



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
SALUD MENTAL PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

**“TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO INFANTIL EN MUJERES
CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT COMPLEJO USUARIAS EN UN SERVICIO
DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA”**

T E S I S

QUE, PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS,

P R E S E N T A:

M.C. VERÓNICA SUÁREZ VALDOVINOS

COMITÉ TUTORIAL:

TUTORA PRINCIPAL: DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA (INPRFM)

BITUTORA: DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ-FORTEZA (INPRFM)

TUTORA EXTERNA: DRA. ROSARIO VALDEZ SANTIAGO (INSP)

*Ciudad de México
Noviembre, 2022*



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

“Siempre parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

Está tesis la dedico con todo cariño a mi familia. Gracias por su paciencia y por estar conmigo.

Quiero agradecer a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en especial a la Dra. Lourdes García Fonseca, Dr. Alfredo Whaley y Dra.

Beatriz Cerda, por brindarme las facilidades necesarias para realizar el trabajo de campo. También a las profesoras que formaron parte de la formación académica.

Al Programa de Doctorado en Salud Mental Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México, reconocido por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) como Programa Nacional de Posgrado de Calidad, por la beca recibida para realizar este proyecto.

No habría podido escribir esta tesis sin el apoyo incondicional de mi tutora Dra. Luciana Ramos Lira y la Dra. Catalina González Forteza, gracias por su guía y sabiduría. A las Dras. Angélica Juárez Loya, Miriam Arroyo Belmonte y Midiam Moreno López por su valiosa ayuda. Gracias también a cada una de las Dras. Que contribuyeron con sus consejos. (Ma. del Rosario Valdez Santiago, Liliana Mondragón, Asunción Álvarez, Blanca E. Pelcastre y Leticia Tirado).

Me considero afortunada por haber contado con todas ellas. También quiero agradecer profundamente a cada una de las admirables mujeres que participaron en este estudio, las cuales representan a miles de niñas y mujeres con este tipo de vivencias y secuelas de violencia.

¡¡¡Mil gracias!!!

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	5
2. TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO INFANTIL	11
2.1 Conceptualización	11
3. MALTRATO INFANTIL.....	14
3.1 Definición de maltrato infantil y los tipos de maltrato: Físico, Emocional, Negligencia y Sexual.....	15
3.2 Prevalencia de maltrato infantil en México y principales perpetradores	16
4. RELEVANCIA DE LA MATERNIDAD PARA LA VIDA DE LAS MUJERES.....	19
4.1 La maternidad como imposición cultural / como rol idealizado en la vida de las mujeres	19
4.2 La carga de responsabilidad en la crianza de los hijos	22
5. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL EN LA ADULTEZ.....	24
5.1 Teoría del Trauma	24
5.2 Tipos de trauma (tipo I eventos agudos y tipo II eventos crónicos)	27
5.3 Factores asociados con la gravedad del trauma	28
6. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO VS TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	31
6.1 Las clasificaciones diagnósticas: DSM-5 y CIE-11	32
6.2 Características relevantes: Desregulación emocional, Autoconcepto negativo y Perturbación en la relación con otros	33
6.3 El Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)	34
6.4 Características del Trastorno Límite de la Personalidad vs. TEPTC	37
7. EL TEPTC COMO PROPUESTA EXPLICATIVA DE LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO	42
7.1 El papel de la desregulación emocional, el autoconcepto negativo y las perturbaciones en la relación madre-hijo/a	42
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
Objetivo General	47
MÉTODO	48
FASE 1. Traducción y adaptación del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT) (Cloitre et al., 2014).....	48
F1.1 Traducción del inglés al español del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT).....	48

a) Resultados de la traducción del inglés al español del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)	49
b) Adaptación cultural del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT).....	50
F1.4.1 Resultados de la adaptación cultural del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)	50
10. FASE 2 Evaluación del Modelo Conceptual para la Transmisión Intergeracional del Maltrato.....	55
Fase 2. Etapa 1	55
F2. E1 Validación del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT).....	55
F2. E1.1 Método	55
F2. E1.1.1 Objetivos específicos.....	55
F2. E1.1.2 Tipo de estudio	55
F2. E1.1.3 Participantes	55
F2. E1.1.4 Escenario	56
F2. E1.1.5 Instrumento.....	56
F2. E1.1.6 Procedimiento.....	58
F2. E1.1.7 Consideraciones éticas	59
F2. E1.2 Resultados de las características psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT).....	61
F2. E1.2.1 Consistencia interna del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)	61
F2. E1.2.2 <i>Validez estructural exploratoria del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)</i>	62
F2. E1.3 Discusión y Conclusiones sobre las Características Psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)	68

Fase 2 Etapa 2	71
F2. E2.a. Objetivo General.....	71
F2. E2.1 Método	71
F2. E2.1.2 Objetivos Específicos	72
F2. E2.1.3 Hipótesis	72
F2. E2.2 Propuesta del Modelo Conceptual de la Transmisión Intergeneracional del Maltrato a los hijos/as	73
F2. E2.2.1 Variables del Modelo de la Transmisión Intergeneracional del Maltrato a los hijos/as: Definición Conceptual (DC) y Definición Operacional (DO).....	74
F2. E2.2.1.1 Variables Independientes	74
F2. E2.2.1.2 Variable dependiente	76
11. F2. E2.1 RESULTADOS	77
F2. E2.1.1 Descripción de las variables del Modelo Conceptual en la Muestra (N=112).....	77
F2. E2.1. 1.a Descripción sociodemográfica de la muestra (N=112).	77
F2. E2.1.1. b Diagnóstico principal y tratamiento	79
F2. E2.1.1. cDistribución de las variables del Modelo Conceptual en la Muestra	79
F2. E2.1.2 Comparación de la presencia de maltrato a sus hijos/as en mujeres, según tipo de diagnóstico	85
F2. E2.1.3 Comparación entre las dimensiones del TEPTC con la presencia de maltrato a sus hijos/as.	85
12. RESULTADOS DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	89
F2. E2.1.4 Comparación de Antecedentes de maltrato en la infancia de las mujeres sin TEPTC y el tipo de maltrato ejercido a sus hijos/as, mujeres sin TEPTC y el tipo de maltrato ejercido a sus hijos/as	89
F2. E2.1.4 Comparación de Antecedentes de maltrato en la infancia de las mujeres con TEPTC y el tipo de maltrato ejercido a sus hijos/as.	93
13. DISCUSION	98

15.	BIBLIOGRAFIA	113
16.	ANEXOS (fase 1)	133
	Anexo 1(fase1) Traducción-Retraducción	133
	Anexo 2 (fase 1) Traducción- retraducción del CIT.	134
	Anexo 3 (fase 1) Proyecto aprobado por el Comité de Ética.....	135
	Anexo 4 (fase 1) Consentimiento informado para la evaluación cognitiva.....	136
	Anexo 5 (fase1) Formato Evaluación cognitiva (CIT)	139
17.	ANEXOS (fase 2)	147
	Anexo 6 (fase 2) Consentimiento informado del Proyecto.....	147
	Anexo 7 (fase 2) Cuestionario	150

RESUMEN

Los eventos vitales negativos son un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental tales como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). Este último se caracteriza por perturbaciones en la autoorganización (PAO), consistentes en distorsiones en la autopercepción o ideas alteradas de la realidad que resultan en un autoconcepto negativo y confusión emocional; desregulación emocional, expresada como una forma de descontrol de las emociones; y dificultades en las relaciones interpersonales, particularmente por desapego emocional.

Debido a que la exposición a eventos traumáticos frecuentes y crónicos en la infancia se asocia con la presencia del TEPTC, es factible que quienes ejercen labores de crianza tengan una mayor probabilidad de continuar reproduciendo comportamientos de abuso y negligencia infantil en las siguientes generaciones.

Con base a lo anterior, esta tesis se centra en los siguientes objetivos: (1) Determinar las características psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT), el cual es un instrumento de tamizaje para detectar TEPTC y (2) Conocer si la historia de violencia en la infancia y las dimensiones de las PAO que configuran el TEPTC se relacionan o influyen en el ejercicio de maltrato a los hijos e/o hijas en mujeres adultas diagnosticadas con al menos un trastorno psiquiátrico.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo transversal. Participaron 112 mujeres, mayores de 18 años, con un diagnóstico psiquiátrico y con hijos/as. El estudio se llevó a cabo en la Clínica de Género y Sexualidad de un hospital psiquiátrico de tercer nivel de la CDMX. La información se obtuvo por medio de un cuestionario estructurado.

Los resultados de mayor relevancia señalan la validez y confiabilidad del CIT, pues mostró puntajes adecuados a nivel global, y también al distinguir entre TEPT y TEPTC, destacando en particular la relevancia del deterioro funcional para el TEPTC. En cuanto a la relación entre experiencias de violencia

en la infancia, TEPTC y ejercicio de maltrato hacia los/as hijos/as, destaca que las mujeres con TEPTC reportan más maltrato leve crónico de sus madres, más maltrato psicológico y físico por parte del padre y más abuso sexual. Las mujeres con TEPTC que más sufrieron agresión psicológica y física por parte del padre agredían mayormente de forma física a sus hijos/as; las que recibieron maltrato psicológico y físico de mamá, ejercían mayor maltrato emocional. Las mujeres con TEPTC con mayor desregulación emocional además de tener un mayor autoconcepto negativo, ejercieron más maltrato físico y por frustración a sus hijos/as.

Se puede concluir que, para esta población, los antecedentes de violencia en la infancia y la presencia de las PAO del TEPTC -autoconcepto negativo, desregulación afectiva y perturbación en la relación con otros- influyen sobre la transmisión intergeneracional de la violencia hacia sus hijos/as. Sin embargo, se requieren estudios con muestras más amplias y con diseños longitudinales para confirmar este hallazgo.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de estrés postraumático complejo, Transmisión intergeneracional de maltrato.

ABSTRACT

Negative life events are a risk factor for the development of mental health problems such as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD). The latter is characterized by disturbances in self-organization (DSO), consisting of distortions in self-perception or altered ideas of reality that result in a negative self-concept and emotional confusion; emotional dysregulation, expressed as a form of lack of control of emotions; and difficulties in interpersonal relationships, particularly due to emotional detachment.

Because exposure to frequent and chronic traumatic events in childhood is associated with the presence of CPTSD, it is possible that those who work as parents have a greater probability of continuing to reproduce behaviors of child abuse and neglect in the following generations.

Based on the above, this thesis focuses on the following objectives: (1) To determine the psychometric characteristics of the International Trauma Questionnaire (ITQ), which is a screening instrument to detect CPTSD and (2) To know if the history of Violence in childhood and the dimensions of the DSO that make up the CPTSD are related to or influence the exercise of abuse of sons and/or daughters in adult women diagnosed with at least one psychiatric disorder.

A retrospective cross-sectional study was carried out. 112 women participated, older than 18 years, with a psychiatric diagnosis and with children. The study was carried out in the Gender and Sexuality Clinic of a tertiary psychiatric hospital in CDMX. The information was obtained through a structured questionnaire.

The most relevant results point to the validity and reliability of the ITQ, since it showed adequate scores at a global level, and also when distinguishing between PTSD and CPTSD, highlighting in particular the relevance of functional impairment for CPTSD. According the relationship between

experiences of violence in childhood, CPTSD and abuse of children, it is worth noting that women with CPTSD report more mild chronic abuse from their mothers, more psychological and physical abuse from their fathers and more sexual abuse. The women with CPTSD who suffered the most psychological and physical aggression from their fathers mostly physically assaulted their children; those who received psychological and physical abuse from mother, exerted greater emotional abuse. Women with CPTSD with greater emotional dysregulation, in addition to having a greater negative self-concept, exercised more physical and frustrated abuse of their children.

It can be concluded that, for this population, the history of violence in childhood and the presence of the DSO of the CPTSD -negative self-concept, affective dysregulation and disturbance in the relationship with others- influence the intergenerational transmission of violence towards their children/ ace. However, studies with larger samples and longitudinal designs are required to confirm this finding.

KEY WORDS: Post-traumatic stress disorder, Complex post-traumatic stress disorder, Intergenerational transmission of abuse.

1. INTRODUCCIÓN

Haber experimentado violencia en la infancia puede asociarse con efectos muy graves que llegan a afectar la formación de la personalidad, la estabilidad emocional y las relaciones familiares y sociales aumentando el riesgo de ejercer violencia contra los/as hijos/as. Lünemann et al. (2019) han calculado que entre 8 a 40% de las personas que sufrieron abusos físicos, sexuales o negligencia en esa etapa de la vida, reproducirán alguna forma de maltrato hacia su prole. Por ello, es necesario extender el conocimiento sobre los mecanismos que pueden explicar esta transferencia de violencia y negligencia. Existen muchas interrogantes acerca de por qué algunas personas que recibieron malos tratos por parte de sus padres, cuando llegan a la adultez manifiestan comportamientos similares con sus propios hijos, mientras que otros no los repiten. Se ha conceptualizado como “transmisión intergeneracional del maltrato” al fenómeno que abarca la repetición en la adultez de la violencia recibida en la infancia sobre niños y niñas, existiendo a la fecha diversos modelos teóricos que tratan de explicarlo.

Esta transmisión de la violencia es una de las manifestaciones más frecuentes y silenciadas socialmente, existiendo un alto subregistro de datos, pues muchos casos no se reportan. Asimismo, los estudios sobre el fenómeno suelen mostrar diferencias importantes respecto a las definiciones de maltrato, y muchas de las conductas violentas que algunas familias ejercen hacia los hijos, son normalizadas (Carrillo-Urrego, 2018). De hecho, los hijos suelen asumir que ellos son los culpables de la violencia que padecen, especialmente de la física (Sánchez et al., 2018).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia informa que en el mundo aproximadamente seis de cada diez niños (casi mil millones de entre 2 y 14 años) están expuestos a castigos corporales, e incluso proporciones más altas, (aproximadamente siete de cada diez) sufren de abuso psicológico. La violencia

contra niños y adolescentes frecuentemente es efectuada por personas cercanas -padres o cuidadores- a cargo de su protección (Ferreira et al., 2017).

Diversos integrantes de la familia pueden ejercer maltrato hacia los niños, pero es de interés para este trabajo el que realiza la madre, considerando que existen construcciones sociales que satisfacen las necesidades de una sociedad patriarcal que privilegia a la maternidad como el “estado ideal” de las mujeres para controlarlas, restringirlas y aislarlas dentro de sus hogares (Peled y Barak, 2011), lugar donde se reafirman o desafían las relaciones de poder. Se puede alentar a los niños a volverse agresivos y dominantes y a las niñas a ser pasivas, complacientes y prestadoras de cuidados. Estos estereotipos basados en el género respaldan el empleo de la violencia y la coacción que perpetúan las desigualdades de género (Pinherio, 2006), ya que a la madre se le exige más, considerándosele “mala madre” si no cumple la función materna como se espera que lo haga. A su vez, el uso de estas etiquetas puede incitar la separación entre madres e hijos bajo el supuesto de que el contacto de este tipo de madre “inapropiada” con el niño o niña, es perjudicial. Si la madre es violenta con sus hijos o si comete un delito se le estigmatiza y criminaliza mucho más. En este sentido, los estereotipos de género conllevan que las conductas de extrema violencia sean vistas como más aberrantes en la mujer, lo cual provoca que el repudio social sea mayor y las sanciones que recibe sean implacables (Azaola, 2002). Si cometen alguna violencia grave, y peor aún, si cometen un asesinato, el manejo mediático las convierte en monstruos. Por todo lo anterior, no es sorprendente que gran parte de la atención, incluso académica, se haya centrado en ver a estas madres exclusivamente como perpetradoras de violencia, sin poner tanta atención a su historia de victimización, sin que por supuesto esto las despoje de la responsabilidad de estos actos.

Ahora bien, la literatura existente ha documentado una asociación entre trastornos psiquiátricos y el ejercicio de maltrato o negligencia infantil (Kagawuchi et al., 2020; Kohl et al., 2011; Laporte et al., 2018; O'Donnell et al., 2015; Verrocchio et al., 2013). Sin embargo, hay que tener cuidado en no estigmatizar a

las madres con estos problemas de salud mental, pues el efecto de estos problemas en la crianza y seguridad de los hijos puede ser muy variable, considerando la gravedad de los síntomas y el tipo de trastorno. La depresión y la esquizofrenia son el foco de la mayoría de las investigaciones en esta área (Choi et al., 2019; Taylor et al., 2021;) mientras que los trastornos de la personalidad y la ansiedad han tenido una atención limitada (Kohl et al., 2011). En fechas recientes uno de los trastornos más estudiados ha sido el trastorno límite de la personalidad (Laporte et al., 2018; Kagawuchi et al., 2020), encontrándose una alta probabilidad de ejercicio de violencia y negligencia durante la crianza.

Cabe señalar que los hijos de madres con enfermedades mentales, independientemente del diagnóstico, corren mayor riesgo de ser colocados en hogares sustitutos (Laporte et al., 20218; Whitten et al., 2021). Al respecto Hammond et al., (2017) asociaron los registros vitales para la cohorte de nacimientos de California en 2006 con el alta hospitalaria y los registros de los Servicios de Protección Infantil (SPI). Los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-CM) se utilizaron para determinar los trastornos de salud mental maternos diagnosticados para 551,232 bebés nacidos en dicho año. Después de controlar los factores sociodemográficos, la tasa de reportes a SPI para los bebés nacidos de madres con un trastorno de salud mental pero sin trastorno por uso de sustancias fue 2,6 veces mayor que la de los bebés nacidos de madres sin un este tipo de trastorno. Entre los bebés nacidos de madres con trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias, la tasa de informes de SPI durante la infancia fue 5,69 veces mayor que la de los bebés nacidos de madres sin un trastorno

Uno de los factores asociados con el desarrollo de problemas de salud mental es precisamente la historia de maltrato en la infancia, situación que dificulta el cuidado de estas mujeres hacia sus hijos, lo que conlleva el riesgo de continuar reproduciendo el abuso y la negligencia infantiles en las siguientes generaciones (Kuluk et al., 2021; Laporte et al., 2018). Bartlett y colaboradores (2017) llevaron a cabo un

estudio con madres adolescentes y sus hijos/as (n= 417), encontrando que las que no tenían o tenían cuando mucho un informe de antecedentes de maltrato infantil, presentaban probabilidades considerablemente menores de tratar en forma indebida a sus hijos en comparación con aquellas con un historial de maltrato múltiple (negligencia, abuso físico, sexual o abandono). Las madres que habían experimentado más maltratos en la infancia, presentaron un riesgo 300% mayor de ejercer maltrato infantil.

Por otra parte, el maltrato se ha estudiado desde la perspectiva orgánica. Van der Kolk (2003) menciona que los teóricos han propuesto cuatro períodos críticos de cambios estructurales en el desarrollo del cerebro: en la infancia temprana (15 meses-4 años), infancia tardía (6-10 años), pubertad y mediados de la adolescencia. Estas etapas en el crecimiento cerebral y la reorganización cortical están relacionadas con cambios en el desarrollo cognitivo y la función emocional. La exposición temprana y prolongada a elevadas cantidades de estrés reprograma la respuesta de alarma ante el peligro, haciéndola más excesiva y desajustada; y esto, a su vez, produce cambios estructurales en el desarrollo del cerebro, alterando las trayectorias evolutivas (Baita, 2012). Estas alteraciones pueden llegar a afectar la adquisición de capacidades importantes necesarias para el desarrollo físico, emocional y cognitivo en la edad adulta (Ipas, 2018). De ahí la importancia de abordar los efectos del maltrato infantil, los cuales pueden llegar a desencadenar algún tipo de trastorno psiquiátrico (Copeland et al., 2018).

La exposición a eventos traumáticos múltiples y crónicos durante la infancia se asocia con una tasa elevada de trastornos psiquiátricos, y en particular con la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) derivado mayoritariamente de eventos únicos, sorpresivos e inesperados (o tipo I según la clasificación de Terr, 2003). Ahora bien, en vista de que muchas formas de maltrato infantil son crónicas y repetidas, puede hablarse de eventos tipo II (tal y como lo plantea la autora mencionada), los cuales tienen mayor probabilidad de vincularse con la sintomatología del denominado Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) (Pelcovitz, Van der Kolk y Mandel 1997. Estos últimos

acontecimientos sobrepasan con frecuencia la capacidad de respuesta de una persona, la que se puede sentir incapaz de adaptarse al nuevo acontecimiento violento, llevándole a perder la esperanza en el futuro (Echeburúa, 2002).

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11 (CIE-11) incluye además del TEPT al TEPTC (Cloitre, Garvert y Bryant, 2014), lo que no ocurre con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5 (DSM 5, 2013). En este último se hicieron algunas modificaciones en el propio TEPT para una mejor diferenciación de los síntomas clave, y de tres se aumentó a cuatro indicadores, especialmente para la respuesta emocional y distorsiones cognitivas.

La CIE-11 clasifica el TEPTC con el código 6B41 del apartado de Desórdenes Específicamente Asociados con el Estrés, y lo describe como un trastorno que puede surgir después de la exposición a eventos en extremo amenazantes u horribles, la mayoría de las veces de larga duración y/o crónicos y de los que prácticamente es imposible escapar (por ejemplo: abuso sexual o físico repetido en la niñez, esclavitud, tortura, violencia doméstica prolongada, campañas de genocidio, etc.). Se configura por tres grandes dimensiones que representan conjuntamente lo que también se ha denominado "Perturbaciones en la autoorganización" (PAO):

- Distorsiones en la autopercepción o ideas alteradas de la realidad que resultan en un autoconcepto negativo y confusión emocional (Pereda, Gallardo y Jiménez, 2011).
- Desregulación emocional que se expresa como una forma de descontrol que hace que las emociones se manifiesten en forma rápida e intensa, bloqueando la capacidad de razonamiento o afrontamiento de la situación (Bradley et al., 2011), y bajo un umbral que conlleva un retorno lento a la línea de base.
- Dificultades de relación, entendidas como problemas en las relaciones interpersonales particularmente por desapego emocional (Ford & Courtois, 2021).

La presente tesis analiza si estas dimensiones se relacionan con la historia de maltrato infantil y el ejercicio de la violencia contra los/as hijos/as de mujeres diagnosticadas con al menos un trastorno mental. Se parte del supuesto de que las mujeres que han experimentado maltrato infantil y/o reporten al menos un síntoma en las tres dimensiones de TEPT complejo, serán las que, a su vez, han ejercido algún tipo de maltrato hacia su progenie.

En esta tesis el primer capítulo presenta la introducción al tema, el segundo capítulo aborda la transmisión intergeneracional del maltrato y sus diferentes posturas. En el capítulo tres se presenta un panorama general del maltrato, se explican sus consecuencias y los principales perpetradores, y se continúa con la relevancia de la maternidad en la vida de las mujeres. El capítulo cinco nos muestra las consecuencias del maltrato infantil en la adultez y los tipos de trauma y eventos que lo agravan, describiendo las características del TEPT y del TEPT Complejo con sus tres dimensiones como propuesta explicativa de la violencia intergeneracional y la posible causa del maltrato en la generación descendiente. Por último, se describe el Método, las Consideraciones Éticas y el Análisis de la Información y resultados.

2. TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO INFANTIL

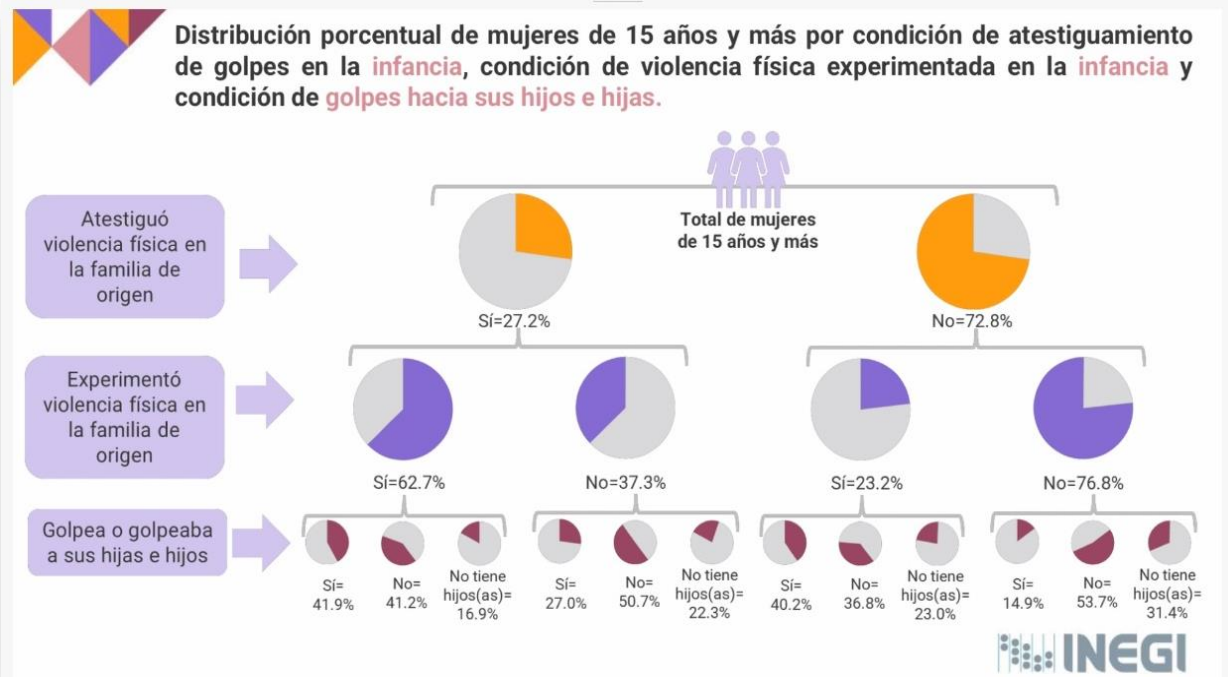
2.1 Conceptualización

La violencia intergeneracional entendida como el maltrato contra los hijos/as que se reproduce en personas que ellas mismas han sido víctimas de maltrato en la infancia, no necesariamente ocurre de manera consciente. Desafortunadamente suele ser un problema normalizado y, por ende, poco estudiado. Lev-Wiesel (2006) define esta transmisión intergeneracional como un proceso a través del cual la probabilidad de que las actitudes y los comportamientos disfuncionales que se practican en las generaciones anteriores, intencionalmente o no, ejerzan una influencia psicológica en la crianza de la próxima generación.

Investigaciones sobre la teoría de la transmisión de la violencia demuestran que existe una relación entre la experiencia de violencia sufrida por las figuras paternas y el ejercicio del maltrato infantil, aunque como veremos, no es una relación causal ni determinista, puesto que existen personas que recibieron maltrato y no han reproducido esta violencia hacia sus hijos e hijas. Esta reacción es multifacética y se basa en diversos factores que incluyen, entre otros: la salud psicológica de los padres, la relación con el hijo/a, las fuentes de apoyo y las propias experiencias de ser padre/madre (Hernando y Giraldo, 2010).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares realizada en el 2021 (ver Gráfica 1) reporta que independientemente de si las mujeres fueron testigos o no de violencia física en la familia de origen, aquellas que experimentaron violencia física reportaron que entre 40 y 42% golpeaban o habían golpeado a sus hijos/as, en comparación con quienes no la experimentaron, pues solamente 15% de las que no fueron testigos y 27% de las que sí lo fueron, reportaron golpear a sus hijos/as.

Gráfica 1.



Nota: Gráfica tomada de la presentación ejecutiva de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021).

Lünnemann et al. (2019) argumentan que los adultos que experimentan síntomas de trauma debido a experiencias negativas de crianza durante su niñez, pueden convertirse tanto en víctimas como en perpetradores de comportamientos violentos. Las niñas que crecen en hogares violentos tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas postraumáticos de larga duración que posteriormente pueden llegar a afectar la vida de sus progenie; y a su vez, los hijos/as de madres con síntomas de trauma infantil tienen siete veces más probabilidades de desarrollar síntomas de trauma, en comparación con los hijos/as de madres que no experimentan dicha sintomatología por violencia infantil.

En un estudio cualitativo realizado en una clínica de atención a problemas psiquiátricos en un hospital del tercer nivel de atención en la Ciudad de México (Valdovinos y Ramos, 2020) se entrevistaron a seis mujeres víctimas de abuso sexual infantil con síntomas del TEPTC, identificando en todas ellas que una de las quejas recurrentes eran las dificultades que tuvieron en la crianza de sus hijos/as, manifestando algunas de ellas franco maltrato.

3. MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias a corto, mediano y a largo plazo. A pesar de las encuestas nacionales recientes en varios países de ingresos bajos y medianos, faltan todavía datos fidedignos acerca de la situación actual. Estas cifras o estimaciones dependen de muchas circunstancias, por ejemplo: el cómo se define el maltrato infantil en cada país, las dificultades para reportarlo, el tipo de encuestas que se realizan para medirlo, la forma de medición, el método de investigación utilizado, las denuncias registradas en las estadísticas oficiales, etc.

Los niños de tres años o menos son quienes tienen las tasas más altas de maltrato -9.2 por cada 1,000 niños-. Sin embargo, en los servicios de protección infantil en los Estados Unidos estimaron en el 2015 una cifra de 683,000 niños confirmados como maltratados. Cabe señalar que a esta estadística se le conoce como “recuento único”, en el cual un niño se cuenta sólo una vez, independientemente de la cantidad de veces que el niño sea victimizado (Chiesa y Sirotnak, 2015).

Asimismo, la OMS (2016) reporta que una cuarta parte de todos los adultos manifestaron haber sufrido maltratos físicos de niños. En tanto que una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

En un estudio llevado a cabo en Australia en 2018, Stewart y colaboradores mencionan que el maltrato infantil aumentó en la mayoría de sus jurisdicciones, pasando de 6.2 por 1000 niños en 2010/2011 a 8.0 por 1000 niños en 2014/2015 (es decir, de 31,527 a 42,457 procesos de juicios). Asimismo, refieren que este incremento puede no necesariamente reflejar un aumento real en el número de niños maltratados y

más bien responder a múltiples factores como cambios en la estructura de los informes, una mayor conciencia de la comunidad sobre el maltrato infantil, o una mejor identificación de éste.

3.1 Definición de maltrato infantil y los tipos de maltrato: Físico, Emocional, Negligencia y Sexual.

Unos de los pioneros en el estudio del fenómeno del maltrato en la década de los 60 fueron Kempe y colaboradores (1962), quienes consideraron que el maltrato era el uso de la fuerza física en forma intencional y no accidental dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño/a, ejercido por parte del padre u otra persona encargada del cuidado del menor (Ramírez, 2006). En la definición de la Real Academia de Medicina (Galdó, 2003) se amplía un poco más la definición, indicando que el maltrato es la acción o la omisión intencionada llevada a cabo por una persona o grupo de personas, la familia o la sociedad, que afecta de manera negativa a la salud física o mental de un niño/a. Puede incluir desde agresiones físicas, más o menos graves, que pueden llegar a producir el fallecimiento del menor, pasando por abusos sexuales de diversa índole, hasta las que pueden considerarse como de naturaleza psíquica o psicosocial: inducción a la prostitución o a la drogodependencia, utilización del niño/a para la mendicidad, el trabajo o la guerra, prácticas dañinas culturalmente aceptadas, abandono, vejaciones, insultos, etc. De un modo muy general, el maltrato puede dividirse en dos grandes grupos: a) maltrato por acción, que comprende el maltrato físico, el maltrato psíquico o emocional y el abuso sexual, y b) maltrato por omisión, que incluye la negligencia o abandono físico, afectivo o educativo.

La presente tesis define el maltrato como: Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, al desarrollo y/o a la dignidad del niño/a o adolescente, y/o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2016).

3.2 Prevalencia de maltrato infantil en México y principales perpetradores

En México, el maltrato infantil es la causa por la que mueren el 5.11% de niñas y adolescentes entre 5 a 14 años, y la razón por la que pierden el 1.9% del total de años de vida saludable, según la *Global Burden of Disease* (GBD, 2017). Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM, 2009), identificó un 13.3% de abuso sexual en la infancia, siendo el principal agresor un hombre de la familia diferente del padre o padrastro (45.9%). Por el contrario, Crail (2019) reportó que entre el 2012 y 2017 fueron asesinados casi 2 mil 600 menores de 15 años, de los cuales el 42% fue a manos de algún familiar en sus hogares o por maltrato, siendo los principales agresores los padres, padrastros y madres.

Otra investigación sobre violencia y maltrato a menores en México (Diputados, 2005) menciona que en un importante número de casos registrados en nuestro país, los perpetradores de violencia física o los que demuestran indiferencia y descuido hacia sus hijos (negligencia) fueron los progenitores, y se ha planteado que es muy probable que en su infancia también hayan sido maltratados, por lo cual reproducen consciente o inconscientemente el abuso físico y emocional al que fueron sometidos. Debido a esto, no muestran remordimiento ya que creen que el castigo físico es un medio eficaz y válido para educar, sin reconocer si tienen dificultades para controlar sus impulsos agresivos.

A propósito del término de “perpetrador” Stewart et al. (2018) indican que podría intercambiarse fácilmente con el de “padres vulnerables a maltratar” o por el término de “maltratadores”, aunque cualquiera de las opciones está limitada por la realidad de que gran parte del maltrato se caracteriza por omisiones de los padres en lugar de comisiones; y “riesgo de daño” a un niño/a en lugar de “daño real”, y esto ocasiona un déficit en la información sobre los perpetradores ya que con frecuencia no se recopila ni se reporta de manera rutinaria, sino que la mayor parte de las veces es a través de informes de institutos de protección infantil.

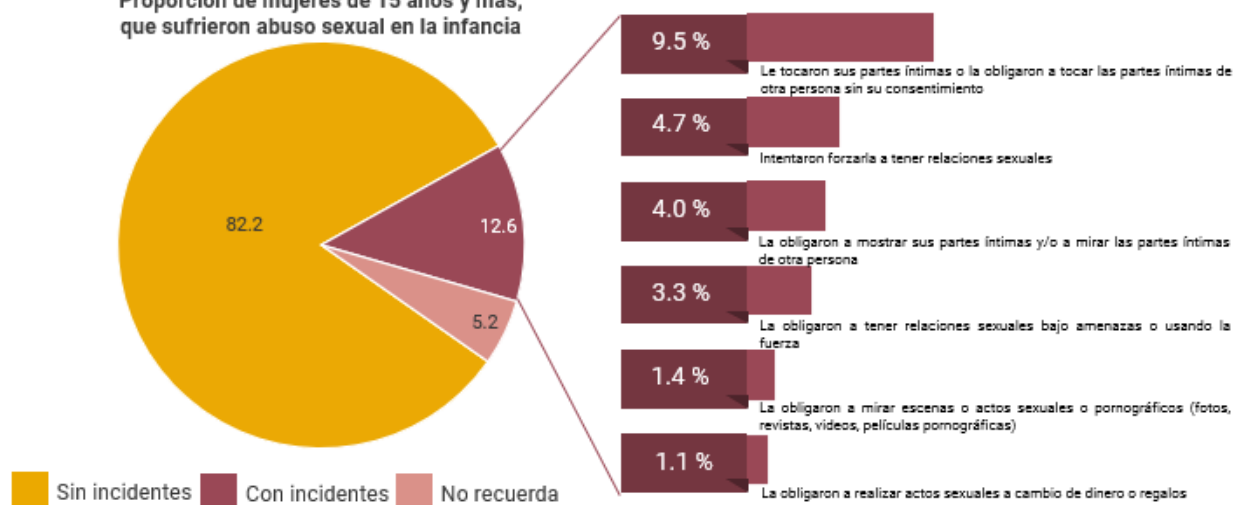
En otro estudio Villatoro y colaboradores en 2006 analizaron cuatro Estados de la República Mexicana (Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán) para identificar los predictores y consecuencias del maltrato infantil en una muestra de adolescentes. Los resultados obtenidos mostraron que las madres son las que más maltratan a sus hijos/as, con predominio del maltrato psicológico. Baja California fue en donde se reportó mayor porcentaje en todos los tipos de maltrato; físico, emocional, negligencia abandono y abuso sexual, presentando, a su vez, una alta proporción de estrés postraumático; seguido por Tlaxcala por maltrato físico; en tanto que Sonora y Yucatán reportaron menores índices de maltrato.

En México, se calcula que el 94% de los delitos sexuales que se comenten anualmente no son denunciados, ya que son cometidos por agresores conocidos de las víctimas y son los que quedan en mayor impunidad debido a que, en la mayoría de las ocasiones, la víctima se encuentra más vulnerable por la relación de parentesco: 67% son familiares (padre, padrastro, tío, hermano, primo, abuelo u otro familiar) (Ipas, 2018). Asimismo, la (ENDIREH, 2016) informó que 6.4 millones de mujeres de 15 años o más sufrieron abuso sexual durante su infancia, dicha cifra de abusos esta descrita en la (Gráfica 2):

Gráfica 2. Porcentaje de mujeres de 15 años y más que vivieron abuso sexual en la infancia

6.4 millones de mujeres de 15 años y más sufrieron abuso sexual durante su infancia

Proporción de mujeres de 15 años y más, que sufrieron abuso sexual en la infancia



Nota: Tomada de la presentación ejecutiva, (ENDIREH, 2016)

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2009), el 63% de los niños y niñas de 1 a 14 años fueron sometidos al menos a una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta; mientras el 6% fueron sometidos a un castigo severo. La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas, lo que refleja que los cuidadores desean controlar la conducta de estos de cualquier forma. Además, el 53% de los niños y las niñas fueron sometidos a agresión psicológica y aproximadamente el 44% tuvo un castigo físico. Los niños varones fueron sometidos con mayor frecuencia a disciplina física (45%) que las niñas (42%). Las formas más severas de castigo físico fueron: golpearlo en la cabeza, las orejas o la cara, o golpearlo con fuerza y repetidamente; los niños se ven más afectados por las formas más severas de castigo físico con un 7%, en tanto que las niñas con un 5%.

4. RELEVANCIA DE LA MATERNIDAD PARA LA VIDA DE LAS MUJERES

4.1 La maternidad como imposición cultural / como rol idealizado en la vida de las mujeres

El movimiento feminista por la liberación de la mujer que se desarrolló en los años 70 mostró una realidad ocultada por siglos: la de la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y los niños/as en la ‘intimidad’ de su hogar. El silencio impuesto por el miedo y la vergüenza a expresar los maltratos vividos día con día sólo perpetuaban esta situación, dejando impune a los agresores/as (Van der Kolk, 2002).

Escritoras feministas liberales y radicales han revelado cómo las construcciones sociales de la “maternidad ideal” satisfacen las necesidades de una sociedad patriarcal excluyendo puntos de vista alternativos y sirven como un medio para controlar, restringir y aislar a las mujeres dentro de sus hogares. Hernando y Giraldo (2010) señalan que el vínculo materno-filial influye en la significación que la hija o el hijo tiene para la madre en cuanto a que las mujeres terminan probablemente convencidas de que la maternidad es algo que viene de afuera, que se impone y se vive como una obligación que hay que cumplir porque existe una expectativa social de que una mujer mostrará bondad hacia sus hijos/as, hasta el punto de estar dispuestas a sacrificar o a dar su vida por ellos/as, por lo que además no se espera jamás que haga daño a sus propios hijos/as (Lev-Wiesel, 2006). Y es que existe un vínculo que los hijos/as establecen con sus padres y madres desde el momento mismo del nacimiento que resulta definitivo para el desarrollo psicológico y el desempeño social y que cuando no se da conlleva un daño tanto de las aptitudes y habilidades subjetivas y socialización, como en el desarrollo de la vida emocional y psicológica (Hernando y Giraldo, 2010).

La OMS (2010) refiere la dificultad para determinar el origen de la violencia debido a la mezcla de factores biológicos, sociales, culturales y económicos, y es en estas interacciones en donde se puede ver cómo la violencia se inserta en un orden que regula y fortalece patrones de desigualdad en una estructura social que naturaliza la discriminación.

Pérez (2007) ha encontrado que las madres que ejercen maltrato a sus hijos/as fracasan en el dominio de sus impulsos, respondiendo de manera exagerada ante un conflicto con el niño/a, lo que puede relacionarse directamente con la desregulación emocional, ya que suelen mostrarse continuamente enojadas ante la frustración, o se pueden tornar iracundas, resentidas contra todos/as en general, buscando una persona con la cual desquitarse.

Asimismo algunas de las madres que agreden a sus hijos/as después de golpearlos no sienten culpa, ya que consideran estar en su derecho de educarlos así. Pueden tornarse irritables y presentar elevados niveles de ansiedad, son sensibles a la separación de los hijos/as, suelen ser intrusivas, no dan el tiempo necesario para que los niños/as procesen la solución a un problema, llevan prisa todo el tiempo y no saben para qué. Si un hijo/a quiere realizar libremente una actividad con la cual no están de acuerdo, frenan la actividad sin dialogar, proporcionan una retroalimentación negativa, aplican castigos súbitamente, sin esperar un tiempo para la reflexión, y es este vínculo que niños y niñas establecen con sus padres y madres desde el momento mismo del nacimiento el que es definitivo para su desarrollo psicológico, su desempeño social y su futura experiencia de parentalidad (Pérez, 2007). Así también, cuando las mujeres en su infancia fueron maltratadas o testigos del sufrimiento de una madre golpeada, aprenden el rol pasivo y el sometimiento, y/o a reproducir la violencia (Peled, 2011).

Las madres que han sufrido maltrato en la infancia, al no recibir los cuidados necesarios, en ocasiones tampoco son capaces de cuidar adecuadamente a sus hijos/as. Barudy (1999) señala que probablemente son las carencias y los maltratos experimentados por los progenitores los que les provoquen una alteración de su capacidad empática, la cual desorganiza los procesos de apego con sus hijos/as lo que se ve reflejado en que estas madres traducen mal las necesidades de sus niños/as porque sus propias necesidades no fueron adecuadamente satisfechas por sus cuidadoras/es. Así pues, hay evidencia considerable de que la calidad de la relación padre-madre/cuidador/a – hijo/a en los primeros años del niño/a tiene una importancia

fundamental, ya que impacta en su funcionamiento psicosocial tanto en la infancia como en la edad adulta (Briere y Rickards 2007).

Las construcciones sociales de la “buena madre” son abundantes, retratan a una mujer totalmente dedicada a sus hijos/as, con una capacidad instintiva y deseos de dar, cuidar y sacrificar lo que sea necesario para obtener el bienestar de éstos. Para ella, el nacimiento de un hijo/a es la satisfacción suprema aun cuando no esté preparada para la maternidad, o no sea su deseo (Peled, 2011).

Esta problemática sigue vigente en la sociedad patriarcal actual y se manifiesta continuamente, en cualquier entorno en situaciones de control (Fernández, 2004). Es decir, la violencia de género es realizada sobre el cuerpo de las mujeres como manifestación de poder; esta multi-exposición revictimiza a las mujeres y las enfrenta a distintos tipos de violencia de manera crónica y simultánea (Ramos, 2015).

Al respecto, cabe señalar el estudio de Azaola (1997), quien comparó a hombres y mujeres sentenciados/as por homicidio en centros penitenciarios de la Ciudad de México con el objetivo de contrastar la tipología de los homicidios que con mayor frecuencia unos y otras. El total de hombres sentenciados por homicidio fue de 931, de los cuales tomó una muestra representativa del 43%, lo que equivalió a 400 hombres; y como el total de mujeres sentenciadas por homicidio fueron 50 incluyó a todas (100%). Al contrastar los tipos de homicidios, encontró que el principal motivo por el que mataron los hombres fue el demostrar superioridad frente a otros hombres desconocidos, a diferencia de las mujeres, en las que el homicidio fue el desenlace de múltiples violencias dirigidas hacia los/as hijos/as. El rasgo que parece distinguir a este conjunto de niños/as es que, en su mayoría, sus vidas fueron una réplica de la historia de sus madres.

Azaola (1997) describe que se trata de mujeres que llegaron a ser madres sin haber tenido la oportunidad de haber sido hijas; es decir, sin haber recibido protección y cuidado de sus padres/madres.

Mujeres que, desde pequeñas, fueron abandonadas en manos de familiares o de desconocidos, que fueron violadas, también por familiares o desconocidos, sin que nadie les brindara apoyo, calor, ni protección. Mujeres que vivieron en condiciones de privación extrema, a las que se les despojó de todo bien humano y material, que siempre vivieron en la pobreza. Mujeres que una y otra vez sufrieron golpes, padecieron rechazos y humillaciones, que a temprana edad fueron expulsadas de sus casas, cuyo maltrato se prolonga sobre los hijos/as, y que ésta es sólo una muy pequeña muestra. El nombre del libro de Azaola se llama “El delito de ser mujer” porque, además de todas las violencias experimentadas en sus vidas, estas mujeres habían recibido una sentencia 25% mayor que los hombres por el mismo delito; es decir, el promedio de años de sentencia en las mujeres fue de 24 años, mientras que el promedio en las sentencias de los hombres fue de 18 (Azaola, 1997).

4.2 La carga de responsabilidad en la crianza de los hijos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace más de dos décadas señaló que las mujeres tienen más riesgo de desarrollar problemas de salud mental que los varones debido a situaciones de vida relacionadas con el género (OMS, 2002). Esta sobrecarga está relacionada con las expectativas, tareas y roles esperados. Y es que a las mujeres se les ha asignado y han asumido el rol de cuidadoras, protectoras, reproductoras y educadoras en diversas culturas, además de que muchas veces tienen que ser también las proveedoras y salir a trabajar.

Además, si partimos de que con elevada frecuencia las mujeres sufren abuso físico, negligencia emocional y sexual durante la infancia y la adolescencia, además de tener un nivel socioeconómico más bajo, un empleo mal y/o menos remunerado, y desempeñar un papel ocupacional estereotipado femenino, todos estos factores las colocan en desventaja para tomar decisiones sobre cuestiones importantes y estratégicas en su vida y las expone con mayor frecuencia, intensidad y cronicidad a la violencia y su perpetración. Estas cuestiones no hacen sino limitar la capacidad de las mujeres para controlar su propia

vida (OMS, 2002).

Además de que todo esto puede interferir con el desarrollo de un vínculo seguro dentro del sistema de cuidado madre-hijo/a. Al respecto, Hernando y Giraldo (2010) señalan que el vínculo paterno-filial o materno-filial es de vital importancia, ya que las personas que vivieron violencia grave en la infancia, cuando son adultas pueden llevar a cabo actos violentos desencadenados a partir de alguna situación que los desregule o no sepan controlar (cadena vincular generacional); en particular, pareciera ser que las madres dirigen hacia sus propios hijos e hijas sus frustraciones, su agresividad y su angustia paradójicamente por ser la maternidad uno de los papeles de género más valorados (Cloitre et al., 2002).

Sin dudas, se necesitan más estudios para evaluar orientaciones y diseñar intervenciones destinadas a evitar y prevenir la violencia; es decir, incluir tanto a las víctimas como a los/as perpetradores, ya que quien haya sufrido abuso infantil puede llegar a tener totalmente distorsionados los conceptos con respecto al amor o a la intimidad y reproducir a su vez la violencia que vivió (Santohsh, 2016).

Lev-Wiesel (2006) refiere que son las figuras parentales las que son fundamentales para la formación y consolidación de la identidad y desarrollo del niño/a, así como del desarrollo de la propia capacidad del niño/a para poder llegar a funcionar en la edad adulta como un padre o madre adecuados; es decir, a la capacidad de poder establecer una relación no coercitiva con el niño/a, así como con la capacidad de aceptar las diferencias y los derechos del hijo/a. Y es que las figuras parentales son internalizadas por los hijos/as desde una edad muy temprana a través de los procesos de identificación.

5. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL EN LA ADULTEZ

5.1 Teoría del Trauma

El enfoque teórico de abordaje de este trabajo es la teoría sobre el trauma, particularmente la que conlleva consecuencias emocionales más graves, dado el efecto de las distintas experiencias de vulneración acumulativas. Van der Kolk (2003) considera que dichas consecuencias deben ser reconocidas como parte de un espectro de problemas relacionados con el trauma experimentado por las víctimas, los cuales se producen en función del momento de desarrollo en que se produjo el trauma, la relación entre la víctima y el agresor, la duración de la experiencia traumática y la disponibilidad de apoyo social, entre otros factores.

Por consiguiente, se ha planteado que la exposición a una variedad de traumas, especialmente en la infancia, conduce a un complejo grupo de síntomas que constituye el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC), así como un grupo limitado pero diverso de síntomas entre los que resaltan las alteraciones autorreguladoras, las distorsiones cognitivas y la dificultad para relacionarse. La relación entre la exposición a eventos traumáticos puede afectar una serie de factores psicológicos, sociales e interpersonales (Murphy, Elklit, Hyland y Shevlin, 2016). Estos eventos se traducen en diversas perturbaciones en la autoorganización (PAO), manifestadas en el temor a la cercanía de las personas, la desregulación emocional ya sea en forma de sobrerregulación o de subregulación, y las alteraciones de la identidad en forma de disociación y/o un autoconcepto negativo (Van Dijke, Hopman y Ford, 2018)

Hablar de trauma complejo es referirse al trastorno que se produce debido a la acumulación de eventos traumáticos crónicos; sin embargo, no todas las personas que han sufrido múltiples traumas desarrollan un trauma complejo. Cuando esto sí ocurre, el organismo sufre repercusiones a corto, medio y largo plazo en su sistema neurobiológico. Estudios recientes muestran consecuencias a nivel neurobiológico del

maltrato físico y del abuso sexual infantil que comprometen el desarrollo cerebral y el sistema nervioso central (Van der Kolk, 2003; Nemeroff, 2016; Mahajan, 2018; Terock et al., 2022).

Si bien se necesitan muchos más estudios bien controlados, es probable que ciertos sistemas de catecolaminas del tronco cerebral (locus cerúleo noradrenérgico), áreas límbicas (la amígdala), neuroendócrinas (el eje hipotalámico-pituitario-adrenal) y sistemas corticales implicados en la regulación de la tensión y la excitación se alteren en los niños/as traumatizados (Perry, 2014).

La amígdala está involucrada en los recuerdos emocionales que se producen en respuesta a sensaciones, sonidos e imágenes particulares que han sido relacionadas con el riesgo para la vida o con situaciones peligrosas relacionadas con la capacidad de respuesta al estrés. Estas interpretaciones emocionales se considera que son “indelebles”; es decir, muy difíciles de extinguir debido a que una vez que la amígdala ha sido condicionada a considerar determinados sonidos, olores, sensaciones corporales, etc. como peligrosas, es probable que el cuerpo reaccione frente a estos estímulos como disparador del retorno del trauma. Van der Kolk (2002) ha señalado que algunas de esas reacciones son manifestadas en el cuerpo como: dolores de cabeza por tensión, trastornos gastrointestinales, dolor abdominal, de espalda o pélvico, sensaciones somáticas, temblores, sensaciones de asfixio o náuseas y/o disfunciones en la memoria: conciencia, emociones, pensamiento (Ramírez, 2006).

Asimismo, Nemeroff (2016) indica que el hipocampo ha sido el foco principal de varios estudios de resonancia magnética estructural por varias razones: informes de reducción del volumen en esta área en pacientes con depresión mayor, TEPT y otros trastornos psiquiátricos. El trastorno, así como por su papel en la cognición, es un área frecuentemente reportada como afectada con el aumento en el volumen de la amígdala asociada a la sobreactividad y a la conectividad alterada; así como el maltrato infantil se relaciona con cambios marcados en la arquitectura de la red cortical en adultos jóvenes y con efectos

notables en el cíngulo anterior, izquierdo, occipital derecho y en el frente medial derecho del giro frontal que tienen relación con: la autorregulación, la intencionalidad y la autoconciencia.

Al respecto Van der Kolk (2003) refiere que el trauma afecta a los/as niños/as dependiendo de la etapa del desarrollo en que acontece el trauma, ya que la amígdala comienza a funcionar casi inmediatamente después del nacimiento, y es por eso que los niños pueden rápidamente experimentar miedo y evaluar el peligro; en tanto que el hipocampo, el cual es necesario para poner el peligro en un contexto espacial, madura gradualmente durante los primeros cinco años de vida, lo que provoca que los niños/as adquieran lentamente la capacidad para identificar y organizar la naturaleza de la amenaza, la cual está relacionada con estructuras corticales que provocan cambios en el desarrollo cognitivo y función emocional.

La investigación actual es la que ha comenzado a aclarar la fisiopatología subyacente de las dificultades con la cognición, control de impulsos, agresión y regulación emocional, particularmente observadas en niños/as severamente traumatizados, y es precisamente en este sentido en donde el abuso temprano y la negligencia afectan significativamente a los niños/as haciéndolos más vulnerables. Justamente, el trauma es definido en función de los acontecimientos en los que, ante la exposición a la muerte o peligro de daño grave, las defensas personales se ven quebrantadas y se colapsa transitoriamente la estructura psíquica; si este quebrantamiento perdura, puede configurarse un trastorno postraumático. Un trauma supone un mayor malestar y sufrimiento si ocurre por causa humana, de manera brusca e inesperada, y si tiene consecuencias dramáticas. Este tipo de acontecimientos sobrepasan con frecuencia la capacidad de respuesta de una persona, por lo que puede sentirse incapaz de adaptarse al nuevo acontecimiento y perder la esperanza en el futuro (Echeburúa, 2004).

Al respecto, es importante señalar lo que menciona Judith Herman sobre el trauma complejo:

“las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresiva e insidiosa que invade y erosiona la personalidad... No resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifique todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático” (Herman, 2004, p.144).

Además, estudios recientes revelan que este tipo de efectos pueden surgir durante la edad adulta siendo llamados ‘efectos durmientes’ (*sleeper effects*) que ocurren cuando las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales (Cantón-Cortés, 2015), así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los hombres, tienden a volcarla al exterior en forma de violencia; y en el de las mujeres, suelen canalizarla en forma de conductas autodestructivas).

5.2 Tipos de trauma (tipo I eventos agudos y tipo II eventos crónicos)

Desde hace más de 20 años se ha descrito al trauma psíquico tomando en cuenta elementos de las experiencias que viven las personas y que son descritas como una pérdida del sentido de la integridad de uno mismo, en el cual un evento impactante, cuyo recuerdo sea completo y detallado y que esté basado en el miedo fue descrito como trauma “tipo I”; mientras que una serie de eventos impactantes y de larga duración, provoca olvido de segmentos enteros de la vida, negación, entumecimiento emocional y rabia ha sido descrito como trauma “tipo II” (Terr, 1991).

Por su parte, Herman (1992) señaló que cuando los eventos y las circunstancias amenazan la vida o violaciones a la integridad corporal y provocan reacciones de miedo extremo, impotencia u horror se puede hablar de “trauma complejo”. El trauma complejo es definido como la exposición a factores estresantes traumáticos a una edad (por ejemplo, la primera infancia) o en un contexto (por ejemplo, tortura

prolongada o cautiverio) que compromete el apego seguro con los cuidadores primarios (Cook et al., 2005) y la habilidad asociada para autorregular las emociones y la relación interpersonal (Ford et al., 2012).

Desde que Herman (1992) identificó indicó mediante observaciones clínicas tres áreas amplias de perturbación que trascienden el trastorno de estrés postraumático, éstas se han seguido estudiando:

- La primera área es sintomática: el cuadro de síntomas en los/as sobrevivientes de traumas prolongados a menudo parece ser más complejo, difuso y tenaz que en el trastorno de estrés postraumático.
- La segunda es caracterológica: los/as sobrevivientes de un abuso prolongado desarrollan cambios característicos de la personalidad, incluidas las deformaciones de la relación y la identidad.
- La tercera área involucra la vulnerabilidad del sobreviviente a daños repetidos, tanto autoinfligidos como a manos de otros/as; de ahí que existan las dificultades para relacionarse.

5.3 Factores asociados con la gravedad del trauma

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2015) describe que el desarrollo infantil temprano se alcanza durante los primeros ocho años de vida de los niños y las niñas, en el cual el cerebro se desarrolla de forma extraordinaria. Lo anterior comprende una compleja relación entre las conexiones neuronales que se ven fuertemente influenciadas por las experiencias. Estas conexiones cerebrales desarrollan la capacidad para identificar palabras sencillas, objetos, emociones o sentimientos de otras personas (desarrollo cognitivo, emocional, físico y social) dentro de la cotidianidad. De ahí la importancia de educar de manera positiva a los niños/as y ayudarlos a que desarrollen buen juicio, responsabilidad y preserven su autoestima, integridad física y psicológica, así como su dignidad.

Los niños/as pequeños no traumatizados aprenden poco a poco a orientarse tanto hacia el ambiente externo como al interno, y a responder reflexivamente a cualquier estímulo que se presente, pasando gradualmente del dominio hemisférico derecho (sensación y percepción) a la confianza primaria en el hemisferio izquierdo (lenguaje, razonamiento abstracto y planificación a largo plazo) (Cook et al., 2005). Sin embargo, y en contraposición a esta forma de crianza muchas veces se educa a los niños y a las niñas mediante castigos en los que se emplea la fuerza física (golpes) y/o la intimidación verbal (gritos) para lograr las conductas deseadas. La exposición de los niños y las niñas a una disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales que van desde los impactos inmediatos hasta los daños a largo plazo que pueden manifestarse en la vida adulta.

La violencia dificulta el desarrollo infantil adecuado, las capacidades de aprendizaje y el rendimiento escolar de los niños y niñas; también inhibe las relaciones positivas, causa baja autoestima, angustia emocional y depresión; y además, algunas veces, conduce a la posibilidad de que los niños y las niñas sufran daños y autolesiones: Es por eso que los niños/as pequeños o en edad preescolar con antecedentes de trauma complejos tienen el riesgo de no desarrollar las capacidades cerebrales necesarias para poder regular las emociones en respuesta al estrés debido a que a ellos sólo les preocupa el sobrevivir. Lo cual significa que el maltrato cuando está presente desde etapas tempranas en todas sus formas (física, psicológica, emocional y sexual) provoca un daño de las aptitudes y habilidades subjetivas; y puede afectar la personalidad, la socialización, y en general incide de forma negativa en el desarrollo de la vida emocional y psicológica (Noll, Reader y Bensman 2016).

El trauma repetitivo amplifica y generaliza los síntomas fisiológicos del trastorno de estrés postraumático haciendo que las personas sean hipervigilantes, ansiosas y agitadas, sin poder estar en calma o en equilibrio. Es muy frecuente que con el abuso sexual infantil prolongado se experimenten estados

disociativos, fragmentación del yo, trastornos afectivos de ansiedad, revictimización, somatización y suicidio (Herman, 1992).

Además, si se toma en cuenta que la violencia muchas veces surge en contextos familiares y de la mano de personas con vínculos afectivos cercanos (Pereda, Abad y Guilera 2013) no sólo las amenazas de abandono crean ansiedad intensa, sino que a medida en que dos o más experiencias adversas interactúan entre sí, el riesgo de una perturbación psicológica se multiplica, lo que sugiere que los niños/as cuando se exponen a ambientes caóticos y disruptivos y a otros eventos adversos en la infancia, en consecuencia van a tener mayor probabilidad de padecer problemas mentales cuando sean adultos/as (Bradley et al., 2011).

Resulta importante reiterar que no todas las personas se traumatizan, aunque experimenten los mismos sucesos debido a que una serie de factores personales como sus recursos y la experiencia subjetiva matizan la manera en que viven y significan los eventos violentos. Los acontecimientos que tienen una mayor probabilidad de impactar a quienes padecen algún tipo de trauma son los que son llevados a cabo por el ser humano vs. los que son accidentales o producto de desastres naturales, así como los que ocurren en la infancia afectan más que los que ocurren en la adultez.

6. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO VS TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Brewin et al. (2017) hicieron una revisión de la evidencia acerca del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) para ver si eran útiles las propuestas; analizaron varios estudios, y entre ellos uno que utiliza datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH) de 13 países y cerca de 24,000 encuestados/as (Stein et al., 2014).

En esta encuesta (WMH) pidieron a los encuestados/as que enumeraran todos los eventos traumáticos de su vida, un total de 5.6% de los participantes cumplieron con los criterios para el TEPT “ampliamente definido”, con prevalencias que varían desde 3.0% con DSM-5 a 4.4% con la CIE-10. Sin embargo, se encontraron indicadores considerablemente elevados de significación clínica; estos estudios abogaron por una definición amplia de TEPT que capturara todos los casos clínicamente significativos de trastorno de estrés postraumático y de trastorno de estrés postraumático complejo.

En esta revisión, dichos estudios evaluaron la validez y las implicaciones de las propuestas diagnósticas, las cuales respaldan la siguiente estructura que es como quedaron divididos los trastornos (Brewin et al., 2017):

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

- Re-experimentación
- Evitación
- Sentido de amenaza

Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC)

*“Perturbaciones en la Auto-Organización”
(PAO).*

- Desregulación afectiva
- Autoconcepto negativo
- Disturbios en la relación con otros.

Para el tratamiento se destaca la regulación emocional, la reducción de la evitación social e

interpersonal, el desarrollo de un autoconcepto más positivo y la mejora de la memoria del trauma como un objetivo clave (revisión y significado de los recuerdos traumáticos) (Cloitre et al., 2014).

6.1 Las clasificaciones diagnósticas: DSM-5 y CIE-11

La Asociación Americana de Psiquiatría en su última versión del DSM-5 hizo algunas modificaciones en la clasificación de estrés, pero no incluyó al TEPTC como diagnóstico distinto del TEPT, lo que dificulta su tratamiento debido a que las características del trastorno TEPT Y TEPTC no son iguales, y por tanto existen relativamente pocos estudios y, en consecuencia, pocas mediciones.

En cambio, Rivas et al., (2011) indican que las aportaciones para el desarrollo de la CIE-11 no pueden limitarse a manera de descripción de los síndromes culturales y de cómo dichas organizaciones pueden incorporarlo, ni tampoco ser adaptaciones de la CIE a las situaciones de los países latinoamericanos, sino que de algún modo se deben enriquecer esas clasificaciones internacionales con el objetivo de poder hacer diagnósticos más claros en la CIE-11 en el apartado de desórdenes específicamente asociados con el estrés y con el código 6B41 en que se describe que el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos de una naturaleza extremadamente amenazante u horrenda, con mayor frecuencia a eventos prolongados o repetitivos de los que es difícil o imposible escapar (por ejemplo: tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la niñez, etc.). Por tanto, es imprescindible, para la propuesta de estos sistemas u organizaciones para aumentar el beneficio clínico de un diagnóstico integral, la inclusión de nuevos instrumentos que hagan visible la complejidad de los escenarios psicosociales presentes en el desarrollo de este trastorno: TEPTC.

6.2 Características relevantes: Desregulación emocional, Autoconcepto negativo y Perturbación en la relación con otros

Se ha señalado que las experiencias traumáticas, sobre todo las que ocurren en edades tempranas de manera crónica y repetida, pueden afectar profundamente la personalidad de quienes las padecen, en particular si tienen síntomas de TEPTC. Las experiencias traumáticas afectan de forma muy importante la vida de las personas provocando la desregulación emocional que es la tendencia a tener reacciones emocionales de alta intensidad y bajo umbral, seguidas de un retorno lento a la línea de base (Cloitre et al., 2002).

Van Dijke et al. (2018) refieren que más del 70% de los participantes en un estudio mencionaron enojarse fácilmente y tener problemas para calmarse, esta subregulación emocional implica un acceso limitado a la capacidad para desplegar estrategias que reduzcan los estados de afecto intenso y la dificultad para el control de los impulsos y poder dirigir el comportamiento a un objetivo como ejemplo: ira o ansiedad que se convierte en un estado de terror inmanejable que requiere ser descargada esta tensión de alguna manera. Por otra parte, la sobrerregulación implica la no aceptación y la conciencia limitada o la claridad de las emociones; por ejemplo: estados de profundo vacío emocional o desapego, los cuales dan la impresión de que nada les importa; estas alteraciones de identidad implican problemas para mantener un sentido coherente de sí mismo.

En lo que respecta al autoconcepto negativo, que es otra de las manifestaciones del trauma amenaza a las tres áreas de confianza del ser humano: 1) Ver al mundo como suficientemente bueno; 2) Encontrarle un significado a la vida; y 3) Verse a sí mismo/a como una persona que vale (Rivas et al., 2011).

La perturbación en la relación con otros como los problemas de aislamiento social que se manifiestan en la evitación intencional de actividades que implican el contacto con otras personas, estableciendo pocas

relaciones fuera del hogar, resolviendo problemas por su cuenta frecuentemente no tienen en cuenta las múltiples formas de maltrato.

Los estudios informan tasas muy variadas de transmisión intergeneracional de la violencia, sobre todo cuando el informe es sólo de un maltrato único; sin embargo, cuando el maltrato es múltiple se asocia con un mayor riesgo de violencia intergeneracional.

Asimismo, Rivas et al., (2011) señalan que una de las razones por las que el abuso y la negligencia infantil son tan difíciles de prevenir puede ser porque se transmite de una generación a otra y que las experiencias de maltrato por subtipos (emocional, psicológico, físico, sexual) tienen diferentes correlatos consecuencias; es decir, el abuso emocional produce una respuesta empática reducida de la madre hacia el niño/a; la negligencia por descuido y falta de habilidades para ser padres; y el abuso físico en la infancia de los padres predice el abuso físico a sus hijos/as. Además, sobre todo, en la edad temprana Camargo (2018) sugiere que el castigo físico es más probable que se transmita a través de generaciones en circunstancias de contextos de pobreza; y ser testigo de violencia al riesgo de ser víctima de la pareja en la edad adulta; el abuso sexual infantil con dificultades en la crianza y el riesgo de crear un entorno que no proteja a sus hijos/as de ser abusados sexualmente. Y es precisamente la combinación de estas experiencias la que da mayores tasas de transmisión intergeneracional (Hoffman y Livingston, 2011).

6.3 El Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

El Cuestionario Internacional de Trauma (CIT) (ITQ por sus siglas en inglés, versión 1.2) fue desarrollado por Hyland et al. (2017). Se centra en la sintomatología principal del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo propuesta por la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su onceava edición (CIE-11) y emplea reglas de diagnóstico sencillas. Es un diagnóstico diferente al de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) pues, aunque incluye los síntomas fundamentales del TEPT, incorpora otra serie de síntomas que reflejan las “Perturbaciones en la Auto-Organización” (PAO). El TEPT se conceptualiza

como un trastorno basado en el miedo; mientras que el TEPTC se conceptualiza como un trastorno clínico caracterizado por PAO que pueden ocurrir tras la exposición traumática, particularmente aquellos a eventos traumáticos de tipo interpersonal que ocurren en edades tempranas, que son de naturaleza repetida y prolongada, y de los que es difícil o imposible escapar; por ejemplo: tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, y abuso sexual y/o físico repetido en la infancia.

El cuestionario fue sometido a un análisis factorial confirmatorio en una muestra clínica que indicó que la estructura latente del CIT era consistente con el modelo de dos factores de segundo orden del TEPTC, los cuales se distinguen entre los síntomas de TEPT y TEPTC (Karatzias et al., 2016). Cabe señalar que algunos estudios de *mixture-modeling* han sustentado la propuesta de dos tipos de sobrevivientes de experiencias traumáticas, caracterizados por perfiles sintomatológicos de TEPT y de TEPTC (Karatzias, 2017; Murphy, 2015).

Hyand et al. (2017) analizaron el CIT en otra muestra clínica para determinar si se replicaba la estructura (validez) factorial reportada por Karatzias et al., (2016) y para comparar las tasas de diagnóstico del TEPT y TEPTC del CIE-11 con el CIT *versus* las tasas de diagnóstico de TEPT del DSM-5 con el PCL-5 (Bovin et al., 2015) con el fin de conocer la validez discriminante del TEPT / TEPTC del CIE-11. Un total de 171 usuarios/as de servicios de salud mental británicos de 18 ó más años y que reportaron haber sido diagnosticados previamente con TEPT e indicaron haber estado expuestos a eventos traumáticos respondiendo positivamente para TEPT con el Trauma Screening Questionnaire (Blevins, 2015). Los resultados mostraron que las tasas con el diagnóstico CIE-11 fueron más bajas que con el diagnóstico DSM-5, por lo que los autores consideran que se basa en criterios más estrictos.

El Análisis Factorial Confirmatorio reflejó el modelo de dos factores de segundo orden con las diferencias sintomatológicas entre el TEPT y las PAO del TEPTC en esta muestra clínica. La validez convergente de esta distinción fue asimismo evidenciada por los resultados de los análisis jerárquicos de

regresión múltiple, donde los síntomas del TEPT, y no los del TEPTC predijeron positivamente niveles de Trastorno de Pánico; mientras que los de TEPTC, y no los de TEPT predijeron positivamente síntomas de depresión y cogniciones negativas sobre sí mismo/a y el mundo, y predijeron negativamente puntajes de tolerancia al malestar / *distress*. Los síntomas de ambos trastornos fueron predictores significativos positivos de síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada, aunque los de TEPT lo fueron en mayor medida.

Hyland et al. (2017) concluyeron que su estudio apoya la validez factorial y discriminante del TEPT y TEPTC del CIE-11 y provee apoyo empírico de la confiabilidad y la validez del CIT. Los resultados de confiabilidad basados en estimaciones derivadas del análisis factorial confirmatorio indicaron que el CIT posee una excelente confiabilidad interna. Las subescalas de primer orden demostraron altos niveles de confiabilidad: Re-experimentación $\alpha=.90$, Evitación $\alpha=.90$, Sentimiento de amenaza $\alpha=.86$, Autoconcepto negativo $\alpha=.92$, Dificultades en la relación con otros $\alpha=.96$ y Desregulación emocional $\alpha=.90$. Los 6 elementos del TEPT $\alpha=.96$ y los elementos del TEPTC $\alpha=.97$. En el análisis de regresión múltiple jerárquico el predictor más sólido de cada resultado fue el estado de desempleo. Las creencias negativas relacionadas con el trauma sobre el yo tuvieron el efecto más grande ($\Delta R^2 = .49$; $F(2, 133) = 102.94$, $p = .001$). Todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas, y la varianza del error fue 0 lo que indica una fiabilidad perfecta.

El CIT es una medida breve de 12 reactivos-indicadores: seis para TEPT y seis para TEPTC y constituye el único instrumento desarrollado hasta ahora para medir este último.

Los seis indicadores de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ubican en tres factores con dos síntomas cada uno:

- 1) Re-experimentación en el aquí y ahora. (Problemas de sueño y *flash backs* y/o recuerdos intrusivos).
- 2) Evitación deliberada. (Evitación interna pensamientos o evitación externa de conductas).
- 3) Sensación de amenaza actual. (Hiperactivación).

Los tres síntomas de TEPTC que dan cuenta de las Perturbaciones en la Auto-Organización (PAO) se ubican también en tres dimensiones con dos indicadores cada una. Estos síntomas causan un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y en otras áreas importantes del funcionamiento:

- 1) Desregulación Emocional: Problemas severos y persistentes en la regulación del afecto (Hiper-activación, Hipo-activación).
- 2) Autoconcepto Negativo: Las creencias sobre uno mismo disminuidas, o sin valor acompañadas por sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático (Sentimientos de fracaso y/o Devaluación).
- 3) Dificultades interpersonales: Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás (Aislamiento, Evitación).

6.4 Características del Trastorno Límite de la Personalidad vs. TEPTC

Si bien los hallazgos apoyan la construcción de un diagnóstico de TEPTC como una entidad separada, las características del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) parecen superponerse en gran medida con los síntomas de TEPTC, ya que ambas entidades diagnósticas miden variantes que afectan la desregulación, las relaciones interpersonales y la autoevaluación negativa. Una cuestión que había constituido una crítica común al TEPTC es que carecía de validez discriminante con respecto al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Hyland et al., 2019; Ford & Courtois, 2021); sin embargo, diversos

autores proporcionan evidencias en sus investigaciones centradas en la persona y han demostrado que el TEPTC es distinto del TLP (Cloitre et al., 2014; Ford & Courtois., 2021; Ford et al., 2021; Frost et al., 2018; Hyland et al., 2019; Jowett et al., 2020).

Dado que el TEPTC suele surgir que, en contextos de exposición a trauma especialmente interpersonal y acumulativo, cuando el comienzo ocurre durante el desarrollo temprano la violencia sexual puede constituir un factor etiológico clave, pues es probable que la victimización coexista con múltiples formas de maltrato, incluido el abuso físico y el emocional, así como la negligencia. Cabe mencionar que una historia de victimización sexual crea una vulnerabilidad particular. Sin embargo, el trauma puede no ser necesario ni suficiente para explicar el desarrollo de patología límite; la exposición al trauma no es un requisito para un diagnóstico de TLP, la gravedad demuestra una relación dosis-respuesta con acontecimientos de estrés durante la vida (Frost et al., 2018).

Se sugiere que el TEPT, el TEPTC y el TLP son síndromes potencialmente comórbidos, pero distintos; que plantean la posibilidad de la existencia de un *continuum* de síndromes postraumáticos que comienzan con maltrato infantil u otro trauma de victimización, y luego progresa hacia una morbilidad creciente de TEPT a TEPTC con alteraciones en la auto-organización y, finalmente, a la comorbilidad entre TLP y TEPTC (Ford et al. 2021). Clasificaciones con síntomas más altos de PAO y TLP tienen mayor deterioro en la mayoría de las áreas de funcionamiento (Frost et al. 2018; Jowett et al., 2020).

Los tres dominios de las alteraciones en la auto-organización del TEPTC (desregulación emocional, autopercepción negativa, dificultad para las relaciones interpersonales: PAO) tienen características paralelas con el TLP, pero éstas son relativamente distintas (Ford & Courtois, 2021).

El TLP se caracteriza por el miedo al abandono, el concepto de sí mismo y la autoimagen inestable y fragmentada que cambia abruptamente de autopercepciones negativas a autopercepciones exageradamente positivas así como la idealización y devaluación de las relaciones; además de conductas impulsivas y

suicidas frecuentes, así como ira hasta el punto de perder el control, y se incluyen cambios repentinos en la autoimagen y en el estado de ánimo, lo que sugiere que este último tipo de reactividad puede estar presente en individuos con TEPTC, pero que no es probable que sea una característica destacada del trastorno (Hyland et al., 2019; Ford & Courtois., 2021).

La diferencia con el trastorno de estrés postraumático complejo, como se propone en la CIE-11, es que el miedo al abandono no es una característica o requisito del trastorno, la autoidentificación es consistentemente negativa y por ello en sí se nombra “autoconcepto negativo”. Esta percepción permanece persistentemente negativa con tendencia a un sentimiento estable y crónico de culpa, vergüenza y minusvalía. Además, en lugar de cambios en las relaciones o compromisos caóticos sostenidos, resaltan la evitación crónica de las relaciones, es decir existe dificultad para permanecer cerca de otros/as y para vincularse, por lo cual tienden a crear un desapego basado en el miedo a generar un vínculo cercano (Cloitre et al., 2014; Hyland et al., 2019).

Es decir, si bien las alteraciones relacionales en el TLP reflejan un compromiso caótico sostenido, el TEPTC se caracteriza por una evitación crónica o temerosa de las relaciones (Jowett et al. 2020). Es por eso por lo que para el TLP se aplica para su tratamiento la reducción de la dependencia de los demás y el aumento de un sentido interno y estable de sí mismo; mientras que en el TEPTC se centran en la reducción de la evitación social e interpersonal, el desarrollo de un autoconcepto más positivo y una participación relativamente rápida en la revisión y el significado de los recuerdos traumáticos (Cloitre et al. 2014).

Aunque vale la pena resaltar que las dificultades de regulación emocional son centrales tanto para el TEPTC como para el TLP, su expresión difiere, ya que en el TEPTC predominantemente se incluye la sensibilidad emocional como: ira reactiva o respuestas deficientes (entumecimiento) que llegan a representarse con el uso de alcohol y sustancias; además de sentimientos de vacío y desregulación de las emociones; mientras que en el TLP se refiere a la reducción de las conductas que interfieren con la vida,

como las tendencias suicidas y las autolesiones (reactividad), por lo tanto, se convierten en un objetivo terapéutico primario, mientras que en el TEPTC estas conductas no son frecuentemente observadas y no suelen incluir comportamientos suicidas y autolesivos como síntomas centrales (Hyland et al., 2019; Cloitre et al., 2014).

La amnesia disociativa y *flash backs*, entumecimiento emocional e ira son similares a las características del TLP (p. ej.: disociaciones transitorias, sensación de vacío crónico e ira intensa). Además de cambios negativos en la cognición y las emociones y comportamientos del TEPT con otros criterios para TLP (p. ej.: alteración de la identidad, desconfianza hacia otros, afecto inestable y disfórico) (Ford & Courtois, 2021).

Además, bases neuropsicológicas han demostrado que las personas con TLP presentan hipoactivación de la zona dorsolateral de la corteza prefrontal (CPF) y aumento de la actividad entre el giro orbital y la amígdala en respuesta a emociones negativas y patrones alterados de la activación del cíngulo anterior y la ínsula. En el TLP, la dificultad para regular las emociones y las dificultades en las relaciones interpersonales pueden implicar alteraciones cerebrales asociadas con la inestabilidad y la autoconciencia reflexiva, el miedo al abandono, la incapacidad para recuperarse de un afecto negativo intenso y, en algunos casos, la alternancia de hiperalgesia y analgesia disociativa. Por el contrario, en las alteraciones de la auto-organización del TEPTC, las alteraciones cerebrales se relacionan con una autopercepción estable disfórica, hipervigilancia generalizada, evitación del dolor crónico, estados emocionales negativos, desapego de las relaciones y fragmentación disociativa de la conciencia con estados alternos de hiperalgesia y analgesia (Ford & Courtois, 2021).

Así pues, la fenomenología y las bases neurobiológicas del TLP y el TEPTC sugieren que diferentes formas de desregulación emocional pueden evolucionar como consecuencia del maltrato infantil y de un apego desorganizado. El abuso y la negligencia infantil por parte de los cuidadores primarios constituyen

un obstáculo para el desarrollo del modelo interno de apego seguro del niño/a. Asimismo, el desarrollo de apego inseguro en la infancia ha demostrado ser predictor negativo de la regulación emocional en la edad adulta. Cuando los cuidadores primarios representan una fuente impredecible de seguridad y, a la vez, de peligro para el niño/a, se desarrolla un patrón de búsqueda de cercanía y protección (acercamiento) como mecanismo biológico de supervivencia y, al mismo tiempo, se evita el contacto por miedo a ser lastimado/a o abandonado/a. Este modelo de vinculación se ha catalogado como apego desorganizado (Ford & Courtois, 2021).

7. EL TEPTC COMO PROPUESTA EXPLICATIVA DE LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO

7.1 El papel de la desregulación emocional, el autoconcepto negativo y las perturbaciones en la relación madre-hijo/a

En el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) los canales autorregulatorios se ven afectados y es precisamente esta falta de regulación la que provoca incapacidad para escuchar otros puntos de vista y dificultad para defenderse; así como la impulsividad y la dificultad para autorregularse (Hernando y Giraldo, 2010). La investigación del desarrollo sugiere que estos *déficits* autorreguladores surgen de una interacción de factores intrínsecos temperamentales y biológicos; así como de intrusiones extrínsecas de experiencias de vida tempranas caóticas y estresantes, particularmente del abuso infantil. Asimismo, Briere y Rickards (2007) explican que, cuando se ha sufrido violencia de forma crónica y repetida, es la falta de regulación la que provoca el comportamiento irritable, los arrebatos de furia, la falta de autocontrol, las conductas autodestructivas o autolesivas.

Se ha demostrado que las lesiones autoinfligidas al cuerpo se desarrollan más comúnmente en aquellas víctimas cuyo abuso comenzó temprano en la infancia (Van der Kolk, 1992); así como abuso de sustancias, las cuales utilizan para regularse. Esta desregulación puede provocar también un adormecimiento de las emociones que los lleva a una pasividad absoluta y a la incapacidad para sentir afecto. No significa que una niña violentada será violenta con sus hijos e hijas en el futuro (Hernando y Giraldo, 2010). Sin embargo, esta incapacidad para la regulación lleva a una inestabilidad emocional y a problemas para inhibir, y es por eso por lo que ha sido una de las alteraciones más ampliamente estudiadas en el campo del maltrato físico y emocional por la presencia de conductas agresivas y la pobre modulación de la ira.

El autoconcepto negativo es otra de las tres dimensiones del TEPTC. El autoconcepto se afecta a partir de la dificultad para manejar las emociones convirtiéndolas en todo un reto, ya que no logran

distinguir las emociones suyas ni de los otros, y no logran tener confianza en sí mismas ni en las demás personas. Al mismo tiempo no consideran el mundo como un lugar seguro, ya que su pensamiento está compuesto de un alto rango de distorsiones cognitivas debido a que estas cogniciones son desarrolladas en una edad temprana, lo que contribuye a formar complejas relaciones en la edad adulta. Además de que esto provoca un bajo autocuidado y la exposición continua a situaciones de riesgo o relaciones conflictivas (Briere y Rickards 2007).

Así pues, estos efectos cognitivos provocan baja autoestima, autoculpa, desesperanza, expectativas de rechazo y/o abandono y preocupación por el peligro, lo que produce una inmensa decepción de la propia persona, que se siente deficiente, inadecuada o defectuosa, con emociones como: vergüenza, culpa, miedo y enojo. La vergüenza es acerca del “ser”, mientras que la culpa es sobre “el hacer”, y resulta de la diferencia percibida entre el sí mismo ideal y el sí mismo real.

La vergüenza motivaría el aislamiento; mientras que la culpa motivaría la reparación. Muchas veces las familias tienen reglas que determinan lo que se permite ver, oír, sentir y hablar que tienen la función de protegerla de temas vergonzosos y eso va a aumentar el sentirse diferente, como con un estigma. La vergüenza corporal es la que más relación tiene con el Abuso Sexual Infantil (ASI). Las víctimas a menudo sienten que sus cuerpos han sido dañados, se sienten diferentes y les preocupa que esto pueda ser reconocido por otros/as (Briere y Rickards 2007). Además, la vergüenza expresa la dificultad de la víctima para distinguir la responsabilidad del agresor en la relación de abuso.

La tercera dimensión que es la relación con otros provoca que sean introvertidas, con dificultades en los procesos de empatía y problemas para formar apegos, y/o criar a los hijos/as; y es así como, lo que parece ser cierto, es que una experiencia vincular primaria que obstaculice el desarrollo psicológico en la niña se convierte en un factor de riesgo para la futura violencia hacia sus propios hijos e hijas. Que se desencadene o no, depende de las condiciones de favorabilidad al maternaje (Echeburúa y Corral, 2002).

Estos problemas en las relaciones con otros/as provoca que para estas personas sea casi imposible establecer relaciones respetuosas y satisfactorias debido a la dificultad para la expresión de afectos (alexitimia), a que tienen dificultades psicosociales significativas, se involucran en relaciones caóticas, con comportamientos sexuales inapropiados, en conductas de riesgo, intentos de suicidio, así como a una falta de autocontrol interno para establecer metas para el futuro, ya que aprendió que el mundo no es un lugar seguro. El/la sobreviviente lleva una carga de ira no expresada contra todos aquéllos/as que permanecieron indiferentes y no pudieron ayudar. Los esfuerzos para controlar esta rabia pueden exacerbar aún más el aislamiento social y la parálisis para tomar iniciativas del sobreviviente (Herman, 1992). Esto provoca que no pueda confiar en los demás, que sea introvertido/a, con carencia de los sistemas de atención, retención o recolección de información, así como en los procesos de empatía (Bernstein et al., 1997). Los/as sobrevivientes de abuso infantil tienen muchas dificultades en las relaciones interpersonales; sobre todo en el rol de madres, ya que tienen problemas para formar apegos y/o criar a los hijos/as, con situaciones cargadas de emociones que involucran conflictos y la ineficaz negociación de la dinámica con los hijos/as llegando a dañarlos/as física y/o emocionalmente. Bartlett et al. (2017) mencionan que las mujeres que vivieron una historia de maltrato infantil tienen el riesgo de continuar reproduciendo el abuso y la negligencia infantil a las siguientes generaciones.

En general, no es suficiente considerar al maltrato y sus características de forma aislada; es necesario considerar sus efectos finales en los adultos/as, como es el riesgo de la ansiedad posterior, depresión, estrés postraumático, y diversas formas de comportamiento disfuncional, como el abuso de sustancias y la disociación (Briere y Rickards, 2007).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente tesis considera al TEPTC como propuesta explicativa de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil debido a que las experiencias traumáticas que ocurren en edades tempranas, sobre todo si fueron frecuentes, duraderas y producidas por alguien cercano afectivamente, pueden afectar profundamente la personalidad de quienes vivieron este tipo de violencias (Pelcovitz et al., 1997), repercutiendo de diversas maneras en la edad adulta. Una de ellas tiene que ver precisamente con el ejercicio de la maternidad y/o crianza de los/as hijos/as. En particular, la evidencia científica reporta que el maltrato infantil es ejercido frecuentemente por parte de la madre (Lünnemanna et al., 2019), y que la violencia contra niños/as y adolescentes frecuentemente es efectuada por personas cercanas -padres o cuidadores- a cargo de su protección (Ferreira et al., 2017).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) informa que casi 4 de cada 10 madres, y 2 de cada 10 padres, sin importar el ámbito de residencia, reportan golpear o haber golpeado a sus hijas y/o hijos cuando sintieron enojo o desesperación. La UNICEF indica que los niños/as entre los 3 y 9 años suelen ser los más afectados/as por las agresiones psicológicas y/o por cualquier otro tipo de castigo físico. El uso de castigos físicos severos suele intensificarse conforme los niños/as van creciendo (UNICEF, 2019). Además, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señaló a México como el país que ocupa la primera posición en materia de abuso sexual, violencia física y homicidios de menores de 14 años (OCDE, 2020).

Existen ciertos factores psicosociales que se asocian con un mayor riesgo para que las madres castiguen físicamente o maltraten a sus hijos/as. Lev-Wiesel (2006) menciona el ser mujer joven, una historia personal de crianza estricta, a menudo involucrada con la violencia entre padres, haber sido víctima de abuso sexual infantil y haberse embarazado a una edad temprana.

La transmisión intergeneracional de la violencia involucra en algunos casos la existencia de un ciclo de violencia que posibilita la reproducción del maltrato por generaciones, aumentando y reproduciendo con ello la problemática del maltrato infantil. En realidad, algunas investigaciones indican que no todos los niños abusados reproducen el abuso en la edad adulta, sino que el maltrato infantil está determinado por factores que involucran variables estresoras y de apoyo o factores potenciadores y compensatorios. Por esta razón, cuando los estresores sobrepasan a los apoyos, o bien los factores potenciadores rebasan a los compensatorios, se reproducirá el maltrato infantil. (Romero y Armenta, 2005).

Ertem et al. (2000) encontraron evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil; es decir, que hijos de madres que han sido víctimas de incesto en sus familias de origen, podrían estar en riesgo de sufrir algún abuso, de tipo emocional, físico, psicológico y/o sexual. Cabe destacar que no todas las madres que han padecido abuso se convierten en madres abusivas, de manera que resulta interesante identificar factores psicosociales que se pudieran relacionar con la violencia padecida como con su repetición con los hijos/as. Si bien una importante proporción de las víctimas de maltrato infantil suele recuperarse adecuadamente a partir de sus propios recursos y fortalezas, un porcentaje de éstas requiere de ayuda profesional, debido a la gravedad y cronicidad de sus síntomas, y a que se aumenta la posibilidad de la transmisión del maltrato hacia los hijos/as. Una posible explicación de esta relación es padecer un Trastorno de Estrés Posttraumático Complejo (TEPTC), resultante de traumas sostenidos, repetidos y múltiples de los cuales resulta imposible escapar, como sucede en la infancia (Van der Kolk, 2009).

Lo anterior resulta relevante en esta tesis ya que además las mujeres con un trastorno psiquiátrico diagnosticado tienen más probabilidad de haber padecido violencia en sus vidas (Cantón y Cortés, 2015). Por ello, es de interés identificar si mujeres con síntomas de TEPTC ejercen mayor maltrato a sus hijos/as, que las que no muestran TEPTC. Además, si cada una de las dimensiones del TEPTC, que son: la

desregulación emocional, el autoconcepto negativo y los problemas en las relaciones interpersonales se relacionan a su vez con la transmisión intergeneracional de la violencia.

Cabe señalar que si bien es imposible cambiar los hechos violentos experimentados en el pasado, es fundamental conocer si las secuelas o efectos en el presente pueden tener una relación en la reproducción de la violencia intergeneracional de madres hacia sus hijos/as. De esta manera, si el TEPTC y sus dimensiones están relacionadas con la transmisión intergeneracional de la violencia, se podrá contribuir a identificarlas como secuelas del maltrato infantil de las madres para disminuir la reproducción del maltrato contra los hijos/jas, planteándose la siguiente pregunta:

- ¿Cómo se relacionan y/o influyen la historia de violencia en la infancia y las tres dimensiones del TEPTC, -desregulación afectiva, autopercepción distorsionada y problemas de relación con otras personas-, con el ejercicio de maltrato a sus hijos e/o hijas en mujeres adultas diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico?

Objetivo General

Determinar en mujeres adultas usuarias de la consulta externa de un servicio de psiquiatría del tercer nivel de atención en la Ciudad de México cómo se relacionan y/o influyen la historia de violencia en la infancia y las dimensiones de TEPTC: la desregulación emocional, la autopercepción distorsionada y los problemas de relación, con la transmisión intergeneracional de maltrato a sus hijos/as.

MÉTODO

La investigación de la presente tesis se compone de dos fases. En la primera se presenta la traducción y adaptación cultural del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT), en vista de que no se ha validado en población mexicana. Y en la segunda, se evalúa la confiabilidad y validez del CIT y se da respuesta a las preguntas de investigación de esta tesis. Ambas fases fueron aprobadas por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (ver Anexo 3). A continuación, se presentan el objetivo, el método y los resultados para cada una de las fases.

FASE 1. Traducción y adaptación del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

(Cloitre et al., 2014)

Objetivo: Traducir del inglés al español y adaptar culturalmente el Cuestionario Internacional de Trauma (CIT) en mujeres que acuden a la consulta externa en un servicio de atención psiquiátrica del tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo con los lineamientos de los consensos internacionales documentados en el informe sobre buenas prácticas para la “Traducción y Adaptación Cultural para la Evaluación de Desenlaces Reportados por Pacientes (PRO)”, producido por la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force* (Wild, 2005).

F1.1 Traducción del inglés al español del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

Se obtuvo el permiso previo de los autores de la escala. En primer lugar, el CIT original en inglés fue traducido al español por una persona bilingüe de origen estadounidense viviendo en México y con experiencia clínica en el tema de trauma y estrés postraumático.

La traducción fue discutida por seis profesionales de salud mental también expertos en el tema, hasta alcanzar un consenso. Posteriormente, dos personas bilingües (español e inglés) y, por supuesto, especialistas en el tema de trauma re-tradujeron la escala del español nuevamente al inglés (ver Anexo 2).

Posteriormente, otros cinco expertos en el tema evaluaron la equivalencia conceptual, llegando a acuerdos sobre la equivalencia semántica, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y de las opciones de respuesta, siempre comparadas con la versión original en la traducción-retraducción.

a) Resultados de la traducción del inglés al español del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

Las preguntas del CIT que requirieron ser analizadas con mayor detenimiento fueron las siguientes:

1. “¿Ha tenido sueños perturbadores que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?”; la palabra perturbadores fue cambiada por angustiantes de acuerdo con la traducción. El reactivo quedó:

“¿Ha tenido sueños angustiantes que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?”

2. “¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o memorias potentes que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo nuevamente de repente?”. En esta pregunta en lugar de memorias potentes se dejó recuerdos intensos por ser más clara. Y la palabra de repente fue cambiada por en este momento. El reactivo quedó:

“¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o recuerdos intensos que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo nuevamente en este momento?”

3. Otra de las preguntas que causaron confusión fue la segunda del TEPTC, la cual se refiere a lo siguiente: “Me siento entumecida o apagada, anestesiada”. Entumecida fue cambiada por insensible y apagada por anestesiada, quedando de la siguiente manera: “*Me siento insensible o anestesiada*”.

b) Adaptación cultural del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

La adaptación se realizó a través de entrevistas cognitivas que se llevaron a cabo durante el mes de octubre del 2019 con mujeres mayores de 18 años que eran madres y que asistían a su cita en la clínica en un hospital de tercer nivel de atención de salud mental en la Ciudad de México. Las participantes fueron invitadas al estudio por el personal adscrito de la Clínica de Género y Sexualidad (CGS), y aquellas interesadas fueron canalizadas individualmente a un cubículo independiente y acondicionado dentro de la CGS, en el cual la entrevistadora le explicó a cada una los objetivos del estudio; y en caso de aceptar se procedía a la firma del consentimiento informado (ver Anexo 4).

Posteriormente se llevó a cabo la prueba verbal mediante una entrevista a cada participante con base en el formato diseñado para tal propósito (ver Anexo 5). Al aplicar el instrumento CIT se leían las preguntas en voz alta y se registraban todas las respuestas por escrito, así como las sugerencias en un formato de entrevista semiestructurada. Participaron 5 personas para esta fase de adaptación del CIT conforme se recomienda (Gómez & Reidl, 2010); en un diseño de muestra por conveniencia. Previa aceptación y firma del consentimiento informado (ver Anexo 3).

F1.4.1 Resultados de la adaptación cultural del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

Cinco mujeres respondieron las pruebas verbales para el CIT. De ellas, tres eran madres solteras y dos estaban casadas. La mediana de edad fue de 33 años; la participante más joven tenía 28 años y la mayor

45 años. Todas las participantes residían en la Ciudad de México. Una de las participantes tenía secundaria completa, tres contaban con carrera técnica y una de las mujeres contaba con posgrado, tres de las participantes tenían dos hijos y las otras dos tenían un hijo (Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas (pruebas verbales)*

FOLIO	EDAD	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	No. HIJOS
1	33	Soltera	Ama de casa	Secundaria	2
2	28	Casada	T. Cuenta propia	Posgrado	1
3	33	Soltera	Empleo formal	Carrera técnica	2
4	32	Casada	Empleo formal	Carrera técnica	2
5	45	Soltera	T. Cuenta propia	Carrera técnica	1

En todos los casos, las mujeres coincidieron en que las instrucciones de la escala fueron claras (ver anexo 5) y en ningún caso hablar de estos temas les pareció incómodo. Al preguntar si había algo que les pareciera confuso o que quisieran cambiarle al instrumento dijeron que nada; sólo hubo un comentario que tiene que ver con la pregunta que indaga “¿Cuándo sucedió esta experiencia”, y el comentario fue el siguiente: “No uses línea del tiempo o rangos de edad, yo viví abuso sexual por años” Esto fue al indagar una experiencia estresante y mostrar las opciones de respuesta las cuales son:

- 1.- Hace menos de 6 meses,
- 2.- Entre 6 y 12 meses,
- 3.- Entre 1 y 5 años,
- 4.- Entre 5 y 10 años,
- 5.- Entre 10 y 20 años
- 6.- Hace más de 20 años. (ver Anexo 2).

Cabe recordar que en esta Fase 1 el CIT fue traducido al español y adaptado culturalmente con personas que asisten a una clínica de un servicio de atención psiquiátrica del tercer nivel en la Ciudad de

México, por lo que para aplicarse a población general será necesario readaptarlo culturalmente ya que algunas palabras son muy técnicas, además de que las preguntas 2, 5 del TEPTC y la pregunta 7 de deterioro funcional son preguntas excluyentes (preguntas con dos opciones).

2. Me siento insensible o emocionalmente/fría/anestesiada.

5. Me siento aislada o distante de los demás.

7. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?

Tabla 2. *Versión final de la traducción al español y adaptación cultural del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)*

Cuestionario internacional del trauma

Instrucciones: Por favor identifique la experiencia que más le inquieta/incomoda/perturba/molesta y responda las preguntas con respecto a esta experiencia:

Breve descripción de dicha experiencia

¿Cuándo sucedió esta experiencia? (circule una opción)

- a. Hace menos de 6 meses
- b. Entre 6 y 12 meses
- c. Entre 1 y 5 años
- d. Entre 5 y 10 años
- e. Entre 10 y 20 años
- f. Hace más de 20 años

A continuación, se muestran una serie de problemas que las personas a veces reportan, que tienen como consecuencias de eventos traumatizantes o estresantes. Por favor lea cada elemento detenidamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha afectado dicho problema en el último mes.

	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. ¿Ha tenido sueños angustiantes que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?	0	1	2	3	4
2. ¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o recuerdos intensos que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo nuevamente en ese momento?	0	1	2	3	4
3. ¿Ha evitado los recordatorios internos de la experiencia (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?	0	1	2	3	4
4. ¿Ha evitado los recordatorios externos de la experiencia (por ejemplo, ciertas personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades o situaciones)?	0	1	2	3	4

5. ¿Ha estado “en alerta máxima”, vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
6. ¿Se ha sentido nervioso o se asusta fácilmente?	0	1	2	3	4

En el último mes, los síntomas anteriores:

7. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?	0	1	2	3	4
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?	0	1	2	3	4
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin, 2018

A continuación, se muestran una serie de problemas o síntomas que a veces experimentan las personas que han vivido eventos traumatizantes o estresantes. Las preguntas se refieren a cómo se siente regularmente, qué piensa regularmente sobre usted mismo y qué tan frecuentemente se relaciona con otras personas.

¿Qué tan verdadero es esto para usted?

Para Nada Un poco Moderada mente. Mucho Extremadamente

1. Cuando estoy molesto, me toma mucho tiempo calmarme.	0	1	2	3	4
2. Me siento insensible o emocionalmente/frío/aletargado/aanestesiado/ido.	0	1	2	3	4
3. Siento que soy un fracaso.	0	1	2	3	4
4. Siento que no valgo nada.	0	1	2	3	4
5. Me siento aislado o distante de los demás.	0	1	2	3	4
6. Se me dificulta mantenerme emocionalmente cercano a las personas	0	1	2	3	4

En el último mes, los problemas anteriores en cuanto a emociones y creencias sobre usted mismo y en relaciones:

7. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?	0	1	2	3	4
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?	0	1	2	3	4
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin, 2018

10. FASE 2 Evaluación del Modelo Conceptual para la Transmisión Intergeracional del Maltrato.

La fase 2 de la investigación de esta tesis está a su vez integrada por dos etapas: La primera se desarrolló para evaluar la validez del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT); y la segunda para evaluar el Modelo Conceptual para la Transmisión Intergeneracional del Maltrato.

A continuación, se presentan el método y los resultados de la etapa 1 (E1) y de la etapa 2 (E2) por separado, respectivamente.

Fase 2. Etapa 1

F2. E1 Validación del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

F2. E1.1 Método

F2. E1.1.1 Objetivos específicos

Evaluar las características psicométricas del CIT en mujeres usuarias de la consulta externa de un servicio de atención psiquiátrica del tercer nivel en la Ciudad de México, a saber:

- Consistencia interna global y de sus dimensiones
- Validez estructural del CIT

F2. E1.1.2 Tipo de estudio

El estudio es retrospectivo transversal, el cual nos permitirá examinar eventos que tuvieron lugar con anterioridad, así como conocer la relación existente entre las variables del Modelo conceptual propuesto.

F2. E1.1.3 Participantes

Mujeres usuarias de un servicio psiquiátrico de consulta externa especializado en la atención a víctimas de violencia en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. La muestra total quedó integrada por 112 mujeres que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión (N=112).

- Criterios de inclusión:
 - Mujeres mayores de 18 años
 - Con hijo(s/as)
- Criterios de exclusión:
 - Mujeres cuyo estado mental se encuentre alterado (psicosis)
 - Mujeres con algún tipo de discapacidad intelectual

F2. E1.1.4 Escenario

El estudio de la fase 2 (que incluye la etapa 1 para la validación del Cuestionario Internacional de Trauma y la etapa 2 para probar el Modelo Conceptual) se llevó a cabo en una clínica especializada en Género y Sexualidad de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Esta clínica es un área de consulta externa, centrada en la atención para las y los pacientes con algún trastorno mental relacionado con la violencia familiar y/o sexual o de género, y para la atención de quienes presentan trastornos o problemas relacionados con su sexualidad como causa o consecuencia de uno o varios trastornos psiquiátricos. En esta clínica se brinda tanto atención psiquiátrica como psicoterapéutica.

F2. E1.1.5 Instrumento

En formato de cuestionario estructurado (ver Anexo 7) se aplicaron los siguientes apartados:

- **Datos sociodemográficos.** Cédula diseñada *ad hoc* para identificar las características para categorizar (clasificar las características y similitudes, por ejemplo, estado civil, escolaridad, etc.) a las mujeres que vivieron algún tipo de maltrato en la infancia.
- **Lista de eventos estresantes,** es una medida de autoinforme consta de 23 sucesos, para detectar posibles eventos traumáticos en la vida del entrevistado (desastres naturales, agresión física, enfermedades o lesiones que amenazan la vida). El ítem 23 “¿Hay alguna otra situación que hubiera podido causarle la muerte o lesiones graves que no esté mencionada en esta lista?” puede

usarse para indicar exposición a un trauma que no estaba en la lista, registra si cada uno ha ocurrido alguna vez en la vida y en qué edad, y si sucedieron en los últimos 12 meses (Mojica et al., 2013).

- **El Cuestionario Internacional del Trauma (CIT)** (Cloitre et al., 2018). Mide la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) integrado por: Desregulación emocional, Autoconcepto negativo y Perturbación en la relación con otros. Es una medida breve con 18 reactivos: 6 reactivos para Trastorno por Estrés Postraumático TEPT, 6 reactivos para TEPTC con sus tres dimensiones y se incluyeron 6 reactivos para evaluar Deterioro funcional (DF) 3 para medir el DT. De TEPT y 3 para TEPTC. Todos los ítems se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos con puntuaciones que varían desde 0 (nada) hasta 4 (extremadamente). Las participantes sólo pueden ser diagnosticadas con TEPT o con TEPTC, pero no con ambas categorías porque son mutuamente excluyentes. Para TEPT se requiere 1 de 2 síntomas de cada uno de los 3 grupos más deterioro funcional asociado a dichos síntomas. El TEPTC requiere que se cumplan los criterios de TEPT más uno de los dos síntomas de cada uno de los tres grupos y deterioro funcional asociado a dichos síntomas. El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o a una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, con eventos más frecuentes o repetitivos de los cuales es difícil o imposible escapar (por ejemplo: tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia) y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático. Por su parte, el TEPTC se caracteriza por: 1) Problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; 2) Creencias acerca de una misma como disminuidas, derrotadas o sin valor, acompañada por sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan

un deterioro significativo en sus áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y/u otras áreas importantes de funcionamiento (Shevlin et al. 2018). Cloitre y colaboradores (2018) reportan una consistencia interna del CIT de $\alpha=.96$ con los 6 elementos del TEPT y una confiabilidad de $\alpha=.97$ para los 6 reactivos del TEPTC.

F2. E1.1.6 Procedimiento

Se estableció contacto con los responsables de la Clínica especializada en Género y Sexualidad y se les expuso el proyecto de tesis, llegando a acuerdos pertinentes para convocar y entrevistar a cada una de las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

Las participantes fueron invitadas al estudio por la investigadora principal en la sala de espera de la mencionada clínica cuando salían de su consulta psiquiátrica. Las mujeres que se interesaban en el estudio pasaban a uno de los consultorios de la clínica, y en privado se les daba el Consentimiento Informado para leerlo y, en su caso, firmarlo (ver Anexo 6). A quienes aceptaron participar se les aplicaron los instrumentos en formato de entrevista individual. Los datos fueron levantados entre inicios de octubre de 2019 y la segunda quincena de marzo de 2020.

Dificultades logísticas

Debido a que las mujeres llegaban apresuradas a su cita psiquiátrica, la invitación se les hacía hasta que ellas salían de consulta, pero la mayoría ya tenían agendada previamente otra cita o mencionaban que no tenían tiempo para quedarse. Entonces se optó por pedirles cita para su próxima consulta; sin embargo, la mayoría de las veces no acudían a la cita para la entrevista, en otras ocasiones, porque su médico/a tratante les había reagendado la cita y eso imposibilitaba poder verlas. Otro de los inconvenientes fue que a veces la persona aceptaba, pero el lugar asignado para llevar a cabo la entrevista estaba ocupado por algún/a residente y se tenía que buscar otros lugares o esperar para que se desocupara el espacio. Otra dificultad fue que otros/as residentes estaban aplicando sus protocolos y daban antes a las pacientes sus cuestionarios

para que se los contestaran, por lo que no era pertinente invitarles a participar en la presente investigación, porque ya estaban cansadas de estar participando en encuestas.

Finalmente, en total se llevaron a cabo 112 entrevistas con una duración de 1 hasta 3 horas, dependiendo si la persona tenía dudas o necesitaba contención. Se esperaba tener una muestra de 120 personas, pero se tuvo que parar hasta ese número ya que se inició la etapa de contingencia por la Covid-19 y se cancelaron todas las citas.

F2. E1.1.7 Consideraciones éticas

Se sometió el proyecto al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el cual fue aprobado con el número de registro CEI/C/055/2019 (ver Anexo 3).

Se trata de una investigación con riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título II, Capítulo I, artículo 17) debido a que solamente se aplicaron instrumentos para obtener información sociodemográfica y escalas de las variables de estudio.

A todas las participantes se les informó de forma personal que se trataba de un proyecto de investigación que tiene como propósito conocer las secuelas que ha dejado la violencia, tanto en la persona que acepte participar como en la relación con sus hijos/as.

Se invitó a las participantes dándoles a conocer el propósito del estudio y la forma en la cual participarían. Se aclaró que la participación era voluntaria e independiente al servicio que les brindaba la clínica enfatizando que su decisión no afectaría o condicionaría el servicio de salud que recibían. Además, se informaba la libertad de terminar su participación en el momento que ellas desearan su participación.

Los instrumentos se aplicaron siguiendo las recomendaciones que el Comité de Ética dictaminó para su evaluación y llevar a cabo las consideraciones pertinentes mencionadas en las Pautas Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre Seres Humanos (CIOMS; 2002). En cuanto

a los riesgos, de acuerdo con la Pauta 8: Beneficios y riesgos de participar en un estudio (CIOMS 2002): los riesgos de estudio podían ser que las participantes ya venían afectadas y antes de iniciar tenían que ser contenidas, además que se tocarían temas sensibles los cuales podrían alterar anímicamente a alguna participante o generar algún malestar, la investigadora principal fue quien aplicó los cuestionarios, quien se encuentra capacitada para realizar contención emocional, así como intervención en crisis, y si se detectaba que la madre entrevistada estaba ejerciendo algún tipo de maltrato a algún menor, se daría a conocer al Coordinador de la Clínica.

Para agradecer su participación a las entrevistadas a cada una le dio retroalimentación individual y personalizada acerca del tema del trauma relacionado con conocer los efectos más comunes que pueden presentar personas que han experimentado maltrato infantil y algunas estrategias para afrontarlos de una mejor manera; además del desahogo emocional acompañado de una escucha activa. Otro beneficio no directo, fue contribuir al conocimiento del fenómeno y se espera que estos conocimientos puedan ayudar a definir estrategias de intervención terapéutica y de prevención efectivas.

Los resultados del estudio fueron analizados grupalmente, sin especificar ningún tipo de información que permitiera identificar a las participantes. A cada participante se le dio a leer el Consentimiento Informado (CI) indicándole que no era necesario ni escribir ni decir su nombre para asegurar su anonimato y que la información que proporcionada sería analizada de manera grupal para llegar a conclusiones generales sobre el tema sin manejar ningún dato que posibilitara identificaciones personales. Previo a la firma del CI para participar en la investigación, y durante la lectura del mismo, se fueron respondiendo todas las dudas o preguntas a medida que iban surgiendo; además de darles el tiempo necesario para que tomaran la decisión para participar o no en el estudio.

También se les aseguró que los resultados y las publicaciones no revelarían en ningún caso la identidad de las participantes. Todo esto de acuerdo con los Principios y Guías éticos para la protección de sujetos humanos para la investigación Informe Belmont (2013). Asimismo, con base en esta Declaración, y en el Principio 7, se aseguró el respeto a todas las participantes.

F2. E1.2 Resultados de las características psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma

(CIT)

En esta sección se muestran los resultados de los análisis psicométricos del CIT, realizados con el paquete SPSS, (Kirkpatrick, 2015), respecto a su consistencia interna y su validez estructural a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), el cual se utiliza para explorar la carga factorial que tienen los reactivos y reducir los datos en variables más manejables; así como del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), con el cual se pone a prueba el modelo del Trastorno de Estrés Post-Traumático Complejo (TEPTC) basado en una teoría firme que valida dicha información (Miles, 2004).

Previo a los análisis estadísticos para evaluar las características psicométricas del CIT, se comprobó que la base de datos estuviera limpia y completa. Enseguida, se analizó la distribución de frecuencias obtenida para cada uno de los reactivos buscando que las respuestas se encontraran distribuidas en todas las opciones, y que ninguna concentrara más del 85% de respuestas en una sola opción.

F2. E1.2.1 Consistencia interna del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)

La consistencia interna de los 18 reactivos del CIT obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .919 (Ver Tabla 3).

Tabla 3. *Consistencia interna del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT) y de la escala de Deterioro Funcional (DF)*

	Alfa de Cronbach	Número de reactivos
Cuestionario Internacional de Trauma (CIT) + Deterioro Funcional	.919	18

F2. E1.2.2 *Validez estructural exploratoria del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)*

Para conocer si era factible realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se analizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (Tabla 4), cuyos resultados mostraron que las variables medidas con estos dos instrumentos obtuvieron una buena correlación y que se podía aplicar el análisis factorial exploratorio.

Tabla 4. *Prueba de KMO y Bartlett*

Medida de adecuación de Muestreo	Kaiser-Meyer-Olkin de	.868
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1129.695
gl.		152
p (sig.)		.000

Posteriormente se realizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación Varimax, la cual maximiza la carga de los factores, y además este tipo de rotación permite afirmar, cuando existen bases teóricas, que las variables latentes subyacentes a este análisis están relacionadas. El AFE logró la convergencia después de 6 iteraciones donde se obtuvieron tres componentes que explican el 61.494% de la varianza de la muestra (Tabla 5). En el primer factor se

agruparon los 6 reactivos correspondientes a TEPTC, más uno que teóricamente corresponde a Deterioro funcional; el factor 2 quedó integrado por los 6 reactivos de TEPT; y el tercer factor se agruparon 5 reactivos de DF, decidiendo integrar en este factor al reactivo que teóricamente corresponde a este componente que había quedado agrupado inicialmente en el primer factor, y que es: “¿Han afectado a sus relaciones personales o su vida social?”

Tabla 5. Índices de cargas factoriales del CIT y sus Componentes

Componentes	Valores propios iniciales			Rotación de sumas de cargas cuadradas		
	Total	% de varianza explicada	% acumulado de varianza explicada	Total	% de varianza explicada	% acumulado de varianza explicada
1.TEPTC	7.701	42.781	42.781	4.879	27.103	27.103
2.TEPT	2.080	11.558	54.339	3.469	19.272	46.375
3.Deterioro funcional	1.288	7.156	61.494	2.721	15.119	61.494

A continuación, se presentan las Tablas 6 y 7 con los resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), rotación Varimax de los 18 reactivos del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT).

Tabla 6. Matriz de componentes rotados (Varimax) del Análisis Factorial Exploratorio del CIT y DF

Reactivos	TEPTC (1)	TEPT (2)	DF (3)
1. ¿Ha tenido sueños angustiantes que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?		.653	.140
2. ¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o recuerdos intensos que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo nuevamente en ese momento?		.679	.364
3. ¿Ha evitado los recordatorios internos de la experiencia (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?	.321	.650	
4. ¿Ha evitado los recordatorios externos de la experiencia (por ejemplo, ciertas personas, lugares, conversaciones, objetos actividades o situaciones)?	.261	.729	.185
5. ¿Ha estado “en alerta máxima”, vigilante o en guardia?	.209	.695	.217
6. ¿Se ha sentido nervioso o se asusta fácilmente?	.184	.791	
7. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?	.333	.434	.528
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?	.192	.256	.790
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?	.108	.303	.742
10. Cuando estoy molesta, me toma mucho tiempo calmarme	.540	.294	.111
11. Me siento insensible o emocionalmente/fría/anestesiada.	.710	.160	.112
12. Siento que soy un fracaso.	.776	.244	.188
13. Siento que no valgo nada.	.774	.223	.234
14. Me siento aislada o distante de los demás.	.779	.142	.254
15. Se me dificulta mantenerme emocionalmente cercana a las personas.	.749	.203	
16. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?	<u>.761</u>	.139	.364

17. <i>¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?</i>	.529		.643
18. <i>¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?</i>	.544		.564

Tabla 7. Congruencia conceptual de los reactivos por factor-subescala

Reactivos	TEPTC (1)	TEPT (2)	DF (3)
1. <i>¿Ha tenido sueños angustiantes que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?</i>		.653	
2. <i>¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o recuerdos intensos que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo nuevamente en ese momento?</i>		.605	
3. <i>¿Ha evitado los recordatorios internos de la experiencia (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?</i>		.650	
4. <i>¿Ha evitado los recordatorios externos de la experiencia (por ejemplo, ciertas personas, lugares, conversaciones, objetos actividades o situaciones)?</i>		.729	
5. <i>¿Ha estado “en alerta máxima”, vigilante o en guardia?</i>		.695	
6. <i>¿Se ha sentido nervioso o se asusta fácilmente?</i>		.791	
7. <i>¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?</i>			.528
8. <i>¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?</i>			.790
9. <i>¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?</i>			.742
10. <i>Cuando estoy molesta, me toma mucho tiempo calmarme</i>	.540		
11. <i>Me siento insensible o emocionalmente/fría/anestesiada.</i>	.710		
12. <i>Siento que soy un fracaso.</i>	.776		

13. <i>Siento que no valgo nada.</i>	.774		
14. <i>Me siento aislada o distante de los demás.</i>	.779		
15. <i>Se me dificulta mantenerme emocionalmente cercana a las personas.</i>	.749		
16. <i>¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?</i>			.364*
17. <i>¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?</i>			.643
18. <i>¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?</i>			.564

*Éste es el reactivo que siguiendo la recomendación de (Miles, 2004) se optó por dejarlos en esa dimensión debido a congruencia teórico conceptual.

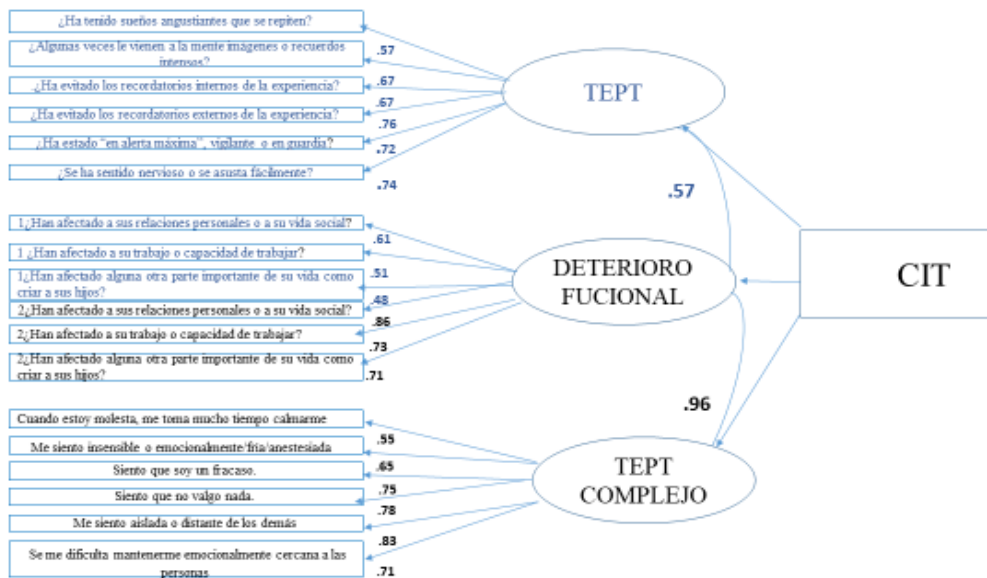
Posteriormente, para comprobar que los factores presentados en las Tablas 6 y 7 fueran coherentes conceptualmente, y por tanto confiables, se realizó un análisis de consistencia interna del CIT y cada uno de los factores del AFE (TEPT y TEPTC y DF) con coeficientes alpha de Cronbach de: .919 (.841, .872 y .853, respectivamente) (Tabla 8).

Tabla 8. *Índice alfa de Cronbach para cada factor-subescala*

CIT	Factores		
	TEPT	Deterioro Funcional	TEPTC
.919	.841	.853	.872

Como se presenta en la Figura 1, en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) permanecieron los mismos tres factores del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) del Cuestionario Internacional de Trauma: TEPT, DF y TEPTC.

Figura 1. Modelo de estimación de los parámetros estandarizados para el modelo del análisis factorial confirmatorio CFA del CIT.



En el AFE, realizado con el paquete estadístico AMOS Kline, (1998) través de un modelo de medida, con el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se obtuvieron los valores de los índices de ajuste global para corroborar la pertinencia de éste con los datos; los parámetros obtenidos indican un buen ajuste (Tabla 9): el CMIN/DF 1.395 que evalúa que las correlaciones entre las variables sean plausibles; el valor de p. que cuando es mayor a .05 indica que ha de aceptarse la hipótesis del modelo, pero es sensible al tamaño de la muestra; el índice de ajuste comparativo fue de CFI = .952 y para un buen ajuste se espera que sea mayor a .90; asimismo, el error cuadrático medio de aproximación RMSEA= 0.60 valor que se considera adecuado e indica un buen ajuste, con intervalos de confianza que van de 0.37 a 0.80, el TLI .942 expresa la proporción de varianza explicada por el modelo.

Tabla 9. *Índices de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)*

CIT	.002
CMIN/DF	1.395
CFI	.952
TLI	.942
NFI	.853
PRATIO	.824
PCFI	.952
RMSEA	.60

F2. E1.3 *Discusión y Conclusiones sobre las Características Psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT)*

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que examina las características psicométricas del ITQ (CIT) en idioma español con una muestra clínica altamente traumatizada de mujeres mexicanas. La validez y confiabilidad del instrumento mostró puntajes adecuados a nivel global, y también al distinguir entre TEPT y TEPTC, destacando en particular la relevancia del deterioro funcional para el TEPTC, como se ha observado en otros estudios (Haselgruber et al., 2020). Nuestros resultados contribuyen a la evidencia de que el TEPTC parece ser mejor reflejado en el modelo de dos factores de segundo orden en la población clínica (Redican et al. 2021). Asimismo, la consistencia del instrumento es adecuada, como se informó en otra población clínica (Sele et al., 2020). Los síntomas representados en el CIT son adecuados y suficientes para la evaluación de TEPT y TEPTC, y para determinar el grado de deterioro funcional resultante de los

síntomas. La estructura de la prueba fue adecuada, como proponen Cloitre et al. (2018), con las dimensiones TEPT y TEPTC claramente distinguido, consistente con investigaciones previas (Haselgruber et al., 2020; Ho et al., 2019; Hyland et al., 2018; Sheylin et al., 2018). Es importante señalar que, aunque el CIT fue diseñado para ser autoaplicado, en este estudio se administró en el contexto de una entrevista estructurada realizada por uno de los autores solamente.

En la presente muestra, el 55% de los participantes presentó TEPTC y el 14% TEPT, que también es consistente con los hallazgos de que el TEPTC tiene una prevalencia mucho mayor en poblaciones que típicamente reportan exposición a múltiples traumas interpersonales, tales como (Cloitre et al., 2018), niños adoptivos expuestos a la violencia (Haselgruber et al., 2020), veteranos con PTSD (Murphy et al., 2020) y refugiados sirios que viven en el Líbano (Vallieres et al., 2018). Como Redican et al. (2021), parece que el TEPT y el TEPTC forman construcciones más cohesivas en muestras marcadas por altos niveles de síntomas carga y exposición a trauma como el de este estudio.

Es interesante que entre los ítems de TEPT, las puntuaciones más altas se observaron tanto en los ítems de evitación relacionados con señales internas ($M = 2,37$, $DT = 1,36$) y señales externas ($M = 2,48$, $DT = 1,42$), así como en los dos indicadores de hiperactivación: estar en guardia ($M = 2,30$, $SD = 1,54$) y asustarse fácilmente ($M = 2,39$, $SD = 1,59$) las dificultades funcionales reportadas, especialmente las relacionadas con las relaciones sociales ($M = 2.63$, $SD = 1.38$), también son dignos de mención. Sin embargo, los ítems de reexperimentación obtuvieron puntuaciones mucho más bajas, tanto sueños perturbadores ($M = 1.45$, $SD = 1.44$) como imágenes o recuerdos experimentados como si ocurrieran en el aquí y ahora ($M = 1,95$, $DT = 1,36$). Las puntuaciones bajas no cumplen los criterios para la reexperimentación y, por lo tanto, no cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPTC.

Esto puede ser una cuestión de tiempo, ya que las preguntas sobre el TEPT preguntan solo sobre el mes anterior, mientras que las de TEPTC se refieren a cómo el encuestado siente en general (Ho et al.,

2019). Knefel y Lueger-Schuster (2013) sugieren combinar síntomas subumbrales de TEPT precisamente porque los criterios de reexperimentación son difíciles de cumplir, especialmente cuando la violencia se experimentó en la vida temprana, sin dejar recuerdos. Esto significaría una mayor probabilidad de que las mujeres que experimentan un trauma en una edad temprana no serán correctamente diagnosticada y tratada. La media más alta para los ítems del TEPTC fue la sensación de aislamiento o distanciamiento de otras personas ($M = 2.80$, $SD = 1.32$). En este sentido, cabe señalar que las personas con TEPTC informan más niveles de disociación en comparación con aquellos con TEPT (Hyland et al., 2018) y también que la violencia severa en la primera infancia se relaciona con altas tasas de disociación (Lawson y Akay-Sullivan, 2020). El hecho de que la desregulación emocional sea un grupo formado por dos manifestaciones opuestas, hiperactivación vs. desactivación, es un aspecto que se ha identificado como problemático (Ho et al., 2019). Haselgruber et al. (2020) y Murphy et al. (2020) mencionan que los ítems de esta dimensión pueden ser los responsables de la menor varianza. Como se señaló, autores como Sele et al. (2020) también identifican que la medición error en su estudio está relacionado con la desregulación emocional, lo que sugiere que puede ser conceptualizado más apropiadamente como dos fenómenos diferentes, es decir, que el TEPTC en realidad tiene cuatro dimensiones: hiperactivación, desactivación, autoconcepto negativo y problemas en las relaciones. Por lo tanto, es necesaria una investigación adicional para mejorar las propiedades psicométricas de esta subescala.

En el presente estudio, aunque los síntomas de TEPT y TEPTC se configuraron como dimensiones separadas en el análisis factorial confirmatorio, el deterioro funcional juega un papel diferente en cada uno; parece tener menos peso en el TEPT que en el TEPTC (como se ve en el análisis factorial exploratorio, Tabla 7). La importancia de este resultado requiere más análisis, en futuros estudios.

Finalmente, no se usó ninguna otra medida de TEPT, lo que no nos permitió examinar la validez concurrente de los hallazgos. Con respecto al número de participantes, otros estudios que evalúan la

validez de Las versiones del CIT se han basado en muestras clínicas que van desde 106 a 177 participantes (Hyland et al., 2020; Vallières et al., 2018; Vang et al., 2021). Asimismo, cabe señalar que solo el 22% de los participantes diagnosticados de TEPT en el servicio cumplían los criterios de TEPT en el CIT, y el 21% lo cumplía en “otros”, el 17% en ansiedad y el 5% en trastornos afectivos. En cualquier caso, nuestros hallazgos sugieren la necesidad de más estudios sobre la estructura latente de los indicadores de TEPT de la CIE-11 basados en una perspectiva de método múltiple (Somma et al., 2019). La versión actual del ITQ debe limitarse a poblaciones clínicas de mujeres, donde es de gran importancia contar con un breve instrumento de tamizaje que diferencie entre TEPT y TEPTC, y donde una entrevista diagnóstica más detallada podría confirmar la presencia de TEPTC y conducen a la toma de decisiones fundamentales. Investigaciones adicionales en otros se requieren poblaciones para expandir nuestros hallazgos y explorar las asociaciones entre el TEPT y disociación, depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad, así como cuáles eventos traumáticos están más asociados con el TEPT y el TEPTC.

Fase 2 Etapa 2

F2. E2 Modelo Conceptual de la Transmisión Intergeneracional del Maltrato a los hijos/as

F2. E2.a. Objetivo General

- Probar el Modelo conceptual propuesto respecto a la transmisión intergeneracional del maltrato hacia los hijos/as, determinando cómo se relacionan y/o influyen la historia de violencia en la infancia, y el TEPTC y sus dimensiones, a saber: la desregulación emocional, la autopercepción distorsionada y los problemas de relación con otras personas, con la transmisión intergeneracional de maltrato a sus hijos/as en mujeres adultas usuarias de la consulta externa de un servicio de psiquiatría del tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

F2. E2.1 Método

F2. E2.1.2 Objetivos Específicos

1. Descripción de las variables del Modelo Conceptual de la Muestra (N=112)
 1. Descripción sociodemográfica.
 2. Diagnóstico principal y tratamiento.
 3. Distribución de las variables del Modelo Conceptual de la Muestra
 - a. Eventos traumáticos alguna vez en la vida
 - b. Antecedentes de maltrato en la infancia de la madre
 - c. TEPTC
 - d. Maltrato a sus hijos/as
2. Comparar la presencia de maltrato en la infancia a sus hijos/as en mujeres con y sin TEPTC.
3. Identificar la relación/influencia entre el TEPTC y la transmisión generacional del maltrato a sus hijos/as.
4. Identificar la relación/influencia entre las dimensiones del TEPTC y la transmisión generacional del maltrato a sus hijos/as.
5. Identificar la relación/influencia entre las mujeres con TEPTC que tienen antecedentes maltrato en su infancia (número, tipo y gravedad) y la transmisión generacional del maltrato a sus hijos/as.
6. Identificar la relación/influencia entre los antecedentes de maltrato en la infancia (número, tipo y gravedad) y la transmisión generacional del maltrato a sus hijos/as.

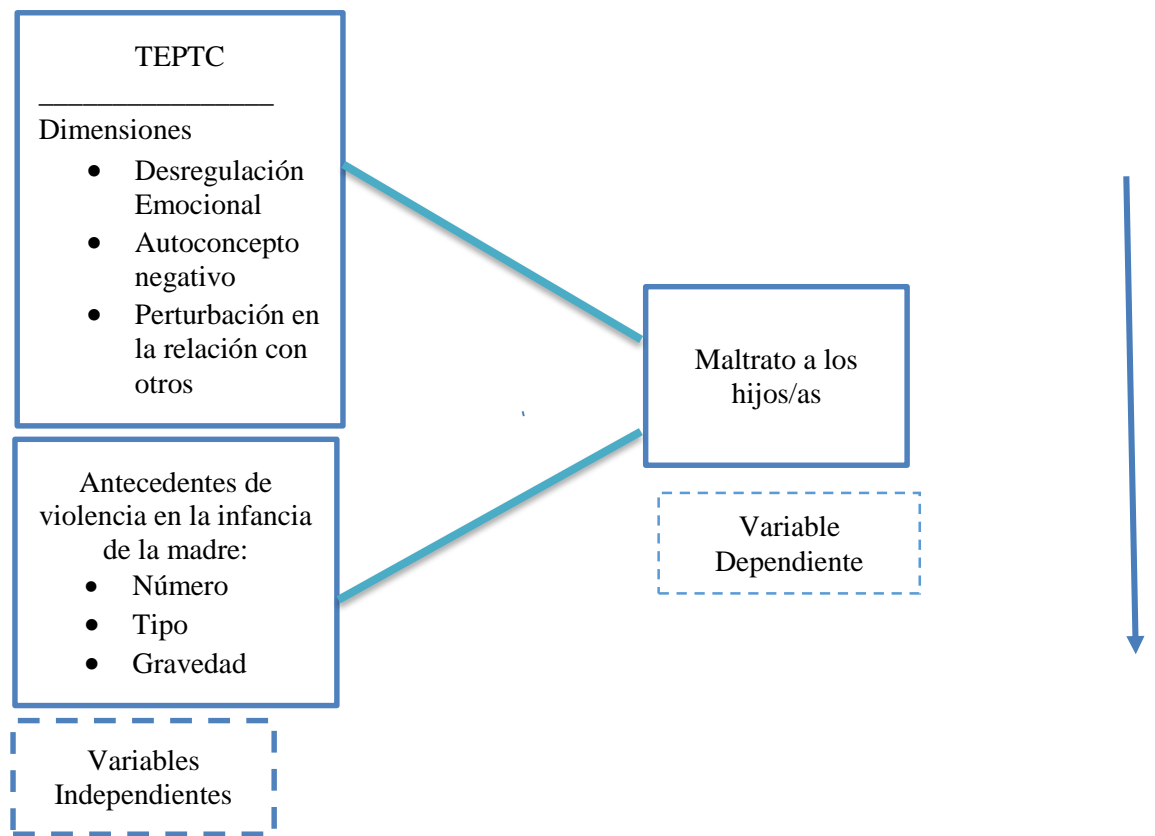
F2. E2.1.3 Hipótesis

- *H1.* Los antecedentes de maltrato en la infancia y el TEPTC y sus dimensiones, a saber: la desregulación emocional, la autopercepción distorsionada y los problemas de relación con otras personas se relacionan y/o influyen con la transmisión intergeneracional del maltrato a sus hijos e/o hijas.

- *H0*. Los antecedentes de maltrato en la infancia y el TEPTC y sus dimensiones, a saber: la desregulación emocional, la autopercepción distorsionada y los problemas de relación con otras personas no se relacionan y/o influyen con la transmisión intergeneracional del maltrato a sus hijos e/o hijas.

F2. E2.2 Propuesta del Modelo Conceptual de la Transmisión Intergeneracional del

Maltrato a los hijos/as



F2. E2.2.1 Variables del Modelo de la Transmisión Intergeneracional del Maltrato a los hijos/as:
Definición Conceptual (DC) y Definición Operacional (DO)

F2. E2.2.1.1 Variables Independientes

1. Trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC) como categoría diagnóstica y sus dimensiones:
 - a. Desregulación emocional: comportamiento irritable, arrebatos de furia, comportamiento autodestructivo, adormecimiento emocional.
 - b. Autoconcepto negativo: percepción distorsionada, falta de autocontrol para establecer metas.
 - c. Perturbación en la relación con otros: problemas para formar apegos, introversión, y desconfianza en los otros.

DC: El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o a una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, con eventos más frecuentes o repetitivos de los que es muy difícil o casi imposible escapar (por ejemplo: tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia); además se hayan cumplido todos los requisitos diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Por su parte, el TEPTC se caracteriza por: 1) Problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; 2) Creencias acerca de una misma como disminuidas, derrotadas o sin valor, acompañada por sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en sus áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y/u otras áreas importantes de funcionamiento (Shevlin et al. 2018).

DO: El Cuestionario Internacional del Trauma (CIT) (Cloitre et al., 2018) evalúa la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) integrado por: Desregulación emocional, Autoconcepto negativo y Perturbación en la relación con otros. Es una medida breve con 12 reactivos: 6 reactivos para Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y 6 reactivos para TEPTC con sus tres dimensiones. Además, se incluyeron los seis reactivos para evaluar Deterioro funcional (DF), tres evalúan el TEPT y tres para el TEPTC Todos los ítems se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos con puntuaciones que varían desde 0 (nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (mucho), 4 (extremadamente).

DC Esta lista de eventos puede usarse para indicar exposición a un trauma que no estaba en la lista, registra si cada uno ha ocurrido alguna vez en la vida y en qué edad, y si sucedieron en los últimos 12 meses (Mendoza et al., 2013).

DO Lista de eventos estresantes, es una medida de autoinforme consta de 23 sucesos, para detectar posibles eventos traumáticos en la vida del entrevistado (desastres naturales, agresión física, enfermedades o lesiones que amenazan la vida). El ítem 23 “¿Hay alguna otra situación que hubiera podido causarle la muerte o lesiones graves que no esté mencionada en esta lista?”

2. Violencia en la infancia sufrida por la madre:

- a. Física como: golpes, patadas sacudidas y agresiones.
- b. Sexual como: ser tocada u obligada a tocar los genitales de un adulto, y/o ser presionadas para tener relaciones sexuales, y/o ser obligada a ver pornografía.
- c. Emocional como: descalificaciones, humillaciones, discriminaciones o sometimientos, negligencia tales como el hecho de no haber sido satisfechas las necesidades principales, tales como las físicas, médicas, educativas y emocionales.

DC: Conceptualmente se entiende como conocer el maltrato infantil, negligencia, abuso sexual además del daño o amenaza de daño y abandono vivido en la infancia,

DO: Se captarán los valores que permitan reconocer el maltrato vivido en la infancia por las mujeres por medio de la Escala de Tácticas y conflictos en las Relaciones Padre-Hijo de Strauss (Strauss et. al., 1998), de 49 reactivos seleccionados y adaptados en una versión utilizada previamente en español por (Ramos y Santijeral 1999, 2001, 2008). Es una escala tipo likert con 6 opciones para medir la frecuencia, estas opciones son: (0) nunca, (1) Una vez al año, (2) de 2 a 5 veces al año, (3) de 6 a 15 veces al año, (4) Más de 15 veces al año (5) Más de 20 veces al año, la consistencia interna varia de $\alpha=.55$ para asalto físico, $\alpha=.68$ para agresión psicológica y $\alpha=.70$ para disciplina, una razón para la baja confiabilidad de consistencia interna se debe a las distribuciones extremadamente sesgada de la violencia física, puede haber un niño golpeado con un cinturón o un palo, o que lo ahogo, quemado o apuñalo.

F2. E2.2.1.2 Variable dependiente

1. Maltrato a los hijos/as a través de los siguientes tipos:
 - a. Físico
 - b. Emocional por:
 - i. Frustración
 - ii. Autoritarismo

DC: Conceptualmente se entiende como la persona que no cumple satisfactoriamente con las necesidades básicas de los hijos de protección y afecto, y utiliza prácticas de crianza inapropiadas como son: el daño físico, emocional, el abandono y la indiferencia (Santamaría, 1993).

DO: Se captarán los valores que permitan reconocer a las mujeres que reproducen maltrato hacia sus hijos/as por medio de la Escala para detectar a madres que maltraten física y emocionalmente (EDMM) originalmente consta de 107 reactivos, de los cuales se seleccionaron 29 que diferencian a madres maltratadoras vs. no maltratadoras (Pérez, 2007). Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (0= Nunca, 1= A veces, 2= Casi siempre, 3= Siempre), Consistencia interna

con un $\alpha=.90$. Sin embargo, para este estudio y con el propósito de disminuir los efectos de fatiga y pérdida de interés que pueden producirse en las participantes debido a la medicación, se procedió a elegir los factores con mayor validez discriminante, así como los que se consideraron más convenientes para este estudio, los cuales son los siguientes: Factor 1 (Maltrato físico) $\alpha=.931$, Factor 2 (Maltrato emocional verbal) $\alpha=.93$, Factor 3 (Maltrato emocional por autoritarismo) $\alpha=.84$ y Factor 6 (Maltrato emocional por frustración), $\alpha=.85$.

Nota: Muestra (N=112), Procedimiento y Consideraciones Éticas están descritos en las correspondientes secciones de la Fase 2, Etapa 1

11. F2. E2.1 RESULTADOS

F2. E2.1.1 Descripción de las variables del Modelo Conceptual en la Muestra (N=112)

F2. E2.1. 1.a Descripción sociodemográfica de la muestra (N=112).

Las características sociodemográficas de las participantes se muestran en la Tabla 10. El grupo de edad con menos participantes fue entre 22 y 31 años (7.2%). La mayoría de las participantes estaban en el grupo de edad de 41 a 50 años, que corresponde al 42.4%. Una cuarta parte contaba con preparatoria (25.1%), seguidas por poco más de la quinta parte (23.2%) con licenciatura; en tanto que el 20.5% cuenta con carrera técnica ó comercial; y solamente el 12.4% con primaria completa. En lo que respecta al estado civil, el mismo número de participantes estaban casadas y divorciadas/separadas (37.5%, respectivamente), representando en conjunto el 75% del total de la muestra; y por otro lado, el 21.4% estaban solteras y un 3.6% viudas. Solamente poco más de la cuarta parte (26%) percibía alguna remuneración económica por trabajo: 11% contaba con un empleo formal, y el 15% realizaban actividades laborales por cuenta propia; la mayoría 74% no contaba con ingresos propios: el 39% eran amas de casa y el 35% estaban desempleadas. El 44.6% de las participantes vivían con su pareja y el 52.7% no tenían

pareja. El promedio de número de hijos/as fue de 2.29, con una desviación estándar (DE) de 1.07; y el promedio de edad del primer embarazo fue de 22.71 años, con una DE de 5.88.

Tabla 10. *Características sociodemográficas de las participantes (N=112)*

		f	%
Edad	22 – 31	9	7.2
	32 – 40	21	18.9
	41 – 50	47	42.4
	51 – 59	24	21.6
	60 – 67	11	9.9
Escolaridad	Primaria	14	12.4
	Secundaria	21	18.8
	Preparatoria	28	25.1
	Carrera técnica/comercial	23	20.5
	Licenciatura	26	23.2
Estado Civil	Soltera	24	21.4
	Casada	42	37.5
	Divorciada/Separada	42	37.5
	Viuda	4	3.6
Ocupación	Ama de casa	44	39.0
	Empleo formal	12	11.0
	Empleo c/propia	17	15.0
	Otras: sin empleo	39	35.0
Pareja	Sí	50	44.6
	No	59	52.7
		n	\bar{X}(DE)
Número de hijos/as		112	2.29(1.07)
Edad del primer embarazo		109	22.71(5.88)

F2. E2.1.1. b Diagnóstico principal y tratamiento

Dado que la población participante eran pacientes de consulta externa en un hospital del tercer nivel de atención psiquiátrica que acudía a su vez (por comorbilidad) a una clínica para la atención de la violencia de género, en la Tabla 11 se puede observar que el trastorno psiquiátrico más común fue la depresión 32.1%, seguido por el 28.6% de trastorno por estrés postraumático; el 10.7% de ansiedad y el 7.1% de trastorno límite de la personalidad. Cabe mencionar que en todos los casos las participantes tenían comorbilidad con otros trastornos por lo que en esta descripción se tomó en cuenta el diagnóstico principal que aparecía en el expediente. La mayoría (81.3%) estaba recibiendo tratamiento farmacológico y terapia combinados, y el resto (9.8%) sólo fármacos.

Tabla 11. *Diagnósticos psiquiátricos y tipo de tratamiento (N=112)*

		f	%
Diagnóstico	Depresión	36	32.1
	Ansiedad	12	10.7
	Trastorno por estrés postraumático	32	28.6
	Trastorno límite de personalidad	8	7.1
	Otros	24	21.5
Tratamiento	Farmacológico	11	9.8
	Farmacológico y terapia	91	81.3

F2. E2.1.1. cDistribución de las variables del Modelo Conceptual en la Muestra

F2. E2.1.1.c.i Eventos traumáticos alguna vez en la vida

En la Tabla 12 se observa que las participantes de este estudio han vivido muchas experiencias traumáticas a lo largo de sus vidas. Casi las tres cuartas partes (72.3%) había estado presentes en un desastre natural; la misma proporción (72.3%) había experimentado la muerte inesperada de un familiar o de una amistad; y también casi una proporción de 72.3% había sido testigo de violencia familiar. Cerca las dos terceras

partes de la muestra (63.4%) había sido amenazada con un arma; y en igual proporción había experimentado algún abuso sexual (64.3%). Poco más de la mitad (53.6 %) había sido golpeada por familiares y perseguidas y acosadas; e incluso reportan haber ejercido violencia intencional o accidental que ha dañado gravemente a otra persona (4.5%).

Tabla 12. *Eventos traumáticos en la vida de las mujeres (N=112)*

Tipo de evento traumático	f	%
Haber estado presente en un desastre natural, como huracán, terremoto o inundación.	81	72.3
Muerte de algún familiar o amiga muy cercana de forma repentina o inesperada.	81	72.3
Haber sido testigo e golpizas entre familiares cerca de ti.	81	72.3
Haber sido asaltada o amenazada con un arma.	71	63.4
Haber sido obligada a tocamientos sexuales contra tu voluntad o de forma inapropiada	72	64.3
Haber recibido golpes por algún familiar (no incluye parejas o exparejas)	60	53.6
Haber sido herida, cortada, rasguñada o sangrada (padre, madre o familiar)	59	52.7
Haber sido perseguida o vigilada para hacerte daño.	58	51.8
Haber visto o escuchado a alguien ser herido gravemente o a que estaba siendo asesinado.	50	44.6
Haber tenido una enfermedad que te causara heridas graves o incluso poder llegar a morir.	46	41.1
Amenaza seria o daño a un miembro de tu familia o amigo/a íntimo (secuestro, violación, tortura).	45	40.2
Haberse visto involucrada en un accidente de vehículo de motor grave.	44	39.3
Haber tenido algún accidente de otro tipo grave, en la calle o algún lugar público.	27	24.1
Haber recibido golpes por parte de otra persona (no familiares).	26	23.2
Haber sido secuestrada o torturada	22	19.6
Haber estado involucrada en un desastre causado por el ser humano (explosión, incendio).	21	18.8
Haber hecho algo que provocara accidentalmente heridas graves o muerte a alguna persona	17	15.2
Haber sido testigo de atrocidades o matanzas (asesinatos en masa)	7	6.3
Haber herido gravemente, torturado o matado a alguien a propósito	5	4.5
Haber estado en una zona de guerra, o en un lugar donde hubiera una situación de terror	2	1.8

- *Eventos traumáticos en la vida de las mujeres, según corte de edad: antes y después de los 15 años*

La Tabla 13 muestra el promedio de los eventos previamente reportados en tres subtipos, (Número total, antes de los 15 años y 15 ó más años). Como se observa, en promedio las participantes experimentaron alrededor de nueve de esos eventos a lo largo de sus vidas, tres antes de los 15 años y poco más de seis a partir de los 15 años.

Tabla 13. Promedio de eventos traumáticos en la vida de las mujeres, según corte de edad: antes y después de los 15 años (N=112)

	N	\bar{X} (DE)
Número total	112	9,18(3,50)
Antes de los 15 años	112	3,03(2,31)
15 ó más años	112	6,52(2,82)

E2.1.1. c. ii Antecedentes de maltrato en la infancia de la madre

- *Cronicidad por tipo de violencia parental/maternal en la infancia de las mujeres*

La Tabla 14 muestra el tipo de maltrato recibido tanto por parte del papá como de la mamá en términos de su cronicidad¹, ordenados de la media más alta a la más baja. Se observa que, en promedio, las participantes recibieron alrededor de diez veces en su infancia maltratos psicológicos y físicos leves. Poco más de siete veces experimentaron maltrato psicológico del papá y casi siete de maltrato físico grave por parte de sus madres. Cabe destacar que también se reportaron cuatro veces durante la infancia maltrato físico leve y grave por parte del papá, cabe señalar que tres personas de la muestra total no contestaron todos los cuestionarios.

¹ Como se señaló previamente, los puntos medios son los mismos que los números de categoría de respuesta para las respuestas 0, 1 y 2. Para la categoría 3 (3–5 veces) el punto medio es 4; para la categoría 4 (6–10 veces) es 8; para la categoría 5 (11–20 veces) es 15; y para la categoría 6 (Más de 20 veces en el último año) se usó 25 como el punto medio.

Tabla 14. *Cronicidad por tipo de violencia parental/maternal en la infancia de las mujeres (N=109)*

	n	\bar{X} (DE)
Maltrato psicológico mamá	108	10.28 (8.58)
Maltrato físico leve mamá	108	9.86 (11.05)
Maltrato psicológico papá	109	7.72 (8.83)
Maltrato físico grave mamá	108	6.62(7.78)
Maltrato físico leve papá	109	4.42 (8.80)
Maltrato físico grave papá	109	4.29 (7.33)
Maltrato físico muy grave mamá	108	2.19 (4.21)
Maltrato físico muy grave papá	109	1.52 (4.18)

Experiencias de violencia sexual en las mujeres.

*: De las 112, 3 no respondieron el cuestionario completo; N=109

Tal como indica la Tabla 15, una de cada cinco mujeres mencionó que vivieron exclusivamente abuso sexual infantil, en tanto que 17.1%, indicó haber experimentado solamente relaciones sexuales forzadas, mientras que más de la mitad (51.4%) señaló que vivieron ambos tipos de violencia sexual.

Tabla 15. *Experiencias de violencia sexual en las mujeres (N=112)*

Experiencias de violencia sexual en las mujeres	f	%
Solamente abuso sexual infantil (antes de 15 años)	21	20.0
Solamente relaciones sexuales forzadas (a partir de los 15 años)	18	17.1
Ambos	54	51.4

F2.E2.1.1.c.iii Tipo de diagnóstico con base al Cuestionario Internacional de Trauma: sin TEPT ni TEPTC, sólo TEPT y sólo TEPTC y sus dimensiones

En la Tabla 16 se observa que una tercera parte de las participantes no cubrió el criterio de TEPT ni de TEPTC (SinDX), mientras que 15% lo cubrió para TEPT y poco más de la mitad de las participantes fue clasificada con TEPTC. Cabe destacar de que independientemente de que se cubriera el criterio de TEPTC

o no, tres de cada cuatro mujeres reportaron presentar problemas interpersonales y que dos terceras partes reportó desregulación emocional y en igual proporción autoconcepto negativo.

Tabla 16. *Tipo de diagnóstico con base al Cuestionario Internacional de Trauma: Sin Diagnóstico, con TEPT y con TEPTC y sus dimensiones (N=112)*

	f	%
Sin Diagnóstico (sin TEPT ni TEPTC)	35	31.3
TEPT	15	13.4
TEPTC	62	55.4
Dimensiones del TEPTC:		
<i>Desregulación emocional</i>	74	66.1
<i>Autoconcepto negativo</i>	74	66.1
<i>Problemas interpersonales</i>	84	75.0

Antecedentes de maltrato en la infancia de la madre, según tipo de diagnóstico

En la Tabla 17 se presentan los porcentajes y las medias para realizar los análisis que permitieron identificar que las mujeres con TEPTC reportaron significativamente más abuso sexual infantil ($\chi^2=8,61$ (gl 2). $p < .05$) que los otros grupos, así como más eventos de maltrato psicológico por parte del papá ($F(2,106)=5,32$, $p < .01$), más maltrato físico leve por parte de la mamá ($F(2,105)=3,15$, $p < .05$), maltrato físico grave por parte del papá ($F(2,10)=3,78$, $p < .05$) y más violencias sexuales ($F(2,102)=4,18$, $p < .05$).

Tabla 17. Antecedentes de maltrato en la infancia de la madre, según tipo de diagnóstico

Antecedentes de maltrato en la infancia de la madre	Sin TEPT ni TEPTC n=35		TEPT n=15		TEPTC n=62	
	f	%	f	%	f	%
Abuso sexual infantil	20	57	7	53.8	50	82
Relaciones sexuales forzadas	20	58.8	9	69.2	43	74.1
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Maltrato psicológico papá	5.09	7.53	3.84	6.17	10.05	9.37
Maltrato psicológico mamá	8.41	9.24	7.55	7.14	11.91	8.23
Maltrato físico leve papá	2.55	7.11	4.03	7.79	5.58	9.75
Maltrato físico leve mamá	7.35	10.07	5.80	9.17	12.13	11.52
Maltrato físico grave papá	1.92	5.06	2.92	6.93	5.94	8.14
Maltrato físico grave mamá	5.55	7.94	4.32	5.23	7.70	8.05
Maltrato físico muy grave papá	.49	1.65	.89	3.03	2.25	5.17
Maltrato físico muy grave mamá	2.53	4.33	1.28	3.12	2.19	4.36
Número de violencias sexuales	1.17	.71	1.23	.83	1.56	.59

F2. E2.1.1. iv Maltrato de la madre a sus hijos/as

En la Tabla 18 se muestra el promedio del maltrato ejercido por las participantes hacia sus hijos/as que van de las opciones de 0 (Nunca), 1 (A veces), 2 (Casi siempre), y 3 (Siempre), observándose que en maltrato total reportan en promedio hacerlo a veces ($1.13 \pm .85$; siendo el maltrato emocional por frustración el que se ejerció con un promedio más alto ($1.36 \pm .95$). Debido a que no se encuentra mucha variabilidad, estas variables fueron dicotomizadas detectando que 36% de las participantes reportaron algunas veces haber ejercido cualquier tipo de maltrato hacia sus hijos/as; 52.7% algunas veces maltrato físico, 62.5% algunas veces maltrato emocional verbal y 63.4% maltrato emocional por frustración.

Tabla 18. Promedio de eventos de maltrato de la madre hacia sus hijos/as (N=109)

	N	\bar{X} (DE)
Maltrato físico	109	1.03 (.89)
Maltrato emocional verbal	109	1.08 (.89)
Maltrato emocional por frustración	109	1.36 (.95)
Maltrato total	109	1.13(.85)

F2. E2.1.2 Comparación de la presencia de maltrato a sus hijos/as en mujeres, según tipo de diagnóstico

La Tabla 19 muestra que solamente las mujeres que ejercieron maltrato por frustración reportaron presentar significativamente en mayor proporción TEPTC que las que no lo reportaron ($X^2 = 6,38$, gl 2, $p=.041$).

Tabla 19. Tipo de diagnóstico y eventos de maltrato de la madre hacia sus hijos/as (N=109)

Tipo de Diagnóstico	Maltrato físico a su hijo/a				Maltrato Emocional a su hijo/a				Maltrato por Frustración a su hijo/a			
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin Diagnóstico de TEPT ni de TEPTC n=35	16	27.1	19	35.8	21	30.0	14	33.3	20	28.2	15	36.6
TEPT n=15	5	8.5	10	18.9	8	11.4	7	16.7	6	8.5	9	22
TEPTC m=62	38	64.4	24	45.3	41	58.6	21	50	45*	63.4	17	41.5

* $p < .05$

F2. E2.1.3 Comparación entre las dimensiones del TEPTC con la presencia de maltrato a sus hijos/as.

La tabla 20 muestra que al considerar las dimensiones del TEPTC destaca que las mujeres que reportaron maltrato físico presentaron mayor desregulación emocional ($F(1,110)=4,61$, $p=.034$) y autoconcepto negativo ($F(1,110)=3.95$, $p=.049$) que las que no maltrataron. Lo mismo se observó en el maltrato por frustración, quienes lo hicieron mostraron significativamente más desregulación emocional que las que no ($F(1,110)=4.62$, $p=0.34$) y un mayor autoconcepto negativo ($F(1,110)=11,91$, $p=.001$).

Tabla 20. Dimensiones del TEPTC maltrato de la madre hacia sus hijos/as ($N=109$)

Tipo de Diagnóstico	Maltrato físico a su hijo/a				Maltrato Emocional a su hijo/a				Maltrato por Frustración a su hijo/a			
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
Dimensiones	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Desregulación	1.18 *	.77	.84	.88	1.12	.81	.85	.87	1.15 *	.82	.80	.84
Autoconcepto negativo	1.33 **	.88	1.0	.91	1.28	.90	1.0	.91	1.39 ***	.86	.80	.87
Relaciones interpersonales	1.32	.79	1.15	.86	1.28	.81	1.16	.85	1.32	.80	1.09	.86

*** $p<=.001$ ** $p<=.01$ * $p<=.05$

- *Determinar cómo se relacionan y/o influyen la historia de violencia en la infancia, y el TEPTC y sus dimensiones, a saber: la desregulación afectiva, la autopercepción distorsionada y los problemas de relación con otras personas, con la transmisión intergeneracional de maltrato a sus hijos/as en mujeres adultas usuarias de la consulta externa de un servicio de psiquiatría del tercer nivel de atención en la Ciudad de México con TEPTC y sin TEPTC.*

En la Tabla 21 para se presentan las correlaciones producto-momento de Pearson entre la variable independiente de maltrato recibido con la variable dependiente de maltrato a los hijos, solo de las mujeres

con TEPTC, existe una clara correlación cuando las mujeres vivieron agresión psicológica del papá también vivieron agresiones físicas graves papá ($r=.622$, $p=.000$) agresiones físicas leves papá ($r=.562$, $p=.000$) y en las muy graves papá ($r=.441$, $p=.000$) de la misma manera el haber vivido agresión psicológica de la madre se correlaciona con todo tipo de agresiones físicas de la madre agresión física leve mamá ($r=.820$, $p=.000$), agresión física grave mamá ($r=.742$, $p=.000$) y agresión física muy grave ($r=.552$, $p=.000$) correlaciona para el maltrato emocional verbal a los hijos ($r=.427$, $p=.001$) cabe mencionar que de las agresiones recibidas por parte de la madre de las entrevistadas sobre todo la psicológica con la física leve son las que tienen una mayor correlación ($r=.820$, $p=.000$) seguida por la física grave ($r=.747$, $p=.000$) y la muy grave madre ($r=.579$, $p=.000$) y afectan los tres tipos de maltrato a los hijos maltrato físico ($r=.426$, $p=.001$) maltrato emocional verbal ($r=.479$, $P=.000$) maltrato emocional por frustración ($r=.377$, $P=.003$).

Por lo que quienes recibieron agresiones físicas de cualquier tipo, además de psicológicas por parte de la mamá se asocia para ejercer maltrato emocional verbal ($r=.805$, $p=.000$) y emocional por frustración a los hijos de manera significativa ($r=.784$, $p=.000$).

Cabe mencionar que ver la agresión leve de la mamá es uno de los síntomas que todo el tiempo estuvieron altos lo que significa el maltrato por leve que sea y sobre todo si es crónico es dañino para la persona.

Tabla 21. Correlaciones entre maltrato recibido en la infancia y maltrato a sus hijos/as, sólo en las mujeres con TEPTC (N=62)

CORR. PEARSON N=62	AGRE PSIC. PAPÁ	AGRE PSIC. MAMÁ	AGRE FIS. LEVE PAPÁ	AGRE FIS LEVE MAMÁ	AGRE FIS SEVER PAPÁ	AGRE FIS SEVE MAMÁ	AGRE FIS MUY GRAVE PAPÁ	AGRE FIS MUY GRAVE MAMÁ	MALT FIS. A LOS HIJOS	MALT EMO. VERBAL HIJOS	MALT EMO. POR FRUST HIJOS
AGRE PSIC. PAPÁ	1 .61	.166 .201	.562** .000	.258 .045	.622** .000	.107 .411	.441** .000	.072 .583	.259* .043	.314* .014	.226 .079
AGRE PSIC. MAMÁ	.166 .201	1 .61	.237 .066	.820** .000	.088 .500	.742** .000	-.001 .991	.552** .000	.466 .000	.427** .001	.313 .014
AGRE. FIS LEVE PAPÁ	.562** .000	.237 .066	1 .61	.282* .027	.660** .000	.219 .090	.389** .002	.189 .145	.229 .075	.155 .233	.114 .383
AGRE. FIS LEVE MAMÁ	.258* .045	.820** .000	.282* .027	1 .61	.109 .403	.747** .000	.002 .986	.430** .001	.421** .001	.436** .000	.314* .014
AGRE FIS SEVERA PAPÁ	.622** .000	.088 .500	.660** .000	.109 .403	1 .61	.155 .234	.746** .000	.088 .498	.240 .062	.189 .145	.248 .054
AGRE FIS SEVERA MAMÁ	.107 .411	.742** .000	.219 .090	.747** .000	.155 .234	1 .61	.024 .853	.579** .000	.426** .001	.479** .000	.377** .003
AGRE FIS MUY GRAVE PAPÁ	.441** .000	-.001 .991	.389** .002	.002 .986	.746** .000	.024 .853	1 .61	.078 .550	.139 .285	.007 .955	.139 .285
AGRE. FIS MUY GRAVE MAMÁ	.072 .583	.552** .000	.189 .145	.430** .001	.088 .498	.579** .000	.078 .550	1 .61	.197 .128	.160 .219	.043 .743
MALT FIS. A LOS HIJOS	.259* .043	.466** .000	.229 .075	.421** .001	.240 .062	.426** .001	.139 .285	.197 .128	1 .62	.805** .000	.784** .000
MALT EMO. VERBAL HIJOS	.314* .014	.427** .001	.155 .233	.436** .000	.189 .145	.479** .000	.007 .955	.160 .219	.805** .000	1 .62	.776** .000
MAL EMO. POR FRUST HIJOS	.226 .079	.313* .014	.114 .383	.314* .014	.248 .054	.377** .003	.139 .285	.043 .743	.784** .000	.776** .000	1 .62

***p<=.001, ** p<=.01, *p<=.0

12. RESULTADOS DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA

F2. E2.1.4 Comparación de Antecedentes de maltrato en la infancia de las mujeres sin TEPTC y el tipo de maltrato ejercido a sus hijos/as, mujeres sin TEPTC y el tipo de maltrato ejercido a sus hijos/as

Se realizaron regresiones bivariadas logísticas, con las variables de maltrato físico/emocional verbal y por frustración hacia los hijos (0=No, 1=Sí) como variables dependientes.

Las variables predictoras fueron los diferentes tipos y niveles de violencia ejercidos por papá y mamá, el TEPTC y sus dimensiones (la desregulación emocional, el autoconcepto negativo y las perturbaciones en las relaciones interpersonales); primero se analizaron las mujeres **sin** TEPTC.

La Tabla 22 muestra las regresiones bivariadas logísticas en los eventos traumáticos de violencia sexual como independientes y los tres tipos de maltrato hacia los hijos (físico, emocional verbal y por frustración). Los valores de los coeficientes muestran que el incremento del abuso sexual infantil está asociado con un aumento de 1.6 veces la posibilidad de maltratar a los hijos por frustración (OR=1.600, IC95%: .507-5.054) y 2.75 veces de haber sufrido relaciones sexuales forzadas y aunque ninguno de los dos resultó significativo para el nivel de significancia ≤ 0.05 (OR=2.750, IC95%:.704-10.737), son variables de interés por su asociación con la variable de estudio que concuerda con la literatura.

Tabla 22. Regresión bivariada logística de violencia sexual en la infancia y los tres tipos de maltrato hacia los hijos/as en las mujeres sin TEPTC (N=50)

Variables	MALTRATO FÍSICO HIJOS				MALTRATO EMOCIONAL VERBAL HIJOS				MALTRATO POR FRUSTRACIÓN HIJOS			
	Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp(B)	
	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.
Abuso Sexual Infantil	1.067	.912	.338	3.370	1.275	.683	.398	4.087	1.600	.423	.507	5.054
Relaciones sexuales forzadas	1.619	.487	.416	6.308	2.400	.195	.639	9.015	2.750	.145	.704	10.737

*p<=.05

La Tabla 23 muestra las regresiones bivariadas logísticas en la exposición a diferentes tipos y niveles de violencia ejercidos por papá y mamá, y el tipo de maltrato ejercido hacia sus hijos/as, en mujeres sin TEPTC. Los valores de los coeficientes muestran que el incremento del maltrato físico grave está asociado con un aumento de 3.75 veces la posibilidad de maltratar a los hijos por frustración (OR=3.750, IC95%: .875-16.073) (marginal) ninguna de las otras variables de los resultados fue significativo para el nivel de significancia 0,05.

Tabla 23. Regresión bivariada logística de la exposición a diferentes tipos de violencia en la infancia y maltrato ejercido hacia los hijos/as en mujeres sin TEPTC (N=50)

Variables	MALTRATO FÍSICO HIJOS				MALTRATO EMOCIONAL VERBAL HIJOS				MALTRATO POR FRUSTRACIÓN HIJOS			
	Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp(B)	
	Exp(B)	p	Inf.	Sup	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.
Maltrato psicológico papá	.784	.683	.245	2.514	.826	.753	.252	2.715	2.250	.178	.691	7.321
Maltrato psicológico mamá	1.727	.553	.284	10.501	3.857	.145	.627	23.710	2.824	.260	.463	17.210
Maltrato físico leve papá	1.143	.838	.318	4.109	.447	.223	.123	1.632	.982	.978	.274	3.524
Maltrato físico leve mamá	2.500	.141	.738	8.464	2.778	.100	.822	9.389	2.475	.137	.750	8.173
Maltrato físico grave papá	1.857	.304	.571	6.046	1.473	.517	.456	4.755	2.700	.100	.828	8.807
Maltrato físico grave mamá	1.566	.528	.389	6.298	1.474	.578	.375	5.790	2.750	.157	.679	11.144
Maltrato físico muy grave papá	3.200	.136	.694	14.759	2.705	.250	.497	14.718	1.900	.408	.415	8.700
Maltrato físico muy grave mamá	2.585	.157	.695	9.619	2.632	.193	.613	11.298	3.750	.075	.875	16.073

*p<=.05

La Tabla 24 muestra las regresiones bivariadas logísticas de los eventos de desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas para relacionarse como variable independiente con el tipo de maltrato ejercido hacia sus hijos/as, en mujeres sin TEPTC. Los valores de los coeficientes muestran que el incremento de desregulación emocional está asociado con un aumento de 2.96 veces la posibilidad de maltratar físicamente a los hijos/as (OR=2.963, IC95%: .921-9.534) (marginal) así como el aumento de eventos de auto-concepto negativo está asociada con un 2.83 veces la posibilidad de maltratar por frustración a los hijos/as (OR=2.833,IC95%:.879-9.130)(marginal)

Tabla 24. Regresión bivariada logística de dimensiones del TEPTC y maltrato a los hijos/as en mujeres sin TEPTC (N=50)

Variables	MALTRATO FÍSICO HIJOS				MALTRATO EMOCIONAL VERBAL HIJOS				MALTRATO POR FRUSTRACIÓN HIJOS			
	Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp(B)	
	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.
Eventos de desregulación	2.963	.069	.921	9.534	1.867	.293	.583	5.975	2.000	.235	.636	6.286
Eventos de Auto-concepto negativo	2.090	.209	.663	6.593	1.867	.293	.583	5.975	2.833	.081	.879	9.130
Eventos de problemas para relacionarse	.700	.536	.226	2.167	.739	.598	.239	2.279	.857	.786	.282	2.604

*p<=.05

F2. E2.1.4 Comparación de Antecedentes de maltrato en la infancia de las mujeres con TEPTC y el tipo de maltrato ejercido a sus hijos/as.

Se realizaron regresiones bivariadas logísticas con las variables predictoras de los diferentes tipos y niveles de violencia ejercidos por papá y mamá, y las dimensiones del TEPTC: la desregulación emocional, el autoconcepto negativo y las perturbaciones en las relaciones interpersonales, en las mujeres **con** TEPTC.

La Tabla 25 muestra las regresiones bivariadas logísticas de los eventos traumáticos de violencia sexual como independientes y los tres tipos de maltrato hacia los hijos/as (físico, emocional verbal y por frustración).

Los valores de los coeficientes muestran que el incremento del abuso sexual infantil está asociada con un aumento de .434 veces la posibilidad de maltratar a los hijos/as de forma física (OR=0.563, IC95%: .133-2.380); en tanto que 3.25 veces de haber sufrido relaciones sexuales forzadas aumenta la posibilidad para ejercer maltrato emocional verbal a los hijos/as y, aunque ninguno de los dos resultó significativo para el nivel de significancia ≤ 0.05 (OR=3.250, IC95%: .499-21.179), son variables de interés por su asociación con la variable de estudio que concuerda con la literatura, como se observa en la Tabla 25 que hay una tendencia.

Tabla 25. Regresión bivariada logística de violencia sexual en la infancia y la transmisión generacional de la violencia a sus hijos/as en las mujeres con TEPTC (N=62)

Variables	MALTRATO FÍSICO HIJOS				MALTRATO EMOCIONAL VERBAL HIJOS				MALTRATO POR FRUSTRACIÓN HIJOS			
	Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp(B)	
	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	P	Inf.	Sup.
Abuso Sexual Infantil	.563	.434	.133	2.380	.728	.668	.171	3.104	.571	.507	.110	2.981
Relaciones sexuales forzadas	2.571	.322	.397	16.657	3.250	.218	.499	21.179	1.867	.516	.284	12.280

*p<=.05

La Tabla 26 muestra las regresiones bivariadas logísticas respecto a la exposición a diferentes tipos y niveles de violencia ejercidos por papá y mamá y el tipo de maltrato ejercido hacia sus hijos/as, en las mujeres con TEPTC.

Los valores de los coeficientes muestran que el incremento del maltrato físico leve está asociado con un aumento de 3.05 veces la posibilidad de maltratar a los hijos/as físicamente (OR=3.055, IC95%: 1.026-9.096); a su vez, el maltrato psicológico de la mamá está asociado con un aumento de 6.82 veces la posibilidad de maltratar a sus hijos/as de forma emocional verbal (OR=6.821, IC95%:1.534-1.322); así como el maltrato físico leve aumenta 3.33 veces (OR=3.333, IC95%:1.088-10.211) y el maltrato físico grave mamá aumenta 3.87 la posibilidad de maltratar a los hijos/as de forma emocional verbal (OR=3.877,IC95%:1045-14.386).

Tabla 26. Regresión bivariada logística de maltrato infantil en infancia de la mamá y la transmisión de violencia en sus hijos/as en mujeres con TEPTC (N=62)

*p<=.05

Variables	MALTRATO FÍSICO HIJOS				MALTRATO EMOCIONAL VERBAL HIJOS				MALTRATO POR FRUSTRACIÓN HIJOS			
	Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp(B)	
	Exp(B)	p	Inf.	Sup	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.
Maltrato psicológico papá	1.641	.412	.503	5.350	2.221	.193	.669	7.377	2.400	.169	.689	8.361
Maltrato psicológico mamá	3.000	.122	.745	12.077	6.821	.012*	1.534	30.322	1.253	.767	.282	5.569
Maltrato físico leve papá	1.491	.477	.496	4.482	1.493	.492	.476	4.687	1.336	.641	.396	4.510
Maltrato físico leve mamá	3.055	.045*	1.026	9.096	3.333	.035*	1.088	10.211	1.556	.458	.485	4.992
Maltrato físico grave papá	1.719	.351	.551	5.364	1.669	.388	.522	5.340	1.855	.321	.548	6.277
Maltrato físico grave mamá	2.887	.108	.792	10.528	3.877	.043	1.045	14.386	.923	.914	.216	3.945
Maltrato físico muy grave papá	1.333	.610	.441	4.030	1.346	.612	.427	4.244	1.821	.359	.505	6.564
Maltrato físico muy grave mamá	1.223	.714	.417	3.589	1.189	.761	.391	3.616	1.012	.984	.312	3.286

La Tabla 27 muestra las regresiones bivariadas logísticas en los eventos de desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas para relacionarse como variable independiente con el tipo de maltrato ejercido hacia sus hijos/ en las mujeres con TEPTC.

Los valores de los coeficientes muestran que el incremento de desregulación emocional está asociado con un aumento de casi 3 veces la posibilidad de maltratar de forma emocional verbal a los hijos/as (OR=2.891, IC95%: .685-12.196) y 2.23 veces de maltratar físicamente a los hijos/as (OR=2.237, IC95% 0.535-9.344); y aunque ninguno resultó significativo para el nivel de significancia ≤ 0.05 , la desregulación es una de las variables de interés con asociación con la variable de estudio, lo que concuerda con la literatura.

Tabla 27. Regresión bivariada logística de las dimensiones del TEPTC y el maltrato a los hijos en las mujeres con TEPTC (N=62)

Variables	MALTRATO FÍSICO HIJOS				MALTRATO EMOCIONAL VERBAL HIJOS				MALTRATO POR FRUSTRACIÓN HIJOS			
	Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp (B)		Coeficientes		LC 95% Exp(B)	
	Exp(B)	p	Inf.	Sup	Exp(B)	p	Inf.	Sup.	Exp(B)	p	Inf.	Sup.
Eventos de desregulación	2.237	.270	.535	9.344	2.891	.148	.685	12.196	1.393	.668	.306	6.333
Eventos de Auto-concepto negativo	.762	.721	.172	3.385	.972	.971	.217	4.348	1.393	.668	.306.	6.333
Eventos de problemas para relacionarse	279	.999	.000		348	.999	.000		2.750	.484	.162	46.612

13. DISCUSION

Como se observó, se trata de una muestra clínica de mujeres altamente traumatizada, lo cual explica por qué se identificó que más de la mitad, 55.4%, cumpliera el criterio de TEPTC. La literatura indica que efectivamente existe una asociación entre trastornos psiquiátricos y el maltrato o negligencia infantil (Kagawuchi et al., 2020; Kohl et al., 2011; Laporte et al., 2018; O'Donnell et al., 2015; Verrocchio et al., 2013). Y es que es en estas etapas cuando un/a niño/a empieza a desarrollar el sistema neurológico, así como su sentido central de sí mismo/a, el aprendizaje de comportamientos, las expectativas sobre las relaciones interpersonales. Todo ello se interrumpe y obstaculiza por el trauma (Su y Stone, 2020),

Las participantes reportaron una gran variedad de eventos violentos a lo largo de sus vidas, y en particular de tipo crónico a edades tempranas y por varios años; en promedio experimentaron nueve de ese tipo de eventos a lo largo de sus vidas, tres antes de los 15 años y poco más de seis a partir de los 15 años. El trauma puede ser deliberado o no y no todo trauma se deriva del maltrato, pero cuando se ejerce violencia de forma deliberada y repetida, el daño es más profundo (Su y Stone, 2020), pues pueden afectar profundamente la personalidad de quienes las padecen (Cloitre et al., 2002), como ocurre en el caso de estas mujeres.

Los traumas más graves pueden llevar la amnesia o fragmentación de los recuerdos de la niñez, como lo manifestó una de las participantes, quien cuando era golpeada por su madre veía en su *mente la imagen de un túnel y ella se metía a ese túnel, y era todo lo que recordaba*. Estas experiencias disociativas puede ser un indicio del por qué un porcentaje de las participantes calificaran SINDX (31.3%), ya los trastornos de la memoria pueden dificultar enormemente el reconocimiento y comprensión del trauma. Por ello, muchas sobrevivientes

pueden articular recuerdos de una infancia angustiosa, pero no pueden tener una narrativa clara de lo ocurrido por el mecanismo de disociación. La disociación denota "una interrupción y / o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento"(Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013). La desconexión voluntaria o involuntaria de uno mismo/a, de los demás y del entorno, y/o la compartimentación de las experiencias traumáticas deben de entenderse por ello como estrategias de supervivencia (Akay-Sullivan, 2020). Dichas estrategias con el paso del tiempo ya no resultan eficaces, y cuando estas mujeres son madres pueden llegar a desconectarse emocionalmente de la realidad de sus hijos/as no pudiendo satisfacer sus necesidades más básicas.

El ASI está relacionado con la presencia de síntomas físicos y psicológicos particularmente graves a lo largo de la vida. En esta muestra el ASI fue reportado por el 20% de las participantes, a lo que se agrega que un 17.1% también vivieron relaciones forzadas después de los 15 años. Este tipo de abuso desencadena en la víctima baja autoestima, autodesprecio, sentimientos de contaminación, inutilidad e impotencia, así como somatización y baja autoeficacia, y es que muchas veces las construcciones negativas de un/a niño/a son intentos de justificar el abuso cometido autoculpabilizándose. Esto es lo que forma parte de la distorsión de los pensamientos, debido a que la víctima adopta el sistema de creencias del agresor.

Ahora bien, el 82% de las mujeres con TEPTC reportaron ASI, por lo que se hace evidente como este tipo de abuso puede afectar la visión que tienen las personas del mundo, de sus relaciones sociales y sobre sí mismas (Romero y Armenta, 2005). El daño puede ser

agudo o a largo plazo; físico y/o psicológico. Algunos investigadores se han centrado en la naturaleza de la acción; mientras que otros, en cómo la misma acción puede afectar a niños/as de diferentes edades, temperamentos y constituciones de manera muy diversa, (Nobes y Smith, 2000). *Una participante mencionó que ella era la mayor de sus hermanos, que en total eran cuatro; ella era la que los cuidaba, su papá siempre la golpeó y su madre veía incluso como él la violaba y ella no hacía nada; se fue de casa a los 14 años. La entrevistada pensaba que su hijo mayor era hijo de su papá, y eso provocó que no lo quisiera ni lo tratara bien. A los 11 años se enteró que su padre había violado a todos sus hermanos.* Como ya se mencionó, este tipo de eventos traumáticos conllevan problemas en las relaciones interpersonales (para formar apego con los cuidadores y otros) y en la regulación de las emociones (que afectan el estado de ánimo y los problemas de conducta (Bedoya y Giraldo, 2010).

En las mujeres con TEPTC también fue reportado el maltrato psicológico y físico grave por parte del padre, el maltrato físico leve por la madre y más violencias sexuales que las que no tenían TEPTC. El maltrato físico y psicológico de manera sostenida puede conllevar a la hiperactivación (por ejemplo, el aumento emocional, la reactividad, los arrebatos de ira) o de hipoactivación (por ejemplo, el sentirse emocionalmente adormecido/a o disociado/a) de los estados emocionales. Los indicadores de auto-concepto negativo reflejan autoevaluaciones negativas extremas y puntos de vista negativos persistentes sobre sí mismo/a, y de dificultades para desarrollar y mantener relaciones interpersonales (por ejemplo, sentirse distante de los demás, tener dificultades para relacionarse y la desconexión con los demás). Esto concuerda con lo planteado por Van der Kolk (2009), quien explica que el maltrato físico y el abuso sexual a edades tempranas generan trastornos comportamentales, cognitivos, emocionales o mentales, además de sentimientos de peligro y desprotección. resultante de

traumas sostenidos, repetidos y múltiples de los cuales resulta imposible escapar. Así como con Romero y Arenta (2005), quienes señalan que los factores desencadenantes de violencia hacia los niños/as, son los antecedentes de maltrato en los padres/madres; en este estudio las participantes recibieron todo tipo de maltrato, físico, psicológico y emocional en su infancia. *Una entrevistada recordó que una vez a los ocho años su padre la amarró del pecho, la colgó y le pegó hasta que se cansó, después descansaba un rato y le volvía a pegar, en tanto que su madre lo único que hacía después de que la golpeaban era llorar, pero no le decía nada ni se acercaba a ella.* Para esta mujer, no sentir el apoyo de su madre resultaba más doloroso que los mismos golpes. Cuando algunos padres/madres vivieron negligencia no enseñan a los hijos/as las emociones, no empatizan, no saben lo que están sintiendo, muchas veces cuentan con pocas o ninguna red de apoyo para afrontar momentos difíciles; padres/madres reportan sentirse infelices en el matrimonio; con expectativas irreales acerca de sus hijos/as; con grandes necesidades afectivas, menos capaces de controlar la tensión, y en general, con recursos limitados para enfrentar situaciones diversas como: desempleo, educación de los hijos/as y matrimonio (Romero y Arenta, 2005).

Las mujeres participantes en este estudio que ejercen o ejercieron maltrato físico hacia sus hijos/as, vivieron maltrato infantil múltiple: físico, emocional y/o sexual (Dym et al., 2018). El mayor riesgo de maltrato físico infantil hacia los hijos/as y la alta prevalencia de violencia contra los niños/as por parte de sus progenitores u otros miembros cercanos de la familia apenas ahora han comenzado a ser reconocidos y documentados (Estrada, 2022). *Una mujer que por huir del maltrato de su casa se salió con una persona 15 años mayor que ella, que es el papá de sus hijas, reprodujo con su hija mayor toda la violencia vivida en su infancia, hasta que su hija se fue de casa a los 16 años. La mujer dice sentir culpa y que por esa razón ya con la segunda hija trató de ser más flexible y llevarse mejor.*

Respecto a las dimensiones que conforman el TEPTC o denominadas PAO destaca en esta investigación que 84% de las participantes reportaron problemas interpersonales, y que 74% reportaron auto-concepto negativo y en la misma proporción desregulación emocional, lo cual es esperable si tomamos en cuenta que el daño se da siempre dentro de un contexto interpersonal, por lo que no sorprenden las dificultades para relacionarse. Esta carencia dejará fuertes incapacidades en las habilidades sociales por la interrupción de procesos afectivos y sensoriales en la infancia que dejan secuelas adaptativas, y por lo mismo la persona tenderá a tratar de no generar apegos por temor a resultar dañada, lo que coincide con Karatzias et al., (2016, 2017) cuando indica que el retraimiento social, el aislamiento y la desconexión de los demás son consecuencias comúnmente derivadas de la exposición a traumas interpersonales en etapas tempranas de la vida

Respecto al auto-concepto negativo, las voces abusivas lejanas emocionalmente críticas, juiciosas y humillantes formarán parte de la estructura mental de las sobrevivientes con TEPTC, internalizándolas; las y los abusadores acompañarán todo el tiempo en cada acción, decisión, acierto u error a sus víctimas y, a su vez, generarán distorsiones en la persona que llevan a no sentirse merecedora de cosas buenas (Pereda, Gallardo y Jiménez, 2011).

Por su parte, la regulación emocional es una capacidad que se transmite por medio de la interacción con las figuras primarias durante los primeros meses de vida, y cuando no se da dicha interacción, la regulación no queda instalada en estos niños/as. La regulación emocional nos permite determinar si estamos a salvo o no, y actuar en consecuencia; en el caso contrario, cuando existe desregulación de las emociones, éstas se viven de una manera más extrema y es difícil poder tener el control de ellas. Como Van Dijke et al. (2018) refieren, la desregulación emocional implica un acceso limitado a la capacidad para desplegar

estrategias que reduzcan los estados de afecto intenso y la dificultad para el control de los impulsos y poder dirigir el comportamiento hacia un objetivo.

Al comparar la presencia de maltrato en la infancia en mujeres con y sin TEPTC, se observa que el maltrato por frustración ejercido hacia los hijos es más elevado en mujeres sin TEPTC pero con antecedentes de maltrato físico grave. Mientras tanto, las mujeres con TEPTC reportaron más maltrato leve de parte de sus madres, pero constante, más maltrato psicológico y físico grave de sus padres y más abuso sexual. Como ya se mencionó, todas las participantes habían sufrido violencia de uno o varios tipos y presentaban secuelas de violencia; aunque algunas no cumplieran el criterio de TEPTC, tenían rasgos de alguna de las dimensiones o secuelas, como en lo que se refiere al ejercicio de la violencia por frustración. Al respecto, Pérez (2007) explica que pareciera ser que las madres dirigen hacia sus propios hijos e hijas sus frustraciones, su agresividad y su angustia debido a la desregulación emocional.

Al analizar la influencia entre las dimensiones del TEPTC y la transmisión intergeneracional del maltrato a sus hijos/as se pudo observar que las mujeres con TEPTC y con mayor desregulación emocional tenían un mayor autoconcepto negativo, y ejercieron más maltrato físico y por frustración a sus hijos/as. Asimismo, las mujeres que sufrieron más relaciones sexuales forzadas ejercieron más violencia física a sus descendientes. Al respecto, Camargo (2018) menciona que el castigo físico es más probable que se transmita a través de generaciones en circunstancias de contextos de pobreza; en tanto que Hoffman y Livingston (2011) indican que es la combinación del abuso sexual infantil con dificultades en la crianza la que da mayores tasas de transmisión intergeneracional.

Todo lo anterior hace evidente el daño que la violencia experimentada en la infancia

causa en el desarrollo emocional y psicológico de las madres y que se reproduce con sus hijos/as. Una entrevistada que reportó que nunca quiso tener hijos, pero su esposo la obligó a tener 2, narró que *hacía dos años ella había tratado de ahorcar a su hija con discapacidad y a la otra niña le tiraba las cosas y los juguetes que más le gustaban*. Estas madres parecen tener más dificultades para regular sus emociones frente al estrés y pueden experimentar una sensación de impotencia. La intensidad de su experiencia emocional y el pobre sentido de sí mismas (Pérez, 2007), es decir el poco control de impulsos, los déficits morales en la relación con los otros/as, la proyección del propio mundo interno en las relaciones y los bajos niveles de tolerancia a la frustración provocan o puede interpretarse como la activación de lo que se ha denominado cadena vincular generacional (Hernando y Giraldo, 2010).

Al identificar la influencia de los antecedentes de maltrato en su infancia (número, tipo y gravedad) sobre la transmisión intergeneracional del maltrato a sus hijos/as, las mujeres con TEPTC reportaron haber sufrido más abuso sexual infantil, más maltrato psicológico por parte del padre, más maltrato físico leve por parte de la madre y maltrato físico grave por parte del padre. A su vez, las mujeres que reportaron más maltrato psicológico del padre, señalaron ejercer mayor agresión física a los hijos/as; las que experimentaron más maltrato psicológico y físico de sus madres, ejercieron mayor maltrato emocional verbal a los hijos/as. Pérez (2007) menciona al respecto que las madres no necesariamente desean maltratar a los hijos, sino que el maltrato puede ser una respuesta derivada de situaciones de estrés y/o ansiedad generadas por los hijos, o que ellas viven o interpretan con una gran frustración, lo que puede transformarse en expresiones de conducta iracunda, y como opción de salida ante dicha situación emocional desbordante, pueden recurrir al maltrato, repitiéndose el ciclo una y otra vez.

Al analizar si la historia de violencia en la infancia y el TEPTC y sus dimensiones, influyen sobre la transmisión intergeneracional del maltrato a sus hijas/os, se observa que la agresión leve que sufrieron por parte de sus madres es uno de los indicadores que consistentemente se identifica con una alta frecuencia de ejercicio de maltrato, lo que indica que las experiencias de maltrato por leve que parezcan, y sobre todo si han sido vivenciadas de manera crónica, son dañinas y tienen consecuencias en la transmisión generacional de la violencia hacia los hijos/as. Como señala Hernando y Giraldo, (2010) el poco control de impulsos, los déficits morales en la relación con los otros/as, la proyección del propio mundo interno en las relaciones y los bajos niveles de tolerancia a la frustración provocan o pueden interpretarse como activación intergeneracional.

En lo que respecta al Modelo Conceptual Propuesto para esta investigación, donde se postula a los antecedentes de violencia en la infancia de las mujeres y al TEPTC y sus dimensiones (desregulación afectiva, autoconcepto negativo y perturbación en la relación con otros), como los componentes que influyen sobre la transmisión intergeneracional de la violencia hacia los/as hijos/as, los resultados obtenidos evidenciaron que el maltrato recibido por las madres cuando fueron pequeñas y el maltrato psicológico del padre influyeron en esta transmisión. El maltrato sufrido por las mujeres desde su infancia, ya sea por acción u omisión, por insultos, o mensajes de desprecio, son actos de violencia psicológica o emocional que suelen relacionarse con acciones que perjudican la estabilidad emocional, la identidad, la autoestima y el desarrollo adecuado de habilidades personales vinculadas al apego seguro. Por lo tanto y de acuerdo con Nobes y Smith (2000) el castigo tanto de padres como de madres puede causar fuertes daños, aunque algunos estudios basados en informes de madres sobre el castigo físico, tienden a subestimar significativamente el papel que

desempeñan los padres cuando el castigo es por omisión. En cuanto a los castigos severos y el abuso, la mayoría de los estudios basados en autoinformes de padres y en registros oficiales o clínicos indican que las madres son tan responsables como los padres, (Barcelata y Alvarez, 2005), aunque los estudios basados en autoinformes indican un 12% más de abuso perpetrado por las madres. Sin embargo, solo cinco estudios han tomado en cuenta el hecho de que muchos niños no viven con sus padres, solo con sus madres, (Nobes y Smith, 2000).

Hacer frente a la violencia contra los niños/as es más difícil en el contexto de la familia. Debido a que existe resistencia a intervenir a lo que se percibe como un ámbito “privado”, los/as niños/as más pequeños tienden a ser más vulnerables a la violencia en el hogar. En algunos estados, donde las muertes infantiles se registran e investigan de manera más rigurosa, los niños/as menores de un año sufren alrededor de tres veces más riesgo de homicidio (casi invariablemente por parte de sus progenitores) (Pinheiro, 2011).

Actualmente está establecido y reconocido que el maltrato infantil o la exposición al abuso y, la negligencia en niños/as y adolescentes menores de 18 años tiene consecuencias devastadoras. Sin embargo, la evidencia ha demostrado que la exposición al maltrato en cualquier etapa de la vida puede tener consecuencias duraderas con riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos y médicos (Lippard y Nemeroff, 2020).

En este sentido, Akay-Sullivan (2020) mencionan que los/as niños/as que crecen en familias abusivas, a menudo tienen pocas oportunidades de aprender habilidades de afrontamiento o recursos adecuados, y una de las principales características observadas es que la mayoría de los hijos/as de las mujeres participantes ya estaban recibiendo ayuda psicológica o psiquiátrica.

14. CONCLUSIONES

En esta investigación se examinaron los efectos del maltrato infantil, los cuales pueden llegar a derivar en algún tipo de trastorno, el cual variará en su gravedad dependiendo de la cantidad de experiencias adversas, la edad de la experiencia y la cronicidad, así como ocurrirá respecto al maltrato ejercido hacia los hijos/as de las mujeres entrevistadas.

Los altos niveles de incidencia del maltrato infantil en la familia colocan a esta problemática como un importante problema de salud en México principalmente por las graves consecuencias que provoca en el desarrollo de los niños/as (Barrera et al., 2014; Loredo, 2019).

Muchas veces se suele pensar que las mujeres que han vivido eventos traumáticos a lo largo de la vida, tanto antes o después de los 15 años ya nada pueden hacer para prevenir más sucesos de este tipo, pero no es así. Los hallazgos indican que existe riesgo de revictimización o de ejercer maltrato a los hijos/as, lo que quiere decir que los niños/as que experimentaron múltiples formas de abuso o negligencia también están en mayor riesgo de traumas posteriores y experiencias de victimización debido a que ese es el trato que reconocen, por lo tanto, no identifican que están siendo violentadas o violentando.

Los resultados apuntan a que efectivamente existe una influencia importante entre la exposición y gravedad a eventos de violencia en la infancia y el TEPTC y que a su vez éste y sus dimensiones, aumentan la probabilidad de ejercer maltrato a sus hijos/as.

La transmisión intergeneracional de la violencia implica la existencia de un período de violencia que posibilita la reproducción del maltrato por generaciones, agravando con ello la problemática del maltrato infantil. Cuando los eventos estresantes rebasan a los soportes y recursos disponibles, se producirá el maltrato infantil en razón de la falta de manejo y control de situaciones y/o emociones. Al respecto, se reconoce que los hombres son más propensos a abusar y que los niveles de violencia son más severos, pero también hay que considerar el hecho de que las mujeres son quienes tienen tiempos de convivencia más largos con sus hijos/as que los hombres; es por esto por lo que en esta investigación se incluyeron y analizaron sólo mujeres madres.

Aunado a lo anterior, una madre deprimida o preocupada con sus propias necesidades es muy difícil que establezca y fortalezca una buena relación y ambiente adecuado para el crecimiento y desarrollo de sus hijos/as. El malestar y/o trastorno de la madre podría desencadenar una hostilidad inconsciente hacia ellos/as, constituyéndose como un factor de riesgo para futuros actos violentos hacia sus hijos e hijas.

A todo esto, se puede sumar que muchas veces el maltrato se debe a fallas en la habilidad para generar soluciones, ya sea por ser madres muy jóvenes con patrones equivocados respecto a los valores o con pobres conocimientos sobre cómo criar a sus hijos/as. Aun así, no todo niño o niña violentado será padre violento o madre violenta, ya que todo dependerá de los recursos y resiliencia de cada persona, entre otros muchos factores

En esta investigación, la historia de abuso en la infancia de las madres se relacionó significativamente con la violencia ejercida a sus hijos/as. Las madres que en su infancia fueron golpeadas refuerzan su experiencia de maltrato maltratando a sus hijos/as, presentan

baja tolerancia a la frustración; y no poseen recursos intelectuales para la solución de problemas sin utilizar la violencia.

Los hallazgos indican que la historia de abuso sexual en la infancia de las mujeres tiene efectos a largo plazo en su funcionamiento físico y psicológico, lo cual repercute en el estilo disciplinario violento con sus propios hijos/as.

Las mujeres que ejercen maltrato a sus hijos/as, no son “mujeres malas” como se le puede entender desde el sentido común, sino son mujeres que ponen en acto la experiencia de frustración e injusticia, como un medio para resolver sus propios conflictos, ya que es una violencia que se origina desde el poder.

Es importante destacar que cada tipo de violencia impacta de manera diferente en cada persona. Aún en experiencias perinatales asociadas con el embarazo, el parto y la lactancia se pueden llegar a desencadenar respuestas traumáticas infantiles, necesidad de atención y apoyo específico al trauma, razón por la cual es necesario realizar una evaluación psicosocial de las madres, para explicar por qué algunas corren un riesgo mayor de experimentar y ejercer violencia interpersonal sobretodo cuando existen antecedentes de maltrato en la infancia.

En consecuencia, es necesario diseñar estrategias, así como evaluar programas flexibles que permitan la detección temprana de antecedentes de maltrato infantil y contribuir a la salud y bienestar de las mujeres para responder a las necesidades de crianza y reducir los riesgos de daño a los hijos/as. El ser humano necesita de la proximidad física y la disposición de las personas adultas a su alrededor para satisfacer sus necesidades básicas de seguridad, comida y techo; además, el abrazo y proximidad hacia los/as niños/as implica mucho más

que cuidados físicos, representa toda una configuración psíquica de pertenencia y protección que otorga estructura, identidad y sentido de sí.

Es recomendable llevar a cabo intervenciones psicoeducativas, así como con las llamadas terapias de tercera generación sobre todo con la atención plena (*mindfulness*) para poder adquirir regulación emocional y cognitiva, y rehabilitarse del TEPTC, lo cual es un proceso difícil en donde se tiene que construir la base que les faltó, restaurar la seguridad para que adquieran control y que puedan reconectar los hechos, identificando distorsiones y resignificar sus vivencias. Para esto se necesitan diferentes tipos de terapias y un acompañamiento que les permita adquirir autocompasión y esperanza, así como conocimiento de sus emociones para generar y fortalecer su inteligencia emocional.

Alcances y limitaciones

Como se ha podido apreciar, los efectos sobre la salud mental de las mujeres de estas diferentes formas de violencia, pueden ser acumulativos, y el alcance del problema exige que se preste atención en la prevención primaria, no sólo al tratamiento de las víctimas con programas de prevención secundaria y terciaria. Además, se requieren investigaciones adicionales en diferentes tipos de poblaciones para consolidar los hallazgos de la presente investigación y explorar las asociaciones entre el TEPT y disociación, depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad y qué mecanismos explican que algunas personas no desarrollen sintomatología traumática.

Hay varias limitaciones en este estudio. En primer lugar, se basa en una muestra clínica que no fue seleccionada al azar y que representa un grupo clínico altamente traumatizado;

mujeres pacientes que acuden a la consulta externa de un hospital de atención psiquiátrica en la Ciudad de México que reciben tratamiento farmacológico por al menos un diagnóstico psiquiátrico, en su mayoría por trastornos afectivos. Además, la mayoría tenía problemas desde hace largo tiempo y un historial de tratamiento psiquiátrico, y por estas particularidades no puede ser representativa de una mayor población clínica expuesta a trauma. Es importante señalar además que todas las participantes tenían otras comorbilidades.

Por otro lado, la presente investigación aporta evidencia científica de las adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT) en su adaptación al español para tamizar el TEPT (trastorno por estrés postraumático) y TEPTC (trastorno por estrés postraumático complejo) y distinguir quienes no tienen ninguno de los anteriores trastornos. Los resultados muestran que el CIT posibilita un cribado potencialmente valioso como herramienta en los diferentes contextos de los problemas de salud mental donde se necesitan instrumentos de detección validados específicos para la población, breves y actualizados para no sobrecargar ni a los pacientes ni al personal de salud, y que sean de utilidad para identificar las necesidades de atención de las personas y su correspondiente referencia a los servicios de salud de acuerdo con los niveles de atención.

Dado los excelentes resultados psicométricos de confiabilidad y validez obtenidos, es recomendable realizar investigaciones futuras con muestras de hombres, con muestras no clínicas de ambos sexos, y con niños/as y adolescentes. Además, es importante considerar que las dimensiones del TEPTC parecen superponerse con otros trastornos, por lo que es posible que puedan estar presentes en personas con otros tipos de psicopatologías y trastornos (Redican et al., 2021). Por el momento, este cuestionario debe limitarse a poblaciones clínicas de mujeres, donde es de gran importancia contar con un breve instrumento de tamizaje que

diferencie entre TEPT y TEPTC, y donde una entrevista diagnóstica más detallada podría confirmar la presencia de TEPTC y conducir a la toma de decisiones fundamentales.

15. BIBLIOGRAFIA

- Amaro, A. M., & de la AMPFS, D. C.(2021) Amicus Curiae de la Tesis del Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Infancia y Adolescencia de la.
- Anderson, R., Edwards, L., Silver, K., & Johnson, D. (2018). Intergenerational transmission of child abuse: Predictors of child abuse potential among racially diverse women residing in domestic violence shelters. *Child abuse & neglect.*, 85-80.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.004>
- Azaola, E. (1997). Mujeres sentenciadas por homicidio en la ciudad de México. *Papers* 51, 93-102.
- Azaola, E. (2002). Víctimas no visibles del sistema penal. *Instituto Nacional de las Mujeres y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Contreras Aguilar, A., Gimol Pinto, M., Renobales Barbier, A. y del Valle, S. Niños y niñas invisibles: hijas e hijas de reclusas*, 25-45.
- Baita, S. (2012). Trastornos disociativos, apego desorganizado y abuso sexual infantil. Implicaciones para las prácticas de intervención. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3(2), 1-24.
- Barcelata Eguiarte, B. E., & Alvarez Antillón, I. L. I. A. N. A. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 35-46.
- Barrera, H., Lozano, L., Gutiérrez, J., Tierradentro, M. & Castro, C. (2014). Prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José 2010-2013. *Revista Pediatría*, 90-95. Recuperado
<https://bbibliograficas.ucc.edu.co:2152/science/article/pii/S0120491215301452>

- Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter?. *Child abuse & neglect*, 63, 84-94.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.021>
- Barudy, J. (1999). El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. *Prevención y reparación*.
- Bedoya Hernández, M. H., & Giraldo, M. L. (2010). Condiciones de favorabilidad al maternaje y violencia materna. <https://hdl.handle.net/10495/851>
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
- Beltran, N. P. (2005). Echeburúa, E.(2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 345-347.
- Bovin, M., Marx, B., Weathers, F., Gallagher, M., Rodríguez, P., Schnurr, P., & Keane, T. (2015). Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 1-15.
<https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Bradley, B., . DeFife, J., Guarnaccia, C., Phifer, J., Negar, F., Ressler, K., & Westen, D. (2011). Emotion Dysregulation and Negative Affect: Association With Psychiatric Symptoms. *J Clin Psychiatry* . , 685-691.

<https://doi:10.4088/JCP.10m06409blu>

Brewin, C., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., & Bryant, R. S. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>

Briere, J. J. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women. *Trauma, Violence, & Abuse.*, 375-388.

<https://doi.org/10.1177/1524838009339757>

Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 497-503.

<https://doi: 10.1097/NMD.0b013e31803044e2>

Camargo, E. (2018). Intergenerational transmission of child abuse in Colombia: an analysis of gendered effects. *Revista Española de Investigación Criminológica: REIC*, (16), 8.

Cantón-Cortés, D., & Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *anales de psicología*,31(2), 607-614.

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

Carrillo-Urrego, A. (2018). Castigos en la crianza de los hijos e hijas: un estado de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 719-740.

<https://doi.org/10.11600/1692715x.16206>

Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., ... & 'Sanando el pasado nutriendo el futuro'. (2019). Parenting after a history of childhood

maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PloS uno*, 14(3), e0213460.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>

Chiesa, A., & Sirotnak, A. (2015). Child Abuse & Neglect. *Pediatrics*, 843-848.

Choi, K. W., Houts, R., Arseneault, L., Pariante, C., Sikkema, K. J., & Moffitt, T. E. (2019).

Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: Testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. *Development and psychopathology*, 31(1), 143-156.

<https://doi.org/10.1017/S0954579418000032>

Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B., & Green, B. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, pp. 615–627.

<https://doi.org/10.1002/jts.20697>

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014).

Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25097.

<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1067.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1067>

- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546.
<https://doi.org/10.1111/ACPS.12956>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . Vander Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals.*, 390-398.
- Copeland, W., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R., Aberg, K., Fairbank, J., . . . Costello, J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric. *Jama Network, Open*, 1-w11.
- Crail, A. (2019). Matar a un hijo Investigación especial. *EME-EQUIS*.
- Crempien, C., & Martínez, V. (2010). El Sentimiento de Vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas. . *Clinica Psicológica*, 237-246.
- Diputados, C. d. (2005). Violencia y maltrato a menores en México. . CESOP Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 1-42.
- Echeburúa, E., & Corral, A. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción psicológica* , 135-150.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21, 591-643
- ENDIREH. (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 3-127.

- ENVIM. (2009). ENCUESTA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. *Centro Naional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*, 1-125.
- Ertem, I., Leventhal, J., y Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet*, 356, 814-819
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02656-8)
- Estrada Vásquez, F. r. a. n. c. i. s. c. o. (2022). La Internación Proteccional de Niños en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. *Revista de derecho (Concepción)*, 90(251), 235-272.
<http://dx.doi.org/10.29393/rd251-8ipfe10008>
- Estadounidense de Psiquiatría, A. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). *Editorial Panamericana. 5ta edición*.
- Fernández, T. (2004). Violencia contra la mujer en México. . *Comisión Nacional de los Derechos Humanos* , 1-272.
- Ferreira, C., Pinheiro, C., Monteiro, F., Toledo, M., Moura, L., & Noto, A. (2017). Psychosocial factors associated with mother–child violence: a household surve. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 77-86.
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1298-0>
- Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F., & Cruise, K. R. (2012). Complex trauma and aggression in secure juvenile justice settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 694-724
<https://doi.org/10.1177/0093854812436957>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 1-21.
<https://doi:10.1186/s40479-021-00155-9>

- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M., & Murphy, J. (2018). *Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma; a latent class analysis. European Journal of Trauma & Dissociation.*
<https://doi:10.1016/j.ejtd.2018.08.004>
- Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1-50.
<https://doi.org/10.2174/1745017901309010001>
- Galdó, J. G. (2003). *Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada* (Vol. 2). Ediciones Díaz de Santos.
- GBD. (2017). Compare Data Visualization. IHME.
- Gómez, E., & Jaén, P. (2011). Transmisión Intergeneracional del Maltrato. *Boletín de Psicología*, 2-12
- Gómez-Peresmitré, G., & Reidl, L. (2010). Metodología de investigación en ciencias sociales. *México: UNAM.*
- Hammond, I., Lane Eastman, A., Leventhal, J., & Putnam-Hornstein, E. (2017). Maternal Mental Health Disorders and Reports to Child Protective Services: A Birth Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14111320>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020a). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60-73.
<https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020b). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children:

examining the International Trauma Questionnaire–Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1818974.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

<https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

Herman, J. (14 de octubre de 2015). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged.

Hernando, M., & Giraldo, M. L. (2010). Condiciones de favorabilidad al maternaje y violencia materna. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv* 8(2), 947 - 959.

Ho, G. W. K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C. Y., Bressington, D., Chien, W. T.,

Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11

International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of*

Psychotraumatology, 10(1).

<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>

Hyland, P., Ceannt, R., Daccache, F., Daher, R. A., Sleiman, J., Gilmore, B., ... & Vallières,

F. (2018). Are posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex-PTSD distinguishable within a treatment-seeking sample of Syrian refugees living in Lebanon? *Global Mental Health*, 5, 1–9.

<https://doi.org/10.1017/GMH.2018.2>

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2019). *Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. Journal of Traumatic Stress.*

<https://doi:10.1002/jts.22444>

Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C., Cloitre, M., Downes, A., Jumbe, S., . . . Roberts, N. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-10.

<https://doi.org/10.1111/acps.12771>

Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 62-72.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>

Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2020). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2020 56:4, 56(4), 649–658.

<https://doi.org/10.1007/S00127-020-01912-X>

INEGI. (2017). Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares. (ENDIREH) 2016. Boletín de prensa , 1-20

I. P. A. S. (2017). Violencia Sexual y Embarazo Infantil en México, un problema de salud pública y derechos humanos, México.

<http://clacaidigital.info/handle/123456789/1123>

Jowett S, Karatzias T, Shevlin M, Albert I. Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2020; 11(1):36-45.

<https://doi: 10.1037/per0000346>

- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C., Cloitre, M., Bradley, A., . . . Bisson, J. a. (2018). Theroleofnegativecognitions,emotionregulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology* , 1-9.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12172>
- Kawaguchi, H., Fujiwara, T., Okamoto, Y., Isumi, A., Doi, S., Kanagawa, T., ... & Mitsuda, N. (2020). Perinatal determinants of child maltreatment in Japan. *Frontiers in pediatrics*, 8, 143.<https://doi.org/10.3389/fped.2020.00143>
- Kempe, R. S., & Kempe, C. H. (1985). *Niños maltratados* (Vol. 9). Ediciones Morata.
- Kirkpatrick, L. A. (2015). *A Simple Guide to IBM SPSS Statistics-Version 23.0*. Cengage Learning.
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of psychoeducational assessment*, 16(4), 343-364.
<https://doi.org/10.1177/073428299801600407>
- Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 22608.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22608>
- K. Ortiz Guerrero. “De nudos y entresijos, “*Violencia maternal, desde la experiencia y en el discurso de un grupo de mujeres*” Tesis del colegio de México, 2005, .p. 1-168
- Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2011). Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child abuse & neglect*, 35(5), 309-318.<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.006>

- Kuluk, A., Allard, T., & Stewart, A. (2021). Understanding Risk and Protective Factors for Maternal Maltreatment: A Population-Based Comparative Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 30(11), 2744-2755.
- Laporte, L., Paris, J., & Zelkowitz, P. (2018). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personality and Mental Health*, 12(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/pmh.1398>
- Lawson, D. M., & Akay-Sullivan, S. (2020). Considerations of dissociation, betrayal trauma, and complex trauma in the treatment of incest. *Journal of child sexual abuse*, 29(6), 677-696.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369>
- Lev-Wiesel, R. (2006). Intergenerational transmission of sexual abuse? Motherhood in the shadow of incest. *Journal of child sexual abuse*, 15(2), 75-101.
https://doi.org/10.1300/J070v15n02_06
- Lippard, E. T., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*, 177(1), 20-36.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 13, N.º 3*, 159-174.
- Loredo Abdalá, A. (2019). La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México

- Lünnemann, M. K. M., Van der Horst, F. C. P., Prinzie, P., Luijk, M. P. C. M., & Steketee, M. (2019). The intergenerational impact of trauma and family violence on parents and their children. *Child abuse & neglect*, 96, 104134.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104134>
- M. Hernando Bedoya, M. L. Giraldo. “*Condiciones de favorabilidad al maternaje y violencia materna.*”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 2010, vol. 8, no.2, p. 947-959.
<https://orcid.org/0000-0002-9654-9393>
- Mahajan, M. (2018). Neurobiology of childhood trauma and its implications for therapy. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 9(6).
- Miles, J. S. (2004). *Applying Regression & Correlation a guide for students and researchers.* SAGE Publications, 165-191.
- Möhler, E., Resch, F., Cierpka, A., & Cierpka, M. (2001). The early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant interaction. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(3), 257-271.
- Mojica, S. A. M., Mendoza, O. M., Guadarrama, R. G., & Lira, L. E. R. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud mental*, 36(6), 493-503.
- Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2016,). Insecure Attachment Orientations and Posttraumatic Stress in a Female Treatment-Seeking Sample of Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Cross-Lagged Panel Study. *Traumatology*, 48–55.
<https://doi.org/10.1037/trm0000060>
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttil, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire

- to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 132-137.
- <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.9>
- Nemeroff, C. B. (2016). The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron. Paradise Lost*, 892-909.
- <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- Nobes, G., & Smith, M. (2000). The relative extent of physical punishment and abuse by mothers and fathers. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 47-66.
- <https://doi.org/10.1177/1524838000001001004>
- Noll, J., Reader, J., & Bensman, H. (2016). Entornos reconstruidos: las luchas únicas de los niños nacidos de madres abusadas. *Red child maltreatment solutions*, 77-88.
- O'Donnell, M., Maclean, M. J., Sims, S., Morgan, V. A., Leonard, H., & Stanley, F. J. (2015). Maternal mental health and risk of child protection involvement: Mental health diagnoses associated with increased risk. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(12), 1175–1183.
- <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-205240>
- OMS. (2016). Violence in the Western Pacific región. Institutional Repository for Information Sharing.
- <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- ONU. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *Consejo de Derechos Humanos*, 1-24
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Gender and Mental Health*. Geneva: WHO

- OMS, O. M. (2010). Traumatismos y violencia. Prevención de la violencia y los traumatismos, 1-19.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., & Mandel, F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 539-555.
- Peled, E. (2011). Abused women who abuse their children: A critical review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 16, 325-330.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.007>
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2013). Experiencias de victimización y polivictimización en una muestra clínica de menores: internalización, externalización y sintomatología psicopatológica general. *gía y salud mental*, 41
- Pereda, N., Gallardo, D., & Jimenez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas esp. psiquiatr.*, 131-139.
- Pérez, J. R. (2007). Perfil de Rasgos de Personalidad de Madres Maltratadoras. *TESIS DOCTORAL, Facultad de Psicología.*, 1-240.D
- Perry, B. (2014). Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-Traumático en los Niños . *Traducción de Silvina Rearte*, 1-19.
- Pinheiro, P. S. (2011). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas.
- Ramirez, C. (2006). El Impacto del maltrato en los niños y niñas en Colombia. *Infancia, Adolescencia y Familia*, 1-37.
- Ramos, L. (2015). Género, clase y violencia estructural. *Entretexos*, 1-13.
- Ramos, L. y Saltijeral, M. T. (2008). Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child abuse & neglect*, 34(8), 576-584.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.001>

Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102381.

<https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2021.102381>

Rivas, M., Redd, G., First, M., & Ayuso, J. (2011). Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. *Rev Panam Salud Publica.* , 130-138.

ROMERO, J. C. G., & ARMENTA, M. F. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, 22(2), 363-374.

Safranoff, A., & Tiravassi, A. (2018). La transmisión intergeneracional de la violencia. *Banco interamericano de desarrollo*, 4-24.

Santhosh, K. R. (2016). A Review on the perpetrators of child abuse. *Review of Social Sciences*, 01(03), , 45-52 .

<https://doi.org/10.18533/rss.v1i3.25>

Sánchez, S. M. P., Avelar, L. I. R., & Rivas, R. A. V. (2018). Maltrato infantil. *ECA: Estudios Centroamericanos*, 73(755), 857-876.

Sánchez-Rivera, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Especial* , 921-953.

SEDESA. (2014). Guía para la elaboración de protocolos e informe final de investigación. *Federal, Secretaría de Salud del Distrito*, 1-63.

Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H., & Øktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined a Norwegian trauma-

exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1796187.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>

Senado de la República. Coordinación de comunicación social (2018) México primer lugar de la OCDE en maltrato infantil. Recuperado de:

<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/periodo-ordinario/boletines/15298-mexico-primer-lugar-de-la-ocde-en-maltrato-infantil-senador-martinez-martinez.HTML>.

Sistema Nacional DIF. Gobierno de México. (2017). ¿Sabes qué es el abuso sexual a niños y niñas. Recuperado de: <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/sabes-que-es-elabuso-sexual-a-ninas-y-ninos?idiom=es>

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018).

A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1419749.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>

Smith, A., Heyman, R., & Foran, H. (2015). Child Maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process*, Vol. 54, 1-16.

Somma, A., Maffei, C., Borroni, S., Gialdi, G. y Fossati, A. (2019). Reacciones postraumáticas como diferencias individuales: Análisis de la estructura latente del cuestionario internacional de trauma en adultos italianos expuestos al trauma y no expuestos al trauma. *Revista Mediterránea de Psicología Clínica*, 7(1).

<https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2058>

Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., ... & Alonso, J. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder:

Investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depression and anxiety*, 31(6), 494-505.

<https://doi.org/10.1002/da.22279>

Stewart, E., Hurren, C., Thompson, B., Jenkins, A., Chrzanowski, T., & Allard, A. (2018).

Who are the Perpetrators of Child Maltreatment? *Report to the Criminology Research Advisory Council Grant: CRG 18/13-14*, 1-51.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998).

Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse & neglect*, 22(4), 249-270.

[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9)

Tam, J., Vera, G., & Oliveros, R. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. *Escuela de posgrado*, 145-54.

Tejeda, M. M. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526.

Terock, J., Hannemann, A., Klinger-König, J., Janowitz, D., Grabe, H. J., & Murck, H.

(2022). The neurobiology of childhood trauma—aldosterone and blood pressure changes in a community sample. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-9.

<https://doi.org/10.1080/15622975.2021.2018724>

Terr, L. (2003). Child traumas: An outline and overview. *Focus*, 1, 322-334.

UNICEF. (2019). Panorama estadístico de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. *UNICEF México*.

- Valdovinos, V. L. (2020). Trastorno de estrés postraumático complejo en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil: un enfoque cualitativo. En P. y. Fuentes de Iturbe, *Violencia y salud mental: Perspectiva desde la Neurociencia, la Clínica y la Salud Pública* (págs. 159-186). México: Grañén Porrúa, Lito-Grapo, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, ... & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557.
<https://doi.org/10.1111/ACPS.12973>
- Van der Kolk, B. A. (1992). PTSD, memory and noradrenergic dysregulation. In *BA van der Kolk (Chair), Biological aspects of trauma, Symposium presented at the First World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Amsterdam, The Netherlands*.
- Van der Kolk, B. (2002). La naturaleza del trauma. *Revista de Psicotrauma*, 2-4.
- Van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 293-317.
[https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00003-8)
- Van Dijke, A., Hopman, J., & Ford, J. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symp. *Psychotraumatology*, 9:1, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>

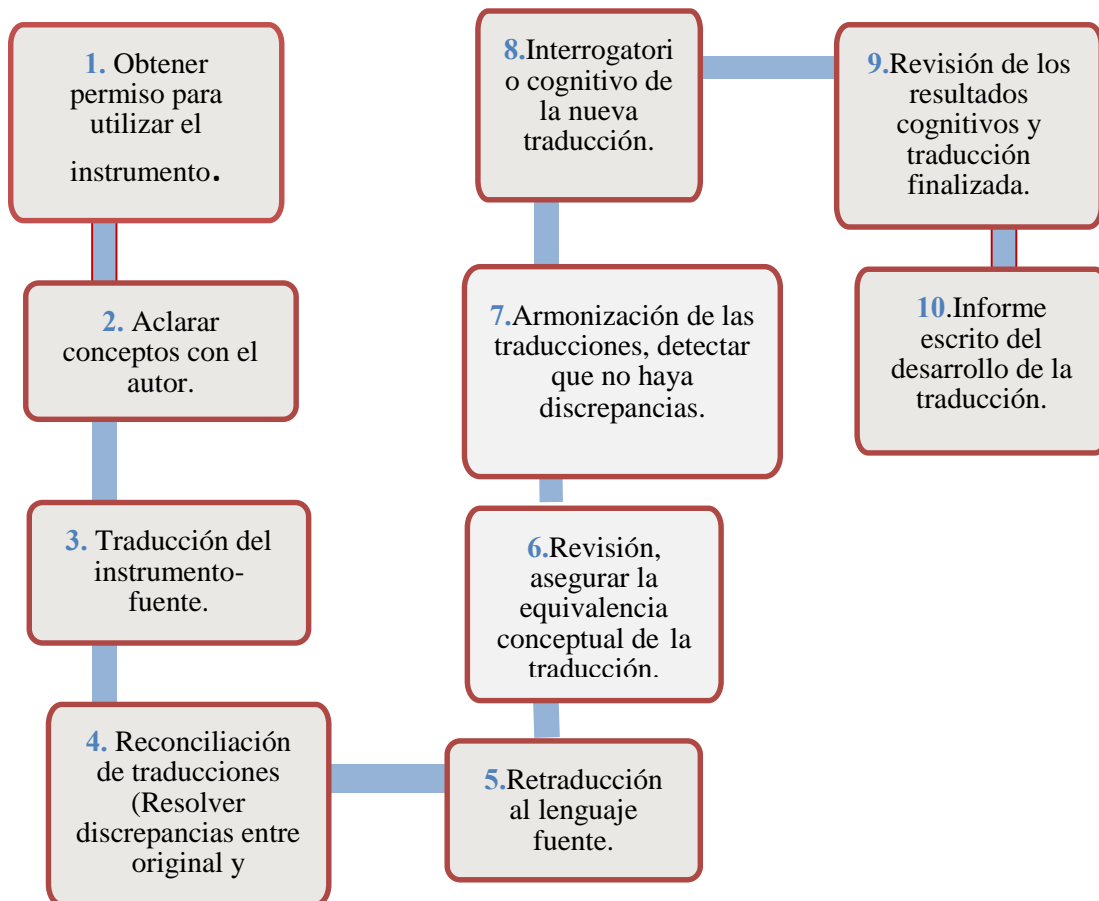
- Vang, M. L., Dokkedahl, S. B., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., ... & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1894806.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894806>
- Verrocchio, M. C., Ambrosini, A., & Fulcheri, M. (2013). Promotion of mental health in children of parents with a mental disorder. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 49, 406-411. https://doi.org/10.4415/ann_13_04_15
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez, L., Díaz, M., & Buenabad, N. (2006). Encuesta de maltrato infantil y factores asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres, 168.
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and psychopathology*, 31(3), 899-915.
- Whitten, T., Dean, K., Li, R., Laurens, K. R., Harris, F., Carr, V. J., & Green, M. J. (2021). Earlier contact with child protection services among children of parents with criminal convictions and mental disorders. *Child maltreatment*, 26(1), 63-73. <https://doi.org/10.1177/1077559520935204>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect*, 32(8), 785-796.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 94-104.

<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

16. ANEXOS (fase 1)

Anexo 1(fase1) Traducción-Retraducción



Anexo 2 (fase 1) Traducción- retraducción del CIT.

TRADUCCIÓN-RETRADUCCIÓN DEL CUESTIONARIO INTERNACIONAL DEL TRAUMA (ITQ) INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE					
REACTIVOS	NOT AT ALL	A LITTLE	MODERATELY	MUCH	EXTREMELY
	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY
	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. ¿Ha tenido sueños perturbadores que reproducen alguna parte de la experiencia o están claramente relacionados con ella?					
HAVE YOU HAD DISTURBING DREAMS WHICH REPRODUCE ANY PART OF THE EXPERIENCE OR WHICH ARE CLEARLY RELATED TO IT?	0	1	2	3	4
1. HAVING UPSETTING DREAMS THAT REPLAY PART OF THE EXPERIENCE OR ARE CLEARLY RELATED TO THE EXPERIENCE?					
2. ¿A veces le vienen a la mente imágenes o memorias potentes con las que siente que la experiencia está ocurriendo nuevamente en el momento presente?					
DO IMAGES OR POTENT MEMORIES SOMETIMES COME INTO YOUR MIND WHICH MAKE YOU FEEL THAT THE EXPERIENCE IS HAPPENING AT THE PRESENT MOMENT AGAIN?	0	1	2	3	4
2. HAVING POWERFUL IMAGES OR MEMORIES THAT SOMETIMES COME INTO YOUR MIND IN WHICH YOU FEEL THE EXPERIENCE IS HAPPENING AGAIN IN THE HERE AND NOW?					
3. ¿Ha evitado los recordatorios internos de la experiencia (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?					
HAVE YOU AVOIDED THE INTERNAL REMEMBRANCES OF THE EXPERIENCE (FOR EXAMPLE, THOUGHTS, FEELINGS OR PHYSICAL SENSATIONS)?	0	1	2	3	4
3. AVOIDING INTERNAL REMINDERS OF THE EXPERIENCE (FOR EXAMPLE, THOUGHTS, FEELINGS, OR PHYSICAL SENSATIONS)?					
4. ¿Ha evitado los recordatorios externos de la experiencia (por ejemplo, ciertas personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades o situaciones)?					
HAVE YOU AVOIDED THE EXTERNAL REMINDERS OF THE EXPERIENCE (FOR EXAMPLE, CERTAIN PEOPLE, CONVERSATIONS, OBJECTS, ACTIVITIES OR SITUATIONS)?	0	1	2	3	4
4. AVOIDING EXTERNAL REMINDERS OF THE EXPERIENCE (FOR EXAMPLE, PEOPLE, PLACES, CONVERSATIONS, OBJECTS, ACTIVITIES, OR SITUATIONS)?					
5. ¿Ha estado "en alerta máxima", vigilante o en guardia?					
HAVE YOU BEEN IN "MAXIMUM ALERT" OR VIGILANT OR ON GUARD?	0	1	2	3	4
5. BEING "SUPER-ALERT", WATCHFUL, OR ON GUARD?					
6. ¿Se ha sentido nervioso o se asusta fácilmente?					
HAVE YOU FELT NERVOUS OR EASILY FRIGHTENED?	0	1	2	3	4
6. FEELING JUMPY OR EASILY STARTLED?					
7. ¿Han afectado a sus relaciones o a su vida social?					
HAVE AFFECTED YOUR RELATIONSHIPS OR YOUR SOCIAL LIFE?	0	1	2	3	4
7. AFFECTED YOUR RELATIONSHIPS OR SOCIAL LIFE?					
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?					
HAVE AFFECTED YOUR WORK OR WORK CAPACITY?	0	1	2	3	4
8. AFFECTED YOUR WORK OR ABILITY TO WORK?					
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?					
HAVE AFFECTED ANY OTHER IMPORTANT PART OF YOUR LIFE AS RAISING YOUR CHILDREN, YOUR SCHOOL OR COLLEGE PERFORMANCE OR OTHER IMPORTANT ACTIVITIES?	0	1	2	3	4
9. AFFECTED ANY OTHER IMPORTANT PART OF YOUR LIFE SUCH AS PARENTING, OR SCHOOL OR COLLEGE WORK, OR OTHER IMPORTANT ACTIVITIES?					
1. Cuando estoy molesto, me toma mucho tiempo calmarme.					
WHEN I AM UPSET, IT TAKES ME A LOT OF TIME TO CALM DOWN.	0	1	2	3	4
1. WHEN I AM UPSET, IT TAKES ME A LONG TIME O CALM DOWN					
2. Me siento entumecido o emocionalmente apagado.					
I FEEL NUMB OR EMOTIONALLY TURNED DOWN.	0	1	2	3	4
2. I FEEL NUMB OR EMOTIONALLY SHUT DOWN.					
3. Siento que soy un fracaso.					
3. I FEEL I AM A FAILURE.	0	1	2	3	4
3. I FEEL LIKE A FAILURE.					
4. Siento que no valgo nada.					
4. I FEEL I AM WORTHLESS.	0	1	2	3	4
4. I FEEL WORTHLESS.					
5. Me siento distante o aislado de los demás.					
5. I FEEL ISOLATED OR FAR FROM OTHERS.	0	1	2	3	4
5. I FEEL DISTANT OR CUT OFF FROM PEOPLE.					
6. Se me dificulta mantenerme emocionalmente cercano a las personas.					
6. IT IS DIFFICULT TO ME TO FEEL EMOTIONALLY CLOSE TO PEOPLE.	0	1	2	3	4
6. I FIND IT HARD TO STAY EMOTIONALLY CLOSE TO PEOPLE.					
7. ¿Han creado inquietud o angustia sobre sus relaciones o vida social?					
7. HAVE THEY CREATED RESTLESSNESS OR ANGUISH ABOUT YOUR RELATIONSHIPS OR SOCIAL LIFE?	0	1	2	3	4
7. CREATED CONCERN OR DISTRESS ABOUT YOUR RELATIONSHIPS OR SOCIAL LIFE?					
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?					
8. HAVE AFFECTED YOUR WORK OR CAPACITY WORK?	0	1	2	3	4
8. AFFECTED YOUR WORK OR ABILITY TO WORK?					
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?					
9. HAVE AFFECTED ANY OTHER IMPORTