

1. **Fase de acumulación de tensión:** en esta fase se presentan episodios pequeños de violencia, que llevan a roces entre la pareja en un primer momento la violencia es velada y sutil sobretodo hay presencia de violencia psicológica. En esta fase el cónyuge atacado puede actuar de dos formas o bien puede minimizar la violencia y de esta forma prevenir abusos mas severos o puede acelerar la violencia negándose a cumplir con las demandas del cónyuge. Esta fase puede durar de meses a años pero en algún punto sucederá el episodio violento.
2. **Episodio violento, agudo o de explosión:** Aquí se caracteriza por una explosión de violencia incontrolada con la cual se descarga toda la tensión acumulada, en esta segunda fase se presenta sobre todo la violencia física. Durante este episodio el cónyuge violentado experimenta un terror intenso a ser herido gravemente o asesinado el sentimiento que se presenta es el de desesperanza la persona se siente atrapada y sin oportunidad de salir. Esta fase es corta puede durar de minutos a semanas y termina cuando ha sido liberada la tensión, se toma conciencia de la gravedad de los hechos. Durante esta fase el cónyuge maltratado no cuenta con los elementos para evitar la violencia, mientras que el maltratador comienza a buscar a su pareja para

reconciliarse como un intento para justificar sus actos violentos, minimizarlos o negarlos dando pie a la siguiente fase.

3. **Fase de reconciliación y “Luna de miel”:** en este momento el cónyuge violento se arrepiente del episodio de violencia, pide perdón, reconoce su culpa, mostrara afecto a su pareja y dirá que no tiene control sobre lo que ocurre y que no volverá a ocurrir. En esta reconciliación el maltratador se porta cariñoso con su pareja y le puede dar varias cosas para que sea perdonado. La víctima suele engancharse con el perdón y siente esperanza de que todo mejorara. Después de la reconciliación viene la luna de miel donde todo esta en calma y la relación parece mejorar, la duración de esta etapa va reduciéndose con el paso del tiempo hasta desaparecer.
4. **Repetición del ciclo de la violencia:** Tarde o temprano la tensión se vuelve a acumular y el ciclo de violencia comienza con mayor intensidad. Pero, el ciclo de violencia puede tomar diferentes patrones y no necesariamente muestran un orden secuencial. Con cada repetición, las consecuencias se vuelven mas violentas y graves, con el paso del tiempo, se hacen mas frecuentes los brotes de violencia, acortándose o incluso desapareciendo el perdón, la reconciliación y la “luna de miel”. De esta forma las relaciones se alargan y los actos violentos son cada vez mas frecuentes. La mayoría de las víctimas de violencia aprenden a reconocer el patrón de conducta de su pareja y tratan de utilizar varios mecanismos de ajuste para evitar la violencia o disminuirla (Walker, 1979 citado en López, 2007).

Modelos de violencia

Al paso del tiempo y de las investigaciones se han construido varias teorías acerca de las causas por las cuales los individuos son violentos a continuación se presentaran algunas.

Teorías biologicistas: Estas teorías se centran en el organismo, su orientación es hacia la concepción de un hombre proactivo cuya conducta es explicable fundamentalmente en relación con la dotación genética recibida por vía de la herencia. El énfasis es dado a los determinantes innatos y en base a ellos se formulan teorías. En este grupo entran los que intentan explicar la violencia como un comportamiento instintivo además de que se incluyen aportes de la biología q se

basan en estudios de tipo endocrinólogo, neurológico, neuroquímico. Entre los exponentes más importantes de estas teorías son Charles Darwin y Sigmund Freud (Corsi, 2003).

Postura interindividual: Esta aproximación considera que la familia es un sistema en el que cada miembro desempeña un papel determinado, cumpliendo una función; los cambios que se produzcan en la vida de cualquiera de ellos repercute en los demás; para que se valore a la familia como funcional, deberá reorganizarse de tal forma que se mantenga la solidaridad y el respeto por medio de la comunicación, sin recurrir a la violencia. De no ser así, se tiene una familia disfuncional, entre cuyas características se encuentran: la falta de comunicación, la distancia emocional (desinterés), negación de los conflictos, pobre o nula convivencia, relaciones rígidas e incapacidad para adaptarse a los cambios (Torres, 2001).

Teorías socioculturales: Bajo esta perspectiva se encuentran los modelos socioculturales y las propuestas feministas; en ambos casos se señalan las diferencias en los deberes y expectativas por género, criticando fuertemente el patriarcado, como una manifestación masculina de dominación que ha existido histórica y culturalmente. Varios investigadores que han abordado el tema de la relación y violencia de pareja han incorporado en sus estudios este argumento, entre ellos se encuentran: Bourdieu (2000), Foucault (1999), Corsi (1995), Ramírez (2000), entre otros haciendo énfasis en las formas normalizadoras de las instituciones sociales. Siguiendo esta idea, la mujer se debe al otro, a los otros, mientras el hombre se debe a sí mismo y los demás se deben a él. Las características femeninas más valoradas son: la sumisión, la abnegación, la renuncia, entre otras. Se puede decir que la mujer nace a la vida social subvalorada y el hombre, por su parte, nace a la vida social valorado. (Dallos, 1994).

Teorías Psicosociales: Para Grosman (1989) estos enfoques engloban las perspectivas teorías que se enfocan en las variables personales y de algunos factores sociales como determinantes de las conductas agresivas en particular con la familia de origen o con la que constituyen. Este enfoque postula que el hecho de que algún individuo observe o viva comportamientos violentos es repetido considerando

que se trata de aprendizajes por imitación y por el resultado. Así la violencia se convertirá en un medio por el cual el victimario desea lograr ciertos resultados

En un primer abordaje Grosman (1989) menciona dos concepciones del fenómeno de la violencia. El primero explica que la violencia es como resultado de la interacción de los cónyuges. Explica que las formas de comunicación provocan estallidos de violencia donde la acción de uno corresponde a la reacción del otro y el maltrato se convierte en síntoma de una dinámica distorsionada.

La otra explicación establece una estrecha relación que existe entre la violencia que las personas vivieron en su infancia y la agresión sufrida en la relación conyugal. Gelles menciona (1972, en Grosman 1989) que si una persona aprende que la violencia es un comportamiento apropiado cuando se siente frustrado, entonces la agresión se vuelve un modo de adaptación al estrés por lo tanto la violencia se convierte en una conducta aprendida socialmente.

La teoría del modelo agresivo tiene dos variantes: una se refiere al aprendizaje por resultado y al aprendizaje por imitación. En la primera si alguien experimenta que obtiene un resultado deseado por medio de la violencia seguirá utilizando este procedimiento para obtener lo que quiere; y en el otro sostiene que un determinado comportamiento tiene lugar por la percepción del mismo en otras personas, o sea la conducta se adquiere por observación o imitación (Grossman, 1989)

Por último existe la teoría de la frustración agresión la cual plantea la existencia una causalidad necesaria y constante entra la frustración y la agresión. Explican que si una persona crece observando que la violencia es útil para minimizar la frustración es muy posible que utilice este recurso para lidiar con situaciones que le resulten frustrantes. Esta agresión no es siempre visible y se debe a la inhibición social, por ejemplo: una persona puede sentirse frustrada por su jefe pero en lugar de insultar a su jefe, maltrata a un miembro de su familia.

Modelo ecológico: Este modelo propone que la violencia es multifactorial, se enfoca en identificar y especificar los efectos causales en múltiples niveles del contexto ambiental, aunque considera al individuo importante destaca las influencias contextuales de la familia, la comunidad y la cultura

Garbarino (citado por Grossman, 1989) centra su atención en la progresiva y mutua adaptación de los organismos y su medio ambiente, afirma que es necesario contextualizar el desarrollo de un hábitat adecuado para la familia en función de los

factores económicos, políticos y demográficos. Considera que en épocas de modernización y de cambio social muy acelerado hay familias que encuentran difícil adaptarse y esto produce una incompetencia sobre todo en la situación donde hay cambios de roles. En estos casos se produce un desajuste entre la realidad externa e interna de la familia y la habilidad de sus miembros para lidiar con ella, lo cual constituye una fuente de estrés. Según este autor el uso de la violencia puede ser descrito como una forma de incompetencia en el desempeño del rol determinado por la situación, de esta forma la violencia surge de la intersección del estrés social y un nivel relativamente bajo para el cumplimiento de las funciones en el interior de la familia.

Garbarino (citado por Grossman, 1989) afirma que cualquier persona puede volverse vulnerable si esta en una situación de disfunción de roles aunque el ejercer de la violencia es muy diferente entre cada persona el problema central está asociado con el estrés. Estas familias están en una paradoja entre la realidad y su habilidad para manejarla adecuadamente. Por último menciona que esta interacción entre la historia personal, la estructura social y el cambio histórico revelan mucho acerca de los contextos y procesos que generan y sustentan la violencia.

Factores que facilitan la violencia contra la mujer

Por otra parte Peyru y Corsi (2003) mencionan que existen operaciones facilitadores que logran fomentar la adhesión a la violencia y a que sea eficaz. Estas operaciones resultan esenciales para iniciar y sostener la construcción de la violencia en la pareja, en el hogar, en el ámbito laboral, entre otros. Lo mas frecuente es encontrar cada operación formando cadenas o secuencias en las que suceden varias operaciones integradas que se explicaran a continuación.

1. **Negar la propia vulnerabilidad:** En el ámbito específico de la violencia conyugal esta negación esta apoyada por las creencias que sostienen diariamente la legitimidad del uso de la fuerza como una estrategia para resolver conflictos. Esta negación adopta la forma de “a mi no me puede pasar nada grave por hacer algo que me corresponde hacer” por ejemplo: un hombre puede darle una golpiza a una mujer, sin que implique serias repercusiones a su integridad.
2. **Subrayar:** En este proceso la discriminación es muy importante, puesto que en base a los estereotipos de genero el hombre comienza a señalar con

regularidad los defectos de su pareja, porque según el la mujer debe de aceptar incondicionalmente las posturas o formas de percibir diversas cuestiones ya que se le ha adjudicado a lo masculino la capacidad de entender las cosas y a lo femenino una dificultad para comprender de modo autónomo y adecuado “lo correcto”.

3. **Exagerar:** Consiste en magnificar las diferencias que hay entre hombres y mujeres, esto facilita el uso de soluciones violentas ya que dificulta a los hombres pensar en que puedan existir soluciones negociadas para ellos y su pareja, o sea que los hombres piensan que hay solo una forma correcta para solucionar los problemas, la de ellos. Hay que aclarar que tanto los hombres y las mujeres que tienen este tipo de pensamiento no necesariamente desean ser violentos, solamente no conciben otra alternativa que pelear para ganar.
4. **Exaltar e idealizar:** en el caso de la violencia de pareja es cuando el hombre se siente tan poderoso y exalta todos su triunfos y las cosas que ha hecho bien que se hace pasar como si fuera un héroe/ víctima con enunciados como: “yo que trabajo de sol a sombra...”, “yo que me mato para que no falte nada...”, “yo que llevo a los niños a la escuela y te ayudo...” Entre muchas otras frases justifican al hombre (desde su punto de vista) para que ejerza violencia contra la mujer que no aprecia sus esfuerzos y estas manifestaciones pueden ser desde descalificaciones hasta castigos físicos.
5. **Definir y polarizar la pertenencia:** En el caso de la violencia de pareja significa que sin importar si este de acuerdo o no el hombre pide total lealtad ante él aunque tenga que excluir sus propios valores o pautas y cuando la mujer no esté totalmente de acuerdo con el hombre violento el lo percibirá como una traición.
6. **Minimizar los costos:** Este punto se refiere a que las pérdidas ya sea de bienes materiales o existenciales que genera la violencia son descalificadas o minimizadas y esto provoca que el costo ya sea material o emocional de todos los tipos de violencia se nieguen por ejemplo: un hombre puede decir que “sólo tuvo un pequeño percance con su pareja”, siendo que ella está internada en un hospital con múltiples lesiones o la mujer puede decir es que choque contra un mueble, siendo que su pareja la golpeo.
7. **Negar la violencia:** La negación es parte de un conjunto de defensas psíquicas que los individuos usan para protegerse ante un evento traumático.

Pero en el caso de la violencia de pareja al negarla se genera por parte la persona maltratada una inseguridad de sus propias percepciones y se agrega a lo ya sufrido un daño psíquico grave. En la construcción de la violencia y su mantenimiento casi siempre esta una operación fundamental: el silencio. La conjunción de las operaciones como la negación, ocultamiento y silencio refuerzan el poder del agresor; logren inhibir la respuesta defensiva de las víctimas y de la comunidad entera, así quienes hacen como que no ven en consecuencia lo callen pueden privar a la víctima de su única posibilidad de salida.

Según Corsi (2003) La identificación de los factores de riesgo que están asociados con las diferentes formas de ejercer violencia es importante conocerlos tanto para la atención adecuada del problema a si como para el diseño se políticas de prevención. De acuerdo con diferentes investigaciones se identifican tres niveles de factores de riesgo.

- ❖ **Factores de riesgo primarios:** Están conformados por los aspectos culturales y educativos sobre los que se construye la violencia como un modo naturalizado de las relaciones interpersonales por ejemplo:
 - los factores culturales que perpetúan la desigualdad de género.
 - Exposición a la violencia domestica entre los padres durante el periodo del crecimiento.
 - Naturalización de la violencia por parte de otros modelos sociales.

- ❖ **Factores de riesgo asociados:** no son elementos causales de la violencia, pero su presencia aumenta la posibilidad de ocurrencia y/o la gravedad de sus manifestaciones por ejemplo: Factores estresantes (económicos, laborales, sociales) o el uso de alcohol y/o drogas.

- ❖ **Factores que contribuyen a la perpetuación del problema:** son aquellos que impiden una identificación temprana del problema y una respuesta eficaz a este, lo cual lo transforma en un elemento dentro de la cadena causal los factores pueden ser:
 - Ausencia de la legislación adecuada o dificultades para aplicarla.

- Falta de capacitación del personal policial y judicial para atender correctamente estos casos.
- Falta de capacitación del personal de salud para identificar estos casos.
- Psicopatologización del problema por parte de los servicios de asistencia.
- Ausencia de redes comunitarias de apoyo.

Incapacidad de manejar la frustración

Según Cano (2005) el hombre y la mujer actúan violentamente porque no son capaces de soportar ciertas condiciones de su vida y entonces es incapaz de mantener un autocontrol y estalla, se vuelve iracundo, grita, golpea, etc.

Hay diversas circunstancias que se pueden conjugar para ocasionar la frustración, por un lado se encuentran los factores económicos tales como el desempleo, la pobreza, entre otras y por otro lado están los aspectos sociales como el aislamiento, la falta de amigos, los conflictos con la familia de origen, el estrés, entre otros. Al pasar por estos percances los hombres se sienten abrumados con estos problemas y ante su incapacidad para solucionarlos desahogan la tensión ejerciendo maltrato hacia su esposa y/o hijos. Además de esta inadaptación que también se conoce como psicopatología, algo que puede ocasionar la frustración es la imposibilidad de mantener el estereotipo de virilidad, ya que al no poder cumplir con su papel de proveedor y principal sostén de la familia que es lo que se esperaba tradicionalmente de un hombre, la violencia entonces funciona como un recurso para mantener el poder, el dominio y el control. También hay que considerar que hay algunos hombres que no saben manejar la frustración por mínima o intensa que sea, entonces al no saber afrontar y resolver sus problemas o sea tener un autocontrol deficiente no mide sus reacciones ni las consecuencias de sus actos.

Las mujeres tampoco están exentas de no saber como manejar sus frustraciones, al igual que los hombres al experimentar diversos problemas como la falta de empleo, vivir en la pobreza, tener problemas con la familia de origen, entre otras. Lo cual puede ocasionar que se sientan constantemente frustradas y que lo manifiesten en forma de violencia ya sea hacia el esposo o hacia los hijos.

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

El tener un hijo con retraso mental cambia toda la dinámica familiar. Principalmente para la madre, porque ella es la que se hace cargo del hijo y sobre la cual recae la mayor responsabilidad. Este suceso puede llegar a ser muy estresante y provocar diversos cambios que causen alteraciones en la mujer. De ahí la importancia de analizar cómo ella enfrenta la problemática y cómo repercute en su comportamiento.

Objetivo General: Analizar la relación entre el autoconcepto, los estilos de afrontamiento y la violencia de dos grupos uno que lo conforman mujeres que tienen hijos con retraso mental (MHCRM) y el segundo conformado por mujeres que tienen hijos sin retraso mental (MHSRM).

Objetivos particulares

- ❖ Comparar el autoconcepto entre las mujeres que tienen hijos con retraso mental con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental.
- ❖ Comparar los estilos de afrontamiento entre las mujeres que tienen hijos con retraso mental con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental.
- ❖ Comparar los tipos de violencia entre las mujeres que tienen hijos con retraso mental con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental.
- ❖ Comparar la apreciación de la relación entre las mujeres que tienen hijos con retraso mental con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental.
- ❖ Evaluar la relación entre estilos de afrontamiento con el autoconcepto, tipos de violencia y apreciación de la relación de dos grupos, uno conformado por mujeres que tienen hijos con retraso mental y otro grupo conformado por las mujeres que tienen hijos sin retraso mental.
- ❖ Evaluar la relación entre el autoconcepto con los tipos de violencia y la apreciación de la relación de dos grupos, uno conformado por mujeres que

mujeres que tienen hijos con retraso mental y otro grupo conformado por las mujeres que tienen hijos sin retraso mental.

- ❖ Evaluar la relación entre los tipos de violencia y la apreciación de la relación dos grupos, uno conformado por mujeres que tienen hijos con retraso mental y otro grupo conformado por las mujeres que tienen hijos sin retraso mental

Variables

Variables independientes:

1. Mujeres que tienen hijos con Retraso Mental
2. Mujeres que tienen hijos sin Retraso Mental

Retraso Mental

Definición conceptual: La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo, que abarca muchos comportamientos sociales y prácticos. Esta discapacidad se origina antes de la edad de 18 años.

Definición operacional: Que tengan hijos diagnosticados con Retraso Mental

Definición conceptual: Que no tengan hijos diagnosticados con retraso mental

Definición operacional: se aplicó un cuestionario de 18 reactivos donde las preguntas estaban enfocadas para reconocer si existe el riesgo de que algunos de sus hijos tenga algún retraso en el desarrollo. Estas preguntas están basadas en los formatos de entrevistas que se utilizan en el hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” para diagnosticar retraso mental. Las preguntas que se consideran claves para evaluar si algunos de los hijos pueden presentar problemas son:

- ❖ ¿Tuvo alguna complicación durante su embarazo y/o parto?
- ❖ ¿A qué edad caminaron sin ayuda?
- ❖ ¿A qué edad comenzaron a decir sus primeras palabras?

- ❖ ¿Tiene una pobre capacidad para la lectura?
- ❖ ¿Tiene una pobre capacidad para la aritmética?
- ❖ ¿Presenta dificultades con el aprendizaje?
- ❖ ¿Comparado con otros niños es lento para aprender a hacer cosas como sentarse, pararse, caminar, hablar comer y vestirse?

La forma en que se evaluaron estas preguntas fue que en el caso de contestar positivo a todas las preguntas claves se consideraba de alto riesgo y no se calificaba la prueba

Variables dependientes

Autoconcepto

- **Definición conceptual:** Díaz-Guerrero (1982) lo definió como una estructura mental de carácter psicosocial, compuesto por tres elementos básicos: conductual, afectivo y físico, reales e ideales, que le permiten tener al sujeto un enfrentamiento con su medio ambiente externo interno
- **Definición operacional:** Se define a partir de la frecuencia de las características que la mujer se atribuya en cada uno de los reactivos, que van de 5) Lo tengo totalmente a 1) No tengo nada de esa característica.

Estilos de afrontamiento

- **Definición conceptual:** Todo aquello que las personas piensan, sienten o hacen ante los problemas o estresores que su medio ambiente les presenta con el fin de conservar su bienestar como una tendencia general (Reyes Lagunes, y Góngora Coronado, 1996).
- **Definición operacional:** Se define a partir de la frecuencia de las manifestaciones conductuales en cómo enfrentan las mujeres los problemas en los factores familiar, de pareja y en la vida, que van de 7) Siempre a 1) Nunca.

Violencia

- **Definición conceptual:** Todas aquellas conductas activas o pasivas recurrentes y cíclicas que tienen por objeto dañar, herir y controlar a la pareja en una relación heterosexual (Cienfuegos, 2004)
- **Definición operacional:** Se define a partir de las respuestas que puntuaban más del 50% en (4) frecuentemente en el año y (5) siempre en el año.
- **Definición operacional:** Se define a partir de la frecuencia de evaluaciones positivas o negativas que la mujer haga de su relación y de sí misma, que puntuaban más del 50% en (4) frecuentemente en el año y (5) siempre en el año.

Diseño de investigación: correlacional

Método

Participantes: Se trabajo con 160 mujeres, 80 que tenían hijos con retraso mental y 80 con hijos sin retraso mental. En ambos grupos la edad promedio es de 37 años, el 60% son casadas, el 15% están en unión libre, el 11% es soltera, el 10% son divorciadas y el 3% son viudas. En cuanto a la escolaridad el 15% estudio hasta primaria, el 45% secundaria, el 35% bachillerato, el 12% licenciatura y el 3% maestría o posgrado. La muestra se seleccionó por medio de un procedimiento no probabilístico de tipo intencional

Con la finalidad de aplicar el cuestionario a las mujeres que tienen hijos con retraso mental el cuestionario se aplico en el: “Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro” en la sala de espera del Hospital de Día.

Por otra parte el cuestionario que se les aplicó a las mujeres que tienen hijos sin Retraso Mental se realizo en sus lugares de trabajo y domicilios.

Criterios de inclusión y de exclusión

Inclusión

- ❖ Que supieran leer y escribir
- ❖ En el caso del grupo MHCRM que tuvieran un hijo diagnosticado con Retraso Mental.

Exclusión

- ❖ Que no supieran leer y escribir

Instrumentos: Se aplicó un cuestionario donde se le preguntaron aspectos sociodemográficos: estado civil, escolaridad y la edad, además Se aplicaron las siguientes escalas:

Escala Multidimensional Multisituacional de Enfrentamiento (Reyes Lagunes, y Góngora Coronado, 1996). La escala mide una dimensión duradera y estable de la vida que es el afrontamiento como rasgo y una segunda dimensión, más cambiante y temporal que es la del afrontamiento como estado. Seleccionamos esta escala debido a que ha demostrado tener alta validez y confiabilidad, en la medición del afrontamiento en la cultura mexicana.

Esta formada por tres factores: Directo revalorativo ($\alpha = .8437$), Emocional negativo ($\alpha = .7750$) y Evasivo ($\alpha = .6672$), con un Alpha total de .7445. La escala mide cinco situaciones: salud, familia, pareja, amigos y escuela/trabajo. Con siete opciones de respuesta que van de siempre a nunca. El análisis factorial de componentes principales y rotación ortogonal (varimax), explicó más del 50% de la varianza. Para el propósito del presente trabajo, sólo se aplicaron las situaciones de Familiares, Pareja y Vida.

Los factores se definen de la siguiente manera:

Directo revalorativo: la persona expresa hacer algo ya sea cognitiva o conductualmente para resolver el problema y expresan darle un sentido positivo al mismo.

Emocional negativo: Cuando las personas expresan ante un problema un sentimiento o emoción de tristeza o depresión que no lleva directamente a la solución del mismo.

Evasivo: Cuando las personas expresan algo para escapar, evitar o minimizar el problema o para no ver su importancia.

Ejemplo de la escala:

Cuando tengo problemas con mi pareja Yo.....

		Siempre							nunca
1	Trato de comprender a que se debió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Le expreso mi amor, para solucionar el problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La escala de autoconcepto (Valdés, 1998) Esta formada por 37 reactivos que en su mayoría obtuvieron pesos factoriales mayores a .30 Permite explicar el 46.9% de la varianza, con una consistencia interna de Cronbach total de .8202. consta de seis factores:

- **Social Expresivo (se).** es una persona muy sociable, fácil de tratar, le cae bien a todos.
- **Social Normativo (sn).** persona positiva, activa y productiva, cumpliendo con las normas sociales del buen comportamiento, del que culturalmente es el mejor aceptado
- **Expresivo Afectivo (ea).** tendencia, principalmente en las mujeres, a ser románticas, sentimentales, detallistas y cariñosas.
- **Ético Moral (em)** personas honestas, sinceras, leales, respetuosas y compartidas.
- **Trabajo Intelectual (ti).** personas estudiosas, inteligentes y aplicadas
- **Rebeldía (r).** es gente mentirosa, critica, necia, enojona, voluble, desobediente, agresiva y rebelde.

Ejemplo de la escala:

- (1) LO TENGO TOTALMENTE “
- (2) “TENGO ALGO DE ESA CARACTERISTICA”,
- (3) “NI LO TENGO NI ME FALTA”
- (4)“TENGO MUY POCO DE ESTA CRACTERISTICA”
- (5) ‘NO TENGO NADA DE ESTA CARACTERÍSTICA.

	1	2	3	4	5
AMABLE					
HONESTO					

Escala de medición de violencia (Cienfuegos 2004) está formada por 70 reactivos con cinco opciones de respuesta que van de (1) no lo ha hecho en el año, a (5) siempre en el año. La escala se validó en el año 2004, a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (varimax) que explica el 72.53% de la varianza. Se revalidó por Vargas (2008), obteniéndose los siguientes valores: intimidación (.928), económico (.925), control (.893), familiar (.883), humillación (.911) y sexual (.805). Explica el 69.61% varianza.

Ejemplo de la escala:

- (1) NO LO HA HECHO EN EL AÑO
- (2) UNA VEZ EN EL AÑO
- (3) ALGUNAS VECES EN EL AÑO
- (4) FRECUETEMENTE EN EL AÑO
- (5) SIEMPRE EN EL AÑO

1.- Mi pareja ha llegado a chantajearme	1	2	3	4	5
2.- Mi pareja ha hecho que consuma drogas o alcohol a la fuerza	1	2	3	4	5

La escala de apreciación de la relación y de si misma (Vargas y Díaz- Loving, 2008) la cual mide 5 factores: aspectos positivos de la relación ($\alpha=.877$), valoración personal ($\alpha=.438$), atribuciones hechas al comportamiento de la pareja ($\alpha=.845$), monto de cambios negativos ($\alpha=.887$), comparación de su vida conyugal con otras parejas ($\alpha=.789$), con cinco opciones de respuesta que van de nunca a muy frecuente. Explican el 52.88% de la varianza.

Los factores se definen:

- **Aspectos positivos de la relación:** se refiere a la existencia de confianza, amor respeto, momentos de felicidad y armonía en la relación de pareja.
- **Valoración personal:** se refiere al reconocimiento del valor propio y temores.
- **Justificación del comportamiento negativo de la pareja.** Se disculpa el comportamiento violento de la pareja. Se desconfía del comportamiento afectuoso de la pareja.
- **Monto de cambios negativos.** Incremento en la frecuencia del abuso y severidad. Decremento del monto de amor y expresión de afecto.
- **Comparación de su vida conyugal con otras parejas.** La pareja hace comparaciones con otras parejas en cuanto si son mejores o peores.

Ejemplo de la escala:

- (1) NUNCA
- (2) POCAS VECES
- (3) A VECES
- (4) FRECUENTEMENTE
- (5) MUY FRECUENTEMENTE

1. Cuando mi pareja me insulta o maltrata, yo no me dejo y le contesto	1	2	3	4	5
2. Siento que han decrementado las expresiones de afecto de mi pareja hacia mi	1	2	3	4	5

Procedimiento

En el caso del grupo de MHCRM se realizó el cuestionario en la sala de espera del hospital de día del "Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro", en el segundo grupo MHSRM el procedimiento fue el mismo, la diferencia consistió en que se abordó a cada mujer de forma individual. Antes de darles las encuestas se les informó sobre el propósito de la investigación, las consideraciones éticas (se les dijo que los cuestionarios serían totalmente anónimos y que la información solo se usaría con fines estadísticos). En caso de que aceptaran participar en la investigación se les daba el cuestionario y una pluma, se les pedía que contestaran lo más sinceramente posible. Cuando terminaban de contestar las escalas se les agradecía su valiosa contribución

RESULTADOS

Este apartado de resultados esta organizado de la siguiente forma: primeramente se darán a conocer los resultados sociodemográficos de ambos grupos, edad, escolaridad, estado civil, después se darán los resultados de la prueba t de student de ambos grupos y por ultimó los resultados de las correlaciones primeramente del grupo MHSRM y después el grupo de MHCRM

Resultados sociodemográficos

En la Tabla 3 se observa el rango y la media de edad en ambos grupos, se encontró que el grupo MHSRM el rango fue de 24 a 54 años con una media de 36 años, en el segundo grupo MHCRM el rango de edad fue de 26 a 50 años con una media de 37 años

Tabla 3: Rango y media de edad en mujeres que tienen hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental

	MHSRM	MHCRM
Rango	24-54 años	26-50 años
Media	36 años	37 años

Escolaridad

En la Tabla 4 se observa los porcentajes de la escolaridad de ambos grupos los resultados fueron los siguientes: en el grupo de MHCRM 21. 3% estudiaron hasta primaria, 45% secundaria, 23.8% nivel medio superior, 10% nivel superior y 0% maestría y/o doctorado. En el segundo grupo MHSRM 8.8% estudio hasta primaria, 46% secundaria, 27.5% nivel medio superior, 15% nivel superior y 2.5% maestría y/o doctorado

Tabla 4. Porcentaje de escolaridad en mujeres que tienen hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental

	MHCRM %	MHSRM %
Primaria	21.3	8.8
Secundaria	45	46.3
Medio superior	23.8	27.5
Superior	10	15
Maestría y/o doctorado	0	2.5

Estado civil

En la Tabla 5 se muestran los porcentajes del estado civil de ambos grupos, los resultados son los siguientes: en el grupo de MHCRM 11.3% son solteras, 65% casadas, 2.5% viudas, 8.8% divorciadas y 12.5% están en unión libre. El segundo grupo de MHSRM el 11.3% sol solteras, 56% casadas, 3.8% viudas, 12.5% divorciadas y 16.3% viven en unión libre.

Tabla 5. Porcentaje de estado civil en mujeres que tienen hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental

	MHCRM %	MHSRM %
Soltera	11.3	11.3
Casada	65	56.3
Viuda	2.5	3.8
Divorciado	8.8	12.5
Unión libre	12.5	16.3

Resultados de la prueba t de student

En la Tabla 6 se observa que en la prueba t de student para muestras independientes entre los factores estilos de afrontamiento, en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental, se encontraron diferencias significativas entre el estilo de afrontamiento familia evasivo de las mujeres que tienen hijos con retraso mental y las que tiene hijos sin retraso mental

Tabla 6. Prueba t de student para muestras independientes entre los factores estilos de afrontamiento en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental.

factores		media	Valor de t
Vida directo revalorativo	Con retraso mental	2.3391	.567
	Sin retraso mental	2.2328	
Vida emocional negativo	Con retraso mental	3.2688	-1.400
	Sin retraso mental	3.6000	
Vida evasivo	Con retraso mental	4.1000	-.231
	Sin retraso mental	4.1531	
Familia directo revalorativo	Con retraso mental	2.2656	.853
	Sin retraso mental	2.1141	
Familia emocional negativo	Con retraso mental	3.1719	-.984
	Sin retraso mental	3.3875	
Familia evasivo	Con retraso mental	4.8334	2.327*
	Sin retraso mental	4.3406	
Pareja directo revalorativo	Con retraso mental	2.6732	.516
	Sin retraso mental	2.5643	
Pareja emocional Negativo	Con retraso mental	3.5656	-.360
	Sin retraso mental	3.6531	
Pareja Evasivo	Con retraso mental	4.4688	1.096
	Sin retraso mental	4.2313	

** P< 0.01 * P< 0.05

En la Tabla 7 se muestra la prueba t de student para muestras independientes entre los factores de apreciación de la relación en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental, se encontraron diferencias significativas entre la valoración personal y la justificación del comportamiento negativo de la pareja entre las mujeres que tiene hijos con retraso mental y las mujeres que tiene hijos sin retraso mental

Tabla 7. Prueba t de student para muestras independientes entre los factores de apreciación de la relación en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental.

factores		media	Valor de t
Aspectos positivos relación	Con retraso mental	3.3071	-1.455
	Sin retraso mental	3.5536	
Valoración personal	Con retraso mental	3.2000	-2.021*
	Sin retraso mental	3.4075	
Comparación con otras parejas	Con retraso mental	2.8167	.000**
	Sin retraso mental	2.8167	
Justificación del comportamiento Negativo de la pareja	Con retraso mental	1.7750	2.154*
	Sin retraso mental	1.5622	
Monto cambios negativos	Con retraso mental	1.9423	1.680
	Sin retraso mental	1.7236	

** P< 0.01 * P< 0.05

En la Tabla 8 se observa la prueba t de student para muestras independientes entre los factores de autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental. En este caso no se encontraron diferencias significativas entre el autoconcepto de las mujeres que tienen hijos con retraso mental y las mujeres que tienen hijos sin retraso mental

Tabla 8. Prueba t de student para muestras independientes entre los factores de autoconcepto en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental

factores		media	Valor de t
Social expresivo	Con retraso mental	2.2598	.420
	Sin retraso mental	2.2104	
Social normativo	Con retraso mental	1.6737	.189
	Sin retraso mental	1.6550	
Expresivo afectivo	Con retraso mental	1.8063	-.138
	Sin retraso mental	1.8250	
Ético moral	Con retraso mental	1.6475	.962
	Sin retraso mental	1.5425	
Trabajo Intelectual	Con retraso mental	2.4167	1.279
	Sin retraso mental	2.2375	
Rebeldía	Con retraso mental	2.9672	-.127
	Sin retraso mental	2.9828	

** P< 0.000 * P< 0.05

En la Tabla 9 se observa la prueba t de student para muestras independientes entre los factores de tipos de violencia en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Existen diferencias significativas entre los factores de tipos de violencia económica, familiar, humillación y sexual con respecto a mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin ningún tipo de retraso.

Tabla 9. Prueba t de student para muestras independientes entre los factores de tipos de violencia en mujeres que tiene hijos con retraso mental y mujeres que tienen hijos sin retraso mental

factores		media	Valor de t
Violencia intimidación	Con retraso mental	1.6431	2.366*
	Sin retraso mental	1.3889	
Violencia Económica	Con retraso mental	2.1420	4.720**
	Sin retraso mental	1.4536	
Violencia control	Con retraso mental	1.7350	1.350
	Sin retraso mental	1.5475	
Violencia familiar	Con retraso mental	2.1844	5.964**
	Sin retraso mental	1.3875	
Violencia humillación	Con retraso mental	1.9399	4.783**
	Sin retraso mental	1.3889	
Violencia sexual	Con retraso mental	1.4125	2.624*
	Sin retraso mental	1.1708	

** P< 0.000 * P< 0.05

Resultados de las correlaciones del grupo MHSRM

En la Tabla 10 que muestra la correlación de Pearson entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Se observa que hay una correlación negativa entre los aspectos positivos de la relación y los estilos de afrontamiento vida, familia, pareja emocional negativo y el estilo de afrontamiento evasivo pareja. También se encontró que hay una correlación positiva entre los aspectos positivos de la relación y el estilo de afrontamiento directo revalorativo pareja. Se puede observar correlación negativa entre el factor comparación con otras parejas y los factores pareja emocional negativo y pareja evasivo. Se presentan correlación positiva entre el factor justificación del comportamiento negativo de la pareja y el estilo de afrontamiento vida, pareja y familia emocional negativo. También se encontró que hay una correlación negativa entre el factor justificación del comportamiento negativo de la pareja con el estilo de afrontamiento pareja directo revalorativo .Hay correlación positiva entre el factor monto cambios negativos y el estilo de afrontamiento vida, pareja y familia emocional negativo y por ultimo representa una correlación negativa entre el factor Monto cambios negativos y el estilo de afrontamiento pareja directo revalorativo.

Tabla 10. Relación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y Apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos sin retraso mental

		estilos de afrontamiento								
		Vida directo valorativo	Vida emocional negativo	Vida evasivo	Familia Directo revalorativo	Familia emocional negativo	Familia evasivo	Pareja Directo revalorativo	Pareja emocional negativo	Pareja evasivo
Apreciación de la relación y de si misma	Aspectos Positivos de la relación	.177	-.267(*)	.007	.065	-.233(*)	-.130	.380(**)	-.309(**)	-.266(*)
	Valoración Personal	-.042	.084	-.046	-.106	.131	.141	-.126	.121	.013
	Comparación con Otras Parejas	.206	-.080	.077	.103	-.172	-.079	.122	-.221(*)	-.319(**)
	Justificación del comportamiento negativo de la pareja	-.103	.405(**)	-.079	-.139	.307(**)	.127	-.428(**)	.337(**)	.195
	Monto de Cambios Negativos	-.117	.426(**)	-.142	-.076	.314(**)	.002	-.398(**)	.405(**)	.192

** P< 0.000 * P< 0.05

En la Tabla 11 se muestra la correlación de Pearson entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y tipos de violencia en mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Existe una correlación negativa entre la violencia económica, la humillación, la violencia sexual y la intimidación con el estilo de afrontamiento vida directo revalorativo. Hay correlación positiva entre la violencia económica, control, la violencia familiar, la humillación, la violencia sexual y la intimidación con el factor vida emocional negativo. Existe correlación positiva entre, el control, la violencia familiar, la humillación, la violencia sexual y la intimidación con el estilo de afrontamiento familia emocional negativo. Hay una correlación positiva entre la violencia sexual y el factor familia evasivo. Hay correlación negativa entre la violencia económica, familiar, la humillación y la intimidación con el estilo de afrontamiento pareja directo revalorativo. Existe correlación positiva entre los factores de violencia familiar, sexual, control, humillación e intimidación con el estilo de afrontamiento pareja emocional negativo. También se encontró una correlación negativa entre la violencia económica y el estilo de afrontamiento pareja emocional negativo y hay correlación positiva entre la violencia sexual y el factor pareja evasivo.

Tabla 11. Relación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y tipos de violencia en mujeres que tienen hijos sin retraso mental

Tipos de violencia	estilos de afrontamiento								
	Vida directo valorativo	Vida emocional negativo	Vida evasivo	Familia Directo revalorativo	Familia emocional negativo	Familia evasivo	Pareja Directo revalorativo	Pareja emocional negativo	Pareja evasivo
económica	-.228(*)	.266(*)	.082	-.125	.161	.084	-.251(*)	-.367(*)	.070
control	-.165	.416(**)	-.033	-.141	.218(*)	.176	-.316	.450(**)	.178
familiar	-.172	.321(**)	-0.23	-.033	.256(*)	.116	-.286(*)	.402(**)	.200
humillación	-.290(**)	.409(**)	.007	-.146	.316(**)	.027	-.335(**)	.463(**)	.152
sexual	-.223(*)	.367(**)	.133	-.079	.289(**)	.229(*)	-.139	.450(**)	.228(*)
intimidación	-.290(**)	.409(**)	.007	-.146	.316(**)	.027	-.335(**)	.463(**)	.152

** P < 0.000 * P < 0.05

En la tabla 12 Se observa la correlación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y autoconcepto en mujeres que tienen hijos sin retraso mental se observa que hay correlación positiva entre el autoconcepto social expresivo, social normativo, expresivo afectivo, ético moral y trabajo intelectual con el estilo de afrontamiento vida directo revalorativo. Existe correlación negativa entre el autoconcepto ético moral y trabajo intelectual con el factor vida emocional negativo. Además hay una correlación positiva entre la rebeldía y el factor vida emocional negativo. Hay correlación positiva entre el autoconcepto social normativo, expresivo

afectivo, ético moral y trabajo intelectual con el factor familia directo revalorativo. Existe correlación positiva entre el autoconcepto expresivo afectivo y la rebeldía con el estilo de afrontamiento familia emocional negativo. Se presenta correlación positiva entre los factores sociales normativos y éticos moral con el estilo de afrontamiento pareja directo revalorativo. Por ultimo hay una correlación negativa entre el trabajo intelectual y el factor pareja emocional negativo y existe una correlación positiva entre la rebeldía y el estilo de afrontamiento pareja emocional negativo.

Tabla 12. Relación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y autoconcepto en mujeres que tienen hijos sin retraso mental

	estilos de afrontamiento								
	Vida directo valorativo	Vida emocional negativo	Vida evasivo	Familia Directo revalorativo	Familia emocional negativo	Familia evasivo	Pareja Directo revalorativo	Pareja emocional negativo	Pareja evasivo
autoconcepto Social expresivo	.232(*)	.108	.026	.067	.150	-.027	-.047	-.036	-.049
autoconcepto Social normativo	.374(**)	-.186	-.024	.411(**)	-.070	-.028	.301(**)	-.097	.078
autoconcepto Expresivo afectivo	.380(**)	.177	.036	.298(**)	.266(**)	.147	.181	.161	.059
autoconcepto Ético moral	.434(**)	-.248(**)	-.107	.514(**)	-.164	.048	.284(**)	-.177	.019
autoconcepto Trabajo intelectual	.226(*)	-.306(**)	-.163	.249(*)	-.208	-.179	.161	-.303(**)	-.146
autoconcepto Rebeldía	-.110	.398(**)	-.021	-.063	.338(**)	-.026	-.158	.369(**)	-.025

** P< 0.01 * P< 0.05

En la tabla 13 Se presenta la correlación de entre los factores de la escala de Tipos de Violencia y apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Se puede observar que existe correlación negativa entre el factor aspectos positivos de la relación y todos los factores de la escala de violencia. Hay correlación positiva entre el factor valoración personal y los factores intimidación. Violencia económica, control, violencia familiar y humillación. Se presenta correlación negativa entre la comparación con otras parejas y la violencia económica, el control y la humillación. Existe correlación positiva entre el factor justificación del comportamiento negativo de la pareja con todos los factores de violencia y Hay correlación positiva entre el factor monto cambios negativos con todos los factores de violencia

Tabla 13. Se observa la correlación de Pearson entre los factores de la escala de Tipos de Violencia y apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos sin retraso mental

	Tipos de violencia						
		intimidación	económica	control	familiar	humillación	sexual
Apreciación de la relación y de si misma	Aspectos Positivos de la relación	-.633(**)	-.631(**)	-.609(**)	-.561(**)	-.641(**)	-.452(**)
	Valoración Personal	.279(*)	.248(*)	.307(**)	.241(*)	.241(*)	.179
	Comparación con Otras Parejas	-.210	-.268(*)	-.247(*)	-.163	-.265(*)	-.207
	Justificación del comportamiento negativo de la pareja	.637(**)	.438(**)	.625(**)	.640(**)	.616(**)	.384(**)
	Monto de Cambios Negativos	.792(**)	.575(**)	.745(**)	.641(**)	.721(**)	.400(**)

** P< 0.01 * P< 0.05

En la tabla 14 se presenta la correlación de Pearson entre los factores de la escala de Tipos de violencia y autoconcepto en mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Como se observa existe una correlación negativa entre el autoconcepto social normativo y ético moral con la intimidación. Además hay una correlación negativa entre la rebeldía con la intimidación. Se presenta una correlación positiva entre la rebeldía y todos los factores de violencia

Tabla 14. Relación entre los factores de la escala de Tipos de violencia y autoconcepto en mujeres que no tienen hijos con retraso mental

	Tipos de violencia						
		intimidación	económica	control	familiar	humillación	sexual
Autoconcepto	Social expresivo	.051	.059	.061	-.017	.133	.067
	Social normativo	-.306(**)	-.112	-.191	-.140	-.093	-.067
	Expresivo afectivo	-.042	-.011	-.039	.006	.110	.045
	Ético moral	-.246(*)	-.042	-.162	-.074	-.122	-.134
	Trabajo intelectual	-.068	.030	-.041	-.081	-.000	-.090
	Rebeldía	.292(**)	.262(*)	.370(**)	.258(*)	.364(**)	.283(*)

** P< 0.01 * P< 0.05

En la tabla 15 Se observa la correlación de entre los factores de la escala de Apreciación de la relación y de si misma y autoconcepto en mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Como se observa hay una correlación positiva entre el factor rebeldía con los factores justificación del comportamiento negativo de la pareja y montos cambios negativos

Tabla 15. Relación entre los factores de la escala de Apreciación de la relación y de si misma y autoconcepto en mujeres que tienen hijos sin retraso mental

		Apreciación de la relación y de si misma				
Autoconcepto		Aspectos Positivos de la relación	Valoración Personal	Comparación con Otras Parejas	Justificación del comportamiento negativo de la pareja	Monto de Cambios Negativos
	Social expresivo	.103	.200	.188	.088	.066
	Social normativo	.161	.054	-.002	-.141	-.141
	Expresivo afectivo	-.004	.028	-.110	.019	-.016
	Ético moral	.056	.026	.073	-.061	-.064
	Trabajo intelectual	.069	.051	.117	-.068	-.134
	Rebeldía	-.193	.192	-.033	.381(**)	.331(**)

** P< 0.01 * P< 0.05

Resultados de las correlaciones del grupo MHCRM

En la tabla 16 Se presenta la correlación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y Apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos con retraso mental. Como se puede observar se presenta correlación negativa entre el factor aspectos positivos de la relación con los estilos de afrontamiento familia y pareja emocional negativo, así como familia y pareja evasivo. Existe correlación positiva entre el factor comparación con otras parejas y el estilo de afrontamiento pareja y familia directo revalorativo. También se encontró correlación negativa entre los factores familia, pareja evasivo y con el factor pareja emocional negativo. Se puede observar correlación positiva entre el factor justificación del comportamiento negativo de la pareja con los estilos de afrontamiento familia evasivo y pareja emocional negativo. Por ultimo hay correlación positiva entre el factor monto cambios negativos con los estilos de afrontamiento familia y pareja evasivo, así como pareja emocional negativo y hay correlación negativa entre el factor monto cambios negativos y el estilo de afrontamiento familia directo revalorativo.

Tabla 16. Relación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y Apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos con retraso mental

		estilos de afrontamiento								
		Vida directo valorativo	Vida emocional negativo	Vida evasivo	Familia Directo revalorativo	Familia emocional negativo	Familia evasivo	Pareja Directo revalorativo	Pareja emocional negativo	Pareja evasivo
Apreciación de la relación y de si misma	Aspectos Positivos de la relación	.033	-.150	-.171	.136	-.254(*)	-.284(*)	.008	-.395(**)	-.267(*)
	Valoración Personal	.023	.065	.132	-.102	.023	.037	-.148	.188	.076
	Comparación con Otras Parejas	.149	-.187	-.200	.236(*)	-.121	-.257(*)	.324(**)	-.336(**)	-.256(*)
	Justificación del comportamiento negativo de la pareja	-.077	.029	.095	-.213	.061	.270(*)	-.050	.388(**)	.209
	Monto de Cambios Negativos	-.081	.058	.129	-.283(*)	.096	.261(*)	-.196	.348(**)	.288(*)

** P< 0.000 * P< 0.05

En la tabla 17 Se observa la correlación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y tipos de violencia en mujeres que tienen hijos con retraso mental. Se observa una correlación negativa entre la violencia económica y la humillación con el estilo de afrontamiento vida directo revalorativo. Existe una correlación negativa entre

el control con el estilo vida evasivo. hay correlación negativa entre la violencia económica, el control, la violencia familiar, la humillación y la intimidación con el estilo de afrontamiento familia directo revalorativo. Existe una correlación positiva entre la violencia económica, el control, la humillación, la violencia sexual y la intimidación con el estilo familia evasivo. Así como correlación negativa entre el factor familia evasivo con la violencia familiar. Se presenta una correlación negativa entre la humillación con el estilo pareja directo revalorativo. Además de que se presenta una correlación positiva entre la intimidación y el estilo de pareja directo revalorativo. Se presenta una correlación positiva entre la violencia económica, el control, la humillación y la intimidación con el estilo pareja emocional negativo y existe correlación positiva entre la violencia económica, el control, la violencia familiar y la humillación con el estilo familia evasivo, por ultimo existe una correlación negativa entre el factor pareja evasivo y la intimidación

Tabla 17. Relación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y tipos de violencia en mujeres que tienen hijos con retraso mental

		estilos de afrontamiento								
		Vida directo valorativo	Vida emocional negativo	Vida evasivo	Familia Directo revalorativo	Familia emocional negativo	Familia evasivo	Pareja Directo revalorativo	Pareja emocional negativo	Pareja evasivo
Tipos de violencia	económica	-236 (*)	.086	.106	-.290 (**)	-.031	.295(**)	-.122	.296(**)	.255(*)
	control	-.129	-.281	-.326 (**)	-238 (*)	.041	.367(**)	-.073	.396(**)	.303(**)
	familiar	-.209	-.018	.028	-.253(*)	.062	-.2447(*)	-.157	.206	.267(*)
	humillación	-.277 (*)	-.049	.096	-.365(**)	-.053	.283(*)	-.222(*)	.220(*)	.243(*)
	sexual	-.133	.064	.116	-.163	.044	.336(**)	.173	.173	.124
	intimidación	-.210	.067	.179	-.353(**)	.061	.386(**)	.288(*)	.288(**)	-.319(**)

** P< 0.000 * P< 0.05

En la tabla 18 se muestra la correlación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental. Como se observa hay una correlación positiva entre el autoconcepto social expresivo, social normativo, expresivo afectivo y ético moral con el estilo de afrontamiento vida directo revalorativo. Hay una correlación positiva entre la rebeldía y el estilo vida emocional negativo. Existe correlación positiva entre el autoconcepto expresivo afectivo y ético moral con el estilo familia directo revalorativo. Hay una correlación negativa entre el autoconcepto trabajo intelectual y el estilo familia emocional negativo. Se observa una correlación positiva entre la rebeldía y ético moral con el estilo familia evasivo.

Además de que se presenta correlación negativa entre el autoconcepto trabajo intelectual con el estilo familia evasivo. Existe correlación positiva entre el autoconcepto expresivo afectivo y ético moral con el estilo pareja directo revalorativo. Se presenta una correlación positiva entre la rebeldía y el estilo pareja emocional negativo. Por ultimo se presenta una correlación positiva entre el autoconcepto social normativo con el estilo de pareja evasivo.

Tabla 18. Relación entre los factores de la escala de estilos de afrontamiento y autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental

	estilos de afrontamiento								
	Vida directo valorativo	Vida emocional negativo	Vida evasivo	Familia Directo revalorativo	Familia emocional negativo	Familia evasivo	Pareja Directo revalorativo	Pareja emocional negativo	Pareja evasivo
autoconcepto Social expresivo	.232*	.060	.037	.128	.026	.002	.063	-.059	-.134
autoconcepto Social normativo	.334(**)	-.055	-.041	.150	.101	-.197	.171	-.049	.227(*)
autoconcepto Expresivo afectivo	.406(**)	.078	.121	.318(**)	.105	.076	.268(*)	-.077	-.080
autoconcepto Ético moral	.462(**)	.058	-.019	.361(**)	.089	.346(**)	.377(**)	-.109	-.203
autoconcepto Trabajo intelectual	.172	-.175	-.091	.073	-.244(*)	-.236(*)	.083	-.181	-.146
autoconcepto Rebeldía	-.107	.385(**)	.165	-.194	.084	.229(*)	-.107	.329(**)	.054

** P< 0.01 * P< 0.05

La tabla 19 muestra la correlación entre los factores de la escala de Tipos de Violencia y apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos con retraso mental. Se puede observar que existe una correlación negativa entre los aspectos positivos de la relación y todos los factores de violencia. Se presenta una correlación positiva entre el factor valoración personal con el factor control. Existe correlación negativa entre el factor comparación con otras parejas y el factor control, Se observa correlación positiva entre el factor justificación del comportamiento negativo de la pareja con todos los factores de violencia. Por ultimo Se presenta correlación positiva entre el factor monto cambios negativos con todos los tipos de violencia.

Tabla 19. Relación entre los factores de la escala de Tipos de Violencia y Apreciación de la relación y de si misma en mujeres que tienen hijos con retraso mental

	Tipos de Violencia						
		intimidación	económica	Violencia control	familiar	humillación	sexual
Apreciación de la relación y de si misma	Aspectos Positivos de la relación	-.375(**)	-.333(**)	-.371(**)	-.314(**)	-.313(**)	-.233(*)
	Valoración Personal	.091	.178	.234(*)	.173	.167	.122
	Comparación con Otras Parejas	-.157	-.125	-.252(*)	-.065	-.203	-.157
	Justificación del comportamiento negativo de la pareja	.690(**)	.579(**)	.575(**)	.552(*)	.539(**)	.561 (**)
	Monto de Cambios Negativos	.682(**)	.575(**)	.593(**)	.586 (**)	.565(**)	.521 (**)

** P< 0.01 * P< 0.05

La tabla 20 muestra la correlación entre los factores de la escala de Tipos de violencia y autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental. Se observa que hay una correlación negativa entre el autoconcepto social normativo y la violencia económica, la humillación y la violencia sexual. Existe correlación negativa entre el factor ético moral con el factor violencia económica, familiar, sexual y humillación. Por ultimo existe correlación positiva entre el factor rebelde con la humillación y el control.

Tabla 20. Relación entre los factores de la escala de Tipos de violencia y autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental

	Tipos de violencia						
		intimidación	económica	control	familiar	humillación	sexual
Autoconcepto	Social expresivo	-.005	-.113	.116	-.125	.010	.132
	Social normativo	-.208	-.323(**)	-.072	-.198	-.355(**)	-.303(**)
	o Expresivo afectivo	-.015	-.127	.067	-.070	-.085	.027
	Ético moral	-.214	-.294(**)	-.022	-.273(*)	-.372(**)	-.287(**)
	Trabajo intelectual	-.097	-.119	.066	-.099	-.153	-.203
	Rebelde	.243(*)	-.112	.361(**)	-.013	.143	.072

** P< 0.01 * P< 0.05

En la tabla 21 se muestra la correlación entre los factores de la escala de Apreciación de la relación y de si misma y autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental. Se puede observar una correlación negativa entre el autoconcepto de

rebeldía con la comparación con otras parejas. También se presenta correlación positiva entre el autoconcepto de rebeldía con los factores justificación del comportamiento negativo y montos cambios negativos

Tabla 21. Se observa la correlación de Pearson entre los factores de la escala de Apreciación de la relación y de si misma y autoconcepto en mujeres que tienen hijos con retraso mental

		Apreciación de la relación y de si misma				
Autoconcepto		Aspectos Positivos de la relación	Valoración Personal	Comparación con Otras Parejas	Justificación del comportamiento negativo de la pareja	Monto de Cambios Negativos
	Social expresivo	.023	.141	.045	.087	.078
	Social normativo	.120	-.042	.160	-.196	-.175
	Expresivo afectivo	.065	-.100	.016	.067	-.079
	Ético moral	.069	.058	.127	-.113	-.103
	Trabajo intelectual	.070	.108	.059	-.041	-.049
	Rebeldía	-.189	.156	-.386(**)	.278(*)	.282(*)

** P< 0.01 * P< 0.05

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En base a los resultados, con respecto a los tipos de violencia que están presentes en las relaciones de pareja de las mujeres que tienen hijos con retraso mental manifiestan que existe violencia económica, violencia familiar, humillación, violencia sexual e intimidación en comparación de las mujeres que tienen hijos sin retraso mental. También existe una diferencia entre la forma en que afrontan sus problemas familiares, se concluye que las mujeres que tienen hijos con retraso mental tienden a evadir (minimizándolos, dejándolos para después, etc) sus problemas, en comparación con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Se encontró que las mujeres que tienen hijos con retraso mental tienden a justificar de forma mas frecuente el comportamiento negativo de su pareja, por ejemplo: ellas dicen: "me grito porque estaba de malas", "yo lo provoque", "el es muy explosivo", entre muchos otros argumentos, en comparación con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Además las mujeres que tienen hijos con retraso mental tienden a desvalorizarme (no valgo, no merezco ser querida, merezco ser castigada, soy mala) en mayor medida a comparación de las mujeres que tienen hijos sin retraso mental

Esto se relaciona con lo que Lazarus y folkman menciona sobre el desarrollo del afrontamiento es un proceso cambiante en donde el individuo debe de contar en determinados momentos con estrategias que le sirvan para resolver el problema, esta transformación no es al azar es resultado de una constante evaluación y reevaluación, por lo tanto el afrontamiento esta constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas y por los que tenga la persona al momento que se presente el problema. De esta forma las mujeres que tengan los recursos necesarios podrán afrontar de forma directa el hecho de tener un hijo con retraso mental, así el acontecimiento se vuelve menos estresante, mientras que las mujeres que no cuenten con estos recursos evadirán el problema o la supresión de la respuesta emocional

En cuanto al autoconcepto aunque no se encontraron diferencias significativas, entre las mujeres que tienen hijos con retraso mental con las mujeres que tienen hijos sin retraso mental. Se sugiere que se haga una investigación con un número mas

grande de muestra, enfocándose en este tema ya sea para ratificar o refutar estos resultados.

En cuanto a los estilos de afrontamiento Freixa (1993) Hatty y Gibby (1988), Menolascino y Wolfensberger (1970) mencionan que existen diversas formas en que las madres enfrentan el hecho de tener un hijo con retraso mental y que dependerá en gran medida del desarrollo de su personalidad. El estrés que experimentan es poco común por lo que si bien puede estimular el crecimiento de su personalidad, también puede contribuir para su regresión

Estos resultados apoyan a Freixa (1993), Hatty y Gibby (1988), Menolascino y Wolfensberger (1970) y Parello y Caruso (2007). Los cuales mencionan que el tener un hijo con retraso mental cambia la dinámica familiar de tal forma que puede causar graves repercusiones en la pareja, las cuales pueden ir desde pequeñas confrontaciones hasta actos de violencia.

En cuanto a las correlaciones se encontró que las mujeres que tienen hijos sin retraso mental, y que para resolver problemas con su pareja lo expresan ya sea de forma verbal o conductual (hablando, llegando a acuerdos) tratando de obtener algo positivo de la situación, manifestaron que hay confianza, amor, respeto y armonía en su relación de pareja. Mientras que las mujeres que tienen hijos con retraso mental y que también usan para la resolución de problemas con su pareja y familia ya sea de forma verbal o conductual y tratando de sacar el lado positivo de la situación manifestaron que se comparan con otras parejas para evaluar su relación.

También se encontró que en los dos grupos las mujeres que al tener problemas se deprimen o los evaden minimizándolos y evitándolos manifestaron que en su relación de pareja ha habido un decremento en las demostraciones de afecto, y que el abuso ha aumentado, también tienden a justificar el comportamiento violento de su pareja

Por otra parte con respecto a la relación que hay entre los estilos de afrontamiento y los tipos de violencia que las mujeres manifiestan tener se encontró que en ambos grupos las mujeres que afrontan sus conflictos hablando o actuando activamente y que tratan de sacar algo positivo de ellos, niegan tener algún tipo de violencia en sus hogares, mientras que las mujeres que tienen hijos sin retraso mental y que usan un estilo de afrontamiento donde al tener algún conflicto de deprimen, manifiestan que en su relación de pareja existe violencia económica, familiar, sexual, humillación, control e intimidación. Por otra parte dentro de este

mismo grupo las mujeres que al tener un problema manifiestan que ha violencia sexual. Las mujeres que tiene hijos con retraso mental y que al enfrentarse a sus problemas de pareja se deprimen o lloran manifestaron que hay violencia económica, control y humillación en su relación y las mujeres de este grupo que al tener conflictos con su familia o pareja los evaden, manifestaron que esta presente la violencia, económica, sexual, control, humillación e intimidación.

Los resultados que se obtuvieron en la relación que hay entre los estilos de afrontamiento y el autoconcepto se encontró que en ambos grupos las mujeres que tratan de enfrentar sus problemas hablando, negociando, llegando acuerdos y los ven de forma positiva, presentan el tipo de autoconcepto social expresivo (son personas muy sociables ,que cae bien a todos), social normativo (son personas positivas, activas y productivas, que cumplen con las normas sociales aceptadas), expresivo afectivo (son personas románticas, sentimentales, detallistas y cariñosas), ético moral (son personas honestas, leales y respetuosas) y trabajo intelectual (son personas que se consideran estudiosas e inteligentes). Mientras que las mujeres que se deprimen o evaden sus problemas, en ambos grupos se conciben a ellas mismas como rebeldes (son personas que se consideran mentirosas, criticonas, enojones, volubles, desobedientes y agresivos).

Los resultados que se obtuvieron de la relación entre los tipos de violencia y la forma en que las mujeres conciben su relación y a ellas mismas se encontraron datos muy similares en los dos grupos. Las mujeres que consideran que existe una relación de amor, respeto y confianza con su pareja manifestaron que no existe ningún tipo de violencia en su relación de pareja, en esta parte es donde esta la diferencia mientras que las mientras que las mujeres que tienen hijos sin ningún tipo de retraso, que reconocen su valor propio y sus temores mencionaron que hay violencia económica, familiar, humillación y control por parte de sus parejas, mientras que las mujeres que tienen hijos con retraso mental y que también reconocen su valor propio y sus temores consideran que solo hay control por parte de su pareja. Por ultimo las mujeres que justifican la violencia de su pareja, notan que han disminuido las expresiones de afecto además con aumento en la violencia y que comparan su relación con otra expresaron que hay violencia económica, sexual, familiar, humillación, control e intimidación por parte de su pareja hacia ellas.

Los resultados de la relación entre los tipos de violencia y el autoconcepto en mujeres que tienen hijos sin retraso mental se observa; las mujeres que se califican

como agresivas, necias, mentirosas, rebeldes, enojonas y volubles manifestaron que en su relación de pareja están presentes todos los tipos de violencia

Mientras que la relación de los tipos de violencia y autoconcepto de las mujeres que tienen hijos con retraso mental, las mujeres que se conciben agresivas, mentirosas, necias, rebeldes, enojonas y volubles mencionaron que en su relación de pareja hay intimidación y rebeldía.

Por ultimo en la relación entre la apreciación de la relación y de si misma con el autoconcepto se encontró que en ambos grupos las mujeres que se consideran agresivas, mentirosas, necias, rebeldes, enojonas y volubles, disculpan el comportamiento violento de la pareja. y manifiestan un aumento en la frecuencia del abuso y severidad así como una disminución en las demostraciones de amor y expresión de afecto.

En base a estos resultados se puede concluir que la relación entre el autoconcepto y los estilos de afrontamiento coinciden con la concepción de Machargo (1991, en Arraez, 1998) menciona que una de las funciones mas importantes del autoconcepto es determinar las expectativas y las conductas del individuo, las personas que tienen un autoconcepto positivos de si mismas tienden a actuar de una forma mas productiva y eficiente. En este caso las mujeres que se concebían con características positivas usan como estilo de afrontamiento el directo revalorativo en el cual la persona esta dispuesta a solucionar el problema de forma positiva, mientras que las mujeres que su autoconcepto resulto ser negativo utilizan estilos de afrontamiento que no resuelven el problema (llorar o deprimirse) inclusive lo niega o minimizan.

En relación a los resultados sobre violencia, se debe tomar en cuenta que mencionan Peyru y Corsi (2003) los cuales potencian y facilitan que sean la negación o la minimización de la violencia. Hay que aclarar que la reacción de cada persona es diferente, si bien hay muchas mujeres que al tener un hijo discapacitado se deprimen fuertemente y puede llegar a transformarlas de forma negativa, también puede llegar a ser una experiencia que la fortalezca de forma positiva.

Conclusiones generales

El hecho de tener un hijo con retraso mental implica un factor de estrés constante para la madre la cual va a tener que pasar por muchas situaciones que las madres

que tienen hijos sin retraso mental no vivirán. Esto provoca mucha frustración en la mujer porque su hijo no podrá cumplir con las expectativas que ella tiene y este suceso puede ser tan fuerte que tenga alcances tanto en su personalidad como en su dañar la relación de pareja que puede aparecer o incrementar las manifestaciones de violencia.

Esto se ve reflejado en los estilos de afrontamiento ya que como dicen Lazarus y Folkman al verse inmersas en una situación de estrés que rebasa sus recursos las mujeres que tienen hijos con retraso mental en algunos casos no cuentan con los recursos suficientes entonces tienen que hacer uso de la evasión ya que como mencionan los autores si bien no resuelve el problema si mejora el estado anímico de la persona.

Según Garbarino el uso de la violencia se debe a que los individuos no son capaces de manejar el estrés social al que está expuesto, y que afecta a sus relaciones personales. Además menciona que todos pueden volverse violentos si las circunstancias los afectan de tal forma que el estrés se vuelve insoportable y no lo manejan de forma saludable.

De acuerdo con Corsi (2003) uno de los factores que pueden potenciar la violencia además de los factores culturales son los factores estresantes y una situación muy estresante es tener un hijo con retraso mental, ya que necesitan más atención y apoyo sobretodo en el ámbito escolar a si como atención especializada, terapeutas de lenguaje, psicólogos, psiquiatras, terapeutas físicos, educadores especiales entre otros.

Toda esta frustración y estrés está presente en los padres que tienen hijos con retraso mental como mencionan Freixa (1993) que al tener un hijo con retraso mental los padres se sienten desamparados para enfrentar esta situación y comienzan a tener muchas necesidades que antes no tenían, pero sobretodo necesitan claridad sobre la deficiencia que tiene su hijo por ejemplo: que alguien le explique en que consiste este trastorno, que es lo que puede esperar o no de su hijo cual es su papel como padres además de necesitar un espacio donde puedan expresar sus sentimientos, pensamientos e ideas con otras personas que los puedan ayudar y de servicios especializados para que su hijo pueda alcanzar su máximo potencial y es aquí donde se supone que los profesionales tienen que entrar, pero en muchas ocasiones los padres se quejan de que no hay o son insuficientes los servicios médicos y paramédicos, o los que hay son demasiados caros para algunas familias,

de la falta de información o de la claridad en ella en muchos casos el niño además de presentar retraso mental tiene otras alteraciones, autismo, asperger entre otros, algo importante es que algunos profesionales les explican a los padres pero con muchos tecnicismos que obviamente no comprenden y esto les puede generar mas angustia , que si se les hubiera hablado de una forma clara y sencilla, otra queja que tienen los padres es el desconocimiento por parte de los médicos, terapeutas, entre otros sobre la etiología de el niño provocando que existan diagnósticos incorrectos, provocándoles falsas expectativas a los padres de la evolución de su hijo, además de que hay una falta de cordialidad, preocupación e interés por parte de los profesionales hacia los familiares, por que no suelen fomentar el dialogo ni están dispuesto a escuchar a las familias cuando lo necesitan por ultimo los padres reciben constantemente consejos contradictorios de diferentes profesionistas y esto los confunde aun mas.

En el caso de México la atención a personas con discapacidad intelectual ha sido deficiente porque a pesar de que existen los programas y se ha hecho un esfuerzo por parte del gobierno y de organizaciones no gubernamentales por medio de leyes, por ejemplo en el 2005 se crea la “Ley general de las personas con discapacidad” que refuerza y garantiza los derechos del todo ser humano (educación, trabajo y salud); en el área de la salud se han desarrollado programas como el Programa de Acción “Prevención y Rehabilitación de Discapacidades” derivado del programa de salud 2001- 2006, a si como el programa por parte del Sistema Nacional de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) denominado “Apoyo a las personas con discapacidad” que desarrolla medidas tanto de prevención como de tratamiento, reintegración social y profesionalización a personas con discapacidad; por parte de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social (STPS) en su programa Abriendo Espacios ayudan a las personas con capacidades diferentes a encontrar trabajo de forma gratuita garantizando no solo su inserción a la actividad productiva, sino también se desarrollo y proyección laboral, a si como el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales; por ultimo por parte de la Secretaria de Educación Publica (SEP) hay alrededor de 4,400 servicios de educación especial como: Las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Especial (USAER), los Centros de Atención Múltiple (CAM) y los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP). Estos servicios están diseñados para que las

personas con capacidades diferentes puedan acceder a una educación de calidad diseñada especialmente para ellos.

Pero a pesar que existen todos estos programas y que podrían funcionar de forma adecuada, no se les proporcionan los recursos adecuados para que en realidad puedan dar su máxima capacidad, aunado a esto a algunos programas no se les da la continuidad que es necesario. Además algo muy importante a tomar en cuenta es todos estos programas no han sido debidamente especificados para cada uno de los distintos tipos de discapacidades que existen, por ejemplo es muy diferente tener retraso mental a presentar ceguera o ser sordomudo, entonces al hacer una diferenciación adecuada, las políticas podrían ser mas claras y mas eficientes.

Conclusiones particulares

- ❖ El grupo MHCRM manifiesta que en comparación MHSRM hay un mayor índice de violencia económica, violencia familiar, humillación, violencia sexual e intimidación.
- ❖ El grupo MHCRM manifiesta que en comparación MHSRM tienden a justificar en mayor medida el comportamiento violento de la pareja diciendo por ejemplo: “yo lo provoqué” “estaba muy cansado”, entre otras. Además de que tienden a desvalorizarse en mayor grado en comparación del otro grupo
- ❖ El grupo MHCRM manifiesta que en comparación MHSRM tienen una mayor tendencia a enfrentar sus problemas familiares minimizándolos o evadiéndolos.
- ❖ se encontró que existe relación entre los estilos de afrontamiento directo revalorativo con la apreciación de la relación y de si misma en ambos grupos Las mujeres MHSRM que para resolver problemas con su pareja lo expresan ya sea de forma verbal o conductual (hablando, llegando a acuerdos) y tratando de obtener algo positivo de la situación, manifestaron que hay confianza, amor, respeto y armonía en su relación de pareja. Mientras que las mujeres MHCRM y que también usan para la resolución de problemas con su pareja y familia ya sea de forma verbal o conductual y tratando de sacar el

lado positivo de la situación manifestaron que se comparan con otras parejas para evaluar su relación. También se encontró que en los dos grupos las mujeres que al tener problemas se deprimen o los evaden minimizándolos y evitándolos manifestaron que en su relación de pareja ha habido un decremento en las demostraciones de afecto, y que el abuso ha aumentado, también tienden a justificar el comportamiento violento de su pareja.

- ❖ Existe relación en ambos grupos entre el estilo de afrontamiento directo revalorativo con los tipos de autoconcepto social expresivo, social normativo, expresivo afectivo, ético moral y trabajo intelectual. También existe una relación en ambos grupos entre los estilos de afrontamiento negativo y evasivo con el tipo de autoconcepto rebelde
- ❖ Existe una relación entre los tipos de violencia y la apreciación de la relación y de si misma. En ambos grupos Las mujeres que observan los aspectos positivos de la relación manifestaron que no esta presente algún tipo de violencia en su relación de pareja. El grupo MHSRM que reconocen su valor propio menciona que existe violencia económica, familiar, humillación y control en su relación. Mientras que el grupo MHCRM que reconocen su valor propio menciona que solo existe control por parte de sus parejas. Por ultimo en ambos grupos las mujeres que justifican el comportamiento negativo de su pareja y manifiestan que ha habido una disminución en el afecto, pero un aumento en el trato violento manifestaron que existe violencia económica, sexual, familiar, humillación, control e intimidación.
- ❖ Existe relación entre los tipos de violencia y el autoconcepto en el grupo MHCRM, las mujeres que presentan el tipo de autoconcepto rebelde manifiestan que en su relación de pareja hay intimidación y control. Mientras que en el grupo MHSRM y que también son rebeldes mencionan que están presentes las violencia económica, sexual, familiar, control, humillación e intimidación.
- ❖ Existe relación entre la apreciación de la relación y de si misma con el autoconcepto se encontró que en ambos grupos las mujeres que se presentan

un autoconcepto rebelde tienden a disculpar el comportamiento violento de la pareja. y manifiestan un aumento en la frecuencia del abuso y severidad así como una disminución en las demostraciones de amor y expresión de afecto.

La importancia de esta investigación radica en que al conocer en que áreas las mujeres necesitan mas apoyo se podrían elaborar programas donde no solamente traten en como manejar a su hijo discapacitado, sino también, como manejar sus emociones y su relaciones tanto de pareja como familiar. Pero estos programas no deben ser solamente para la madre o el padre sino para toda la familia ya sea nuclear o extensa de esta forma existirá un apoyo tanto para la mujer como para su hijo provocando que las mujeres con hijos retrasados mentales aprendan a sobrellevar este trastorno de una forma saludable y constructiva.

Se presentaron algunas limitaciones en esta investigación como son: el número de la muestra, el cual es pequeño debido a que muchas mujeres se negaron a participar o entregaban las encuestas incompletas. Por otra parte varias personas comentaron que la encuesta era muy larga y que varias preguntas no las comprendían. Por ultimo en el caso de las encuestas sobre violencia debido a que todavía es un tema delicado para algunas personas contestando de acuerdo a lo que piensan que es correcto y no a lo que sucede en realidad.

Para enriquecer esta los resultados de esta investigación se recomienda que se realice otra investigación dentro de la misma línea, pero con una muestra mucho mas amplia, averiguar si existen diferencias por el nivel de escolaridad, estado civil, numero de hijos, entre otras y que se incluya a los padres de esta forma conoceremos el otro lado de la moneda. Además es recomendable que se realicen investigaciones con la familia extensa y los hermanos para saber el impacto que tiene en ellos esta discapacidad.

Por otra parte se podría investigar otras características como la autoestima, la depresión, el nivel de ansiedad entre otras, ya que se han realizado pocas investigaciones sobre estos factores. Otra propuesta es estudiar a las mujeres con hijos retrasados mentales, considerando los diferentes tipos de retraso mental, ya que no es lo mismo cuidar a una persona que tiene retraso mental leve la cual puede aprender a leer, a escribir, a realizar cálculos matemáticos básicos (suma, resta, multiplicación y división), que logra ser independiente y forjarse un futuro con lo cual no requiere de un cuidado constante, que una persona con retraso mental grave que

no puede cuidar de sus mínimas necesidades básicas (control de esfínteres, higiene, autocontrol) esto conlleva a que siempre necesitara de una supervisión constante lo cual puede ser muy estresante para la madre.

Por ultimo se podrían realizar diferentes tipos de programas ya sea para los padres, hermanos o familia extensa, para que este suceso no rompa con la armonía familiar, sino que los vuelva mas fuertes y unidos

REFERENCIAS

Alvarez, B, J (2005). Manual de prevención de violencia intrafamiliar. Mexico. Ed. Trillas

Arraez, J, M (1998). Motricidad, autoconcepto e integración de niños ciegos. España. Ediciones Universidad de Granada

Appignanesis, R y Zarate, O. (2002). Freud para principiantes. Buenos Aires. Argentina. Era Naciente.

Bandura, A. (1988). Modificación de la conducta. Trillas. México

Benitez, N. (2007). Estilos de afrontamiento ante el estrés en estudiantes de la carrera de psicología de la UNAM: un estudio comparativo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Bensabat, S. (1994). Stress grandes especialistas responden.3° ed. España. Mensajero.

Bruno, F. J. (1997). Diccionario de términos psicológicos fundamentales. Barcelona. Paidós Studio.

Camarena, A. (2003). Comparación del autoconcepto de mujeres que dieron a luz a niños regulares con las que dieron a luz niños con síndrome de down. México. Tesis de licenciatura en psicología Universidad Salesiana.

Cano, F. (2005). Validación de una escala de actitudes hacia la violencia intrafamiliar. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Castellanos, M. (2000). Abordaje de Orientación psicoanalítica: Una alternativa en el tratamiento de crisis parentales de niños con deficiencia mental. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de licenciatura.
- Castro. Ry Casique, I. (2006) Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Componente para mujeres unidas o casadas de 15 años y más. Tomado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>
- Cienfuegos, Y. I. (2004) Evaluación del conflicto, satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: un estudio comparativo. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM
- Corsi J (2003). Maltrato y abuso en el ámbito domestico. Buenos Aires Argentina. Ed. Paidos.
- De Oñate, Maria Pilar de El autoconcepto : Formacion, medida e implicaciones en la personalidad / Ma. pilar de onateMadrid : Narcea, 1989
- De Oñate, M. P. y García D. R. En Beltran, J. L. y Bueno, A. (1995) Psicología de la educación. Barcelona, España. Marcombo Universitaria Boixareu
- Díaz-Guerrero, R. (1982). Psicología del mexicano. México. Trillas.
- Dallos, R. y McLaughlin, E. 1994. Social problems and the family. Reprinted, The Open University, United Kingdom.
- Echeburúa, Enrique y Paz de Corral (1998). Manual de violencia familiar, Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- Engler B. (1995) Introducción a las teorías de la personalidad. México, McGraw-Hill.
- Esquivel, M. (2008). Autoestima en mujeres victimas y no victimas de violencia

intrafamiliar. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios superiores Zaragoza.
Universidad Nacional Autónoma de México.

Freixa, M. (1993) Familia y deficiencia mental. Salamanca, España: Amaru

Fragoso, M.(2006). Estilos de afrontamiento en cuidadores de pacientes con
Esquizofrenia. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad
Nacional Autónoma de México

Gonzalez, M. C y Touron , J. (1992) Autoconcepto y rendimiento escolar. Pamplona,
España. Ediciones Universidad De Navarra S.A

Hutty, M, Gibby, R. (1988). Los niños con retardos mentales: desarrollo, aprendizaje y
educación. México: Fondo de cultura económica.

Ingalls, R. (1982). Retraso Mental: La nueva perspectiva. México: Manual Moderno.

INEGI. (2000). Características de las personas con discapacidad mental. Tomado del
sitio. <http://www.inegi.org.mx>

INEGI. (2000). Encuesta Nacional de Población y Vivienda. Tomado de:
<http://www.inegi.org.mx>

INMUJERES. (2008). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de
Violencia. Tomado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>

INMUJERES. (2003). Grupo de Educación Popular con Mujeres. Instituto Nacional de
las Mujeres Carpeta educativa contra la violencia, eduquemos para la paz.
Tomado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>

Lazarus, R y Folkman, S (1984). Estrés y procesos cognitivos. México. Roca.

Lazarus, R y Folkman, S (1991). Estrés y procesos cognitivos. México. Roca.

Lima, E.(2006). Psicopatología y autoconcepto de un grupo de padres de familia con un hijo con retraso mental. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Licenciatura.

Linares. J, L (2002). Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control. Buenos aires: Paidos.

López C. (1999). Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo hacia el SIDA en adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lopez, T, M (2007). Violencia psicológica en el ámbito conyugal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lopez, D. (2005). Estrés, epidemia del siglo XXI: como entenderlo, entenderse y vencerlo. Argentina. Lumen.

Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. (1995).
Barcelona, España : Masson,

Omar, G (1995). Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Argentina. Ed lumen.

Parrello, S y Caruso, E. El nacimiento de un hijo con minusvalía: ruptura de cánones y posibilidad de narrarse. Universidad de los Estudios de Nápoles "Federico II".
Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 10 No. 1 Marzo de 2007
tomado del sitio:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Peyrú, G y Corsi J. (2003). Violencias sociales. España: Ariel

Phares, E. (1999) Psicología Clínica. México: Manual Moderno.

Real Academia Española (Vol 2) (1992). Diccionario de la lengua española (21ra Ed.)
Madrid, España: Espasa-Calpe. Pp 1196.

Romayne, S. (1999). Niños con retraso mental: guía para padres terapeutas y
educadores. México: Trillas

Segovia, b, M. (2003). El autoconcepto del mexicano y su relación con el rendimiento
académico en niños de educación privada. Universidad Nacional Autónoma de
México. Tesis de licenciatura.

Solis-Camara R. P, Diaz , Romero. M, Bolivar, Reyna. Edith y García, Arellano. N.
(2003). Expectativas del desarrollo y prácticas de crianza en parejas con niños
con necesidades especiales. Salud Mental, abril, año/vol. 26. Instituto nacional
de Psiquiatría Ramon de la Fuente. D.F, México. Pp. 51-58

Suárez. A. (2008). La acción gubernamental ante el retraso mental como un
problema de salud pública en México Tesis Licenciatura. Facultad de Ciencias
Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México

Torres, M. (2001). La violencia en casa. Paidós, México.

Troch, A. (1982). El estrés y la personalidad. Barcelona, España. Herder

Valdez Medina , J. L. Y Reyes Lagunes, I. (1992). Las categorías semánticas y el
autoconcepto. La Psicología Social en México

Vargas Núñez, B. (2008). Factores culturales, estructurales y psicológicos en la
violencia doméstica: un modelo explicativo. Tesis de doctorado. Facultad de
psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Velasco Herrera, A. (2006) Autoconcepto y motivacion de logro en alumnos de
educacion secundaria y su relacion con el fracaso escolar. Tesis Licenciatura,

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México

Ward, I y Zarate O. (2002). Psicoanálisis para principiantes. Buenos Aires. Argentina. Era Naciente.

Zepeta, N. (2008). Terapia racional emotiva para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar entre cónyuges. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.

http://www.aamr.org/content_100.cfm?navID=21

<http://www.who.int>

ANEXOS

ANEXO 1

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que describen cosas que la gente hace cuando tienen problemas **en diferentes situaciones**; como se te presentarán **en el encabezado de cada hoja**. Como puedes ver hay siete cuadros después de la frase en los que deberás marcar con una **X** el cuadro que represente mejor la frecuencia con la que tú haces esas cosas. Ten en cuenta que **entre más grande y más cercano esté el cuadro significa que llevas a cabo esa conducta con mayor frecuencia y entre más alejado esté indicará que nunca haces eso**. Encuentra el punto que mejor te represente utilizando la diversidad de cuadros.

Ejemplo:

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD. YO...

	siempre	nunca
Me asusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Contesta tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado(a). Contesta en todos los renglones, dando una sola respuesta en cada uno de ellos.

Tus respuestas son totalmente confidenciales, recuerda que debes responder **“COMO ERES SIEMPRE, NO COMO TE GUSTARÍA SER”**

Gracias por tu cooperación.

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MI PAREJA YO...

		siempre	nunca
1	Trato de comprender a que se debió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Le expreso mi amor, para solucionar el problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Trato de llegar a un acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4	Analizo la situación para entenderla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Busco razones que le den sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Los trato de solucionar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Les resto importancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Busco reconciliarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hago como si nada pasara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Le pido a alguien que interceda por mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Le pido su opinión a mis amigos sobre lo que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Me deprimó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Los ignoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Discuto con él / ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Pienso en otras cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Me enojo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Me tranquiliza saber que son normales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUANDO TENGO PROBLEMAS FAMILIARES YO...

		siempre					nunca	
1	Duelmo para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Los analizo para solucionarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Trato de entender el problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Expreso mi coraje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Busco el sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pido consejo a personas de mi confianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Actúo como si nada pasara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Trato de aprender de los problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Procuro aclararlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Veo lo bueno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Me entretengo en otras cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Los trato de enfrentar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Platico con alguien para encontrar la solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Prefiero salirme a la calle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Me angustio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Trato de resolverlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MIS AMIGOS YO...

		siempre					nunca	
1	Platico con ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Me dedico a ver televisión para olvidarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Me peleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Creo que me hacen madurar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Prefiero no hablar del asunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Al comprenderlos me supero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me angustio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Procuro aclarar la situación con ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Trato de resolverlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Pienso en otras cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Escucho la opinión de otros sobre lo que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Analizo los pros y los contras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Salgo a divertirme para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Intento aprender de ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Me siento deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Me disculpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Le pido a otros que me ayuden a pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Discuto con ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUANDO TENGO PROBLEMAS EN MI VIDA YO...

		siempre					nunca	
1	Trato de encontrarles lo positivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Consigo ayuda profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Los acepto por que me ayudan a madurar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pienso en otra cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Me preocupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me mantengo ocupado para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Me molesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	No les doy importancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Les busco una solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ni siquiera hablo de ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hago lo posible por resolverlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Le platico a alguien lo que pienso hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Considero un reto solucionarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Me desespero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Procuro aprender de ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17	Analizo diversas opciones para superarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Los enfrento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2

POR FAVOR, COTESTE: “QUE TANTO CONSIDERA UD. QUE TIENE DE CADA UNA DE LAS CARACTERISTICAS QUE APARECEN EN ESTE CUESTIONARIO”. PARA CONTESTAR HAY QUE MARCAR CON UNA CRUZ SOBRE LA LINEA DE CINCO INTERVALOS DE RESPUESTA, QUE VAN DESDE:

- (1) LO TENGO TOTALMENTE “
- (2) “TENGO ALGO DE ESA CARACTERISTICA”,
- (3) “NI LO TENGO NI ME FALTA”
- (4)“TENGO MUY POCO DE ESTA CRACTERISTICA”
- (5) ‘NO TENGO NADA DE ESTA CARACTERÍSTICA.

	1	2	3	4	5
AMABLE					
HONESTO					
PLATICADOR					
RELAJIENTO					
ENOJON					
ACTIVO					
LIMPIO					
SINCERO					
TRAVIESO					
MENTIROSO					
ESTUDIOSO					
OBEDIENTE					
LEAL					
RESPECTUOSO					
SIMPATICO					
VOLUBLE					
NECIO					
APLICADO					
AMIGABLE					
ROMÁNTICO					
DETALLISTA					
DESOBEDIENTE					
COMPARTIDO					
BUENO					
ORDENADO					
AGRESIVO					
REBELDE					
ATENTO					
ACOMEDIDO					
CARIÑOSO					
SENTIMENTAL					
ESTRICTO					
TRABAJADOR					
CRITICON					
BROMISTA					
INTELIGENTE					
RESPONSABLE					

ANEXO 3

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una lista de afirmaciones en las cuales usted debe de indicar, la frecuencia con la que cada una se presenta en su relación, tomando en cuenta la siguiente forma de respuesta

- (1) NO LO HA HECHO EN EL AÑO**
(2) UNA VEZ EN EL AÑO
(3) ALGUNAS VECES EN EL AÑO
(4) FRECUETEMENTE EN EL AÑO
(5) SIEMPRE EN EL AÑO

1.- Mi pareja ha llegado a chantajearme	1	2	3	4	5
2.- Mi pareja ha hecho que consuma drogas o alcohol a la fuerza	1	2	3	4	5
3.- Mi pareja hace cosas para hacerme creer que estoy loca	1	2	3	4	5
4.- Mi pareja me ha hecho escándalos en lugares públicos	1	2	3	4	5
5.- Mi pareja me ha amenazado con quitarse la vida	1	2	3	4	5
6.- Mi pareja me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero	1	2	3	4	5
7.- Mi pareja me ha amenazado con abandonarme	1	2	3	4	5
8.- Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable	1	2	3	4	5
9.- Mi pareja me ha empujado con fuerza	1	2	3	4	5
10.- Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que el (ella) quiere	1	2	3	4	5
11.- Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada	1	2	3	4	5
12.- Mi pareja me ha lastimado diciéndome que tiene un (a) amante	1	2	3	4	5
13.- Mi pareja me ha sacado de la casa a fuerza	1	2	3	4	5
14.- Mi pareja se ha burlado de mi cuando estamos solos	1	2	3	4	5
15.- Mi pareja he llegado a insultarme	1	2	3	4	5
16.- Mi pareja he llegado a gritarme	1	2	3	4	5
17.- Mi pareja me ha dicho que soy culpable de nuestros problemas	1	2	3	4	5
18.- Mi pareja me ha pedido que realice actos sexuales que no deseo	1	2	3	4	5
19.- Mi pareja vigila todo lo que yo hago	1	2	3	4	5
20.- Mi pareja no me respeta y no respeta lo mío	1	2	3	4	5
21.- Mi pareja me ha dicho que soy feo o poco atractiva	1	2	3	4	5
22.- Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales	1	2	3	4	5
23.- Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con mis amigas	1	2	3	4	5
24.- Mi pareja me ha amenazado con dañar mis pertenencias	1	2	3	4	5
25.- Mi pareja me ha pateado estando en el piso	1	2	3	4	5
26.- Mi pareja me trata como una ignorante o tonta	1	2	3	4	5
27.- A mi pareja no le importa si estoy enferma o embarazada	1	2	3	4	5
28.- Mi pareja se enoja si contradigo o no estoy de acuerdo con el (ella)	1	2	3	4	5
29.- Mi pareja utiliza el dinero para controlarme	1	2	3	4	5
30.- Mi pareja me ha amarrado	1	2	3	4	5
31.- Mi pareja me ha amenazado con echarme de la casa	1	2	3	4	5
32.- Mi pareja me ha amenazado con matarme	1	2	3	4	5
33.- Mi pareja me ha forzado o utilizado la fuerza física para que tenga relaciones sexuales con él en contra de mi voluntad	1	2	3	4	5
34.- Mi pareja me ha herido con algún objeto o arma	1	2	3	4	5
35.- Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme	1	2	3	4	5
36.- Mi pareja me ha aventado algún objeto	1	2	3	4	5
37.- A mi pareja le molesta que me gaste mi propio dinero	1	2	3	4	5
38.- Mi pareja me amenaza con irse con otras si no accedo a tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
39.- He tenido miedo de mi pareja	1	2	3	4	5
40.- Mi pareja me ha forzado a tener sexuales cuando estoy enferma o está en riesgo mi salud	1	2	3	4	5
41.- Mi pareja me ha amenazado con el puño	1	2	3	4	5
42.- Mi pareja me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido	1	2	3	4	5

- (1) NO LO HA HECHO EN EL AÑO
 (2) UNA VEZ EN EL AÑO
 (3) ALGUNAS VECES EN EL AÑO
 (4) FRECUETEMENTE EN EL AÑO
 (5) SIEMPRE EN EL AÑO

43.- Mi pareja me ha tratado como sirvienta	1	2	3	4	5
44.- Mi pareja ha intentado ahorcarme o asfixiarme	1	2	3	4	5
45.- Mi pareja ha tomado actitudes autoritarias como apuntarme con el dedo o tronarme los dedos	1	2	3	4	5
46.- Mi pareja me ha golpeado con la palma de la mano	1	2	3	4	5
47.- Mi pareja exige explicaciones detalladas de la forma en que gasto el dinero	1	2	3	4	5
48.- Mi pareja exige obediencia a sus antojos	1	2	3	4	5
49.- Mi pareja me ha golpeado estando embarazada	1	2	3	4	5
50.- Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando	1	2	3	4	5
51.- Mi pareja me agrede verbalmente si no atiendo a mis hijos como él piensa que debería de ser	1	2	3	4	5
52.- Mi pareja se enoja si no atiendo a mis hijos como él piensa que debería de ser	1	2	3	4	5
53.- Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da	1	2	3	4	5
54.- Mi pareja se enoja si no está la comida, el trabajo de la casa, el lavado de la ropa, cuando él cree que debería de estar	1	2	3	4	5
55.- Mi pareja controla el dinero y yo se lo tengo que pedir	1	2	3	4	5
56.- Mi pareja me ha obligado a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido	1	2	3	4	5
57.- Mi pareja me ha quemado	1	2	3	4	5
58.- Mi pareja me maltrata cuando toma alcohol o alguna sustancia	1	2	3	4	5
59.- Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada y que no puedo cuidarme sola	1	2	3	4	5
60.- Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta	1	2	3	4	5
61.- Mi pareja ha usado algún objeto en mi de manera sexual en contra de mi voluntad	1	2	3	4	5
62.- Mi pareja ha amenazado con lastimarme	1	2	3	4	5
63.- Mi pareja me chantajea con su dinero	1	2	3	4	5
64.- Mi pareja me ha amenazado o asustado con algún arma	1	2	3	4	5
65.- Mi pareja me ha encerrado	1	2	3	4	5
66.- Mi pareja me ha jalado el pelo	1	2	3	4	5
67.- Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa	1	2	3	4	5
68.- Mi pareja me exige que me quede en casa	1	2	3	4	5
69.- Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo	1	2	3	4	5
70.- Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades.	1	2	3	4	5

En caso de haber contestado alguna de las anteriores afirmaciones con 2 o más ¿cuanto tiempo considera que ha pasado desde que le ocurrió posprimera vez, algo similar, con su pareja actual?

_____ años

_____ meses

ANEXO 4

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una lista de afirmaciones en las cuales usted debe de indicar, la frecuencia con la que cada una se presenta en su relación, tomando en cuenta la siguiente forma de respuesta

- (1) NUNCA
 (2) POCAS VECES
 (3) A VECES
 (4) FRECUENTEMENTE
 (5) MUY FRECUENTEMENTE

3. Cuando mi pareja me insulta o maltrata, yo no me dejo y le contesto	1	2	3	4	5
4. Siento que han decrementado las expresiones de afecto de mi pareja hacia mi	1	2	3	4	5
5. Yo confío en mi pareja	1	2	3	4	5
6. Estoy enamorada de mi pareja	1	2	3	4	5
7. Mi pareja respeta mis ideas	1	2	3	4	5
8. Siento que yo soy la culpable de que mi pareja me golpee	1	2	3	4	5
9. Me he dado cuenta de que soy una mujer agredida	1	2	3	4	5
10. Paso momentos felices con mi pareja	1	2	3	4	5
11. Yo creo que nuestra relación es tan agradable como la mayoría de las parejas que conozco	1	2	3	4	5
12. Mi pareja usualmente me maltrata por algo que yo debería de haber hecho	1	2	3	4	5
13. Ya no le tengo tanto miedo a mi pareja	1	2	3	4	5
14. Mi pareja es afectuosa conmigo porque él piensa que yo soy una pareja deseable	1	2	3	4	5
15. Yo no he hecho lo suficiente para ayudar a mi pareja a manejar sus presiones	1	2	3	4	5
16. Mi pareja me maltrata porque él es por naturaleza agresivo	1	2	3	4	5
17. Hay una alternativa para salir de esta relación de violencia	1	2	3	4	5
18. Creo que mi pareja no me maltrataría tanto sino tuviera tantas presiones en su trabajo	1	2	3	4	5
19. Cuando mi pareja es afectuosa, usualmente él espera algo a cambio o es para pedirme algo	1	2	3	4	5
20. Me he dado cuenta de que mi pareja es un tigre de papel	1	2	3	4	5
21. Siento que mi pareja cada vez me insulta y humilla más	1	2	3	4	5
22. Hoy me he dado cuenta de que no tengo porqué seguir con mi pareja	1	2	3	4	5
23. Yo siento que hay un gran trato de amor y expresión de afecto en nuestra relación	1	2	3	4	5
24. Ahora me asusto menos cuando mi pareja grita y golpea cosas	1	2	3	4	5
25. Yo pienso que nuestra relación es menos feliz que la mayoría de las relaciones	1	2	3	4	5
26. Mi pareja constantemente está enojada	1	2	3	4	5
27. Mi pareja es un amor	1	2	3	4	5
28. No le puedo exigir nada a mi pareja	1	2	3	4	5
29. Mi pareja no siempre es violento	1	2	3	4	5
30. Yo pienso que nuestra relación es mas feliz que la mayoría de las relaciones	1	2	3	4	5
31. A pesar de que mi pareja de molesta cuando salgo con mis amigas, siento libertad de salir con ellas	1	2	3	4	5
32. A pesar de que mi pareja no se enoja si salgo con mis amigas, no siento libertad de salir a menudo con ellas	1	2	3	4	5
33. Le he contado a mis amigas que mi pareja me golpea	1	2	3	4	5
34. Todavía pienso que mi pareja me quiere	1	2	3	4	5
35. A menudo siento que mi pareja usa mi afecto para manipularme	1	2	3	4	5
36. Me he dado cuenta que mi sueño feliz en pareja se terminó	1	2	3	4	5
37. Siento que mi pareja me golpea más	1	2	3	4	5
38. Mi pareja es apegada	1	2	3	4	5
39. Mi pareja no es celoso	1	2	3	4	5
40. Me comporto sumisa cuando estoy con mi pareja	1	2	3	4	5
41. Soy una mujer que vale	1	2	3	4	5
42. Soy una mujer que merece respeto	1	2	3	4	5
43. Mi pareja es agresivo, pero por lo menos no me golpea	1	2	3	4	5

44. Cuando mi pareja de verdad me ame, dejará de golpearme	1	2	3	4	5
45. Puedo presentir cuando mi pareja me va a golpear	1	2	3	4	5
46. No sé porque mi pareja se irrita	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y NO OLVIDES CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.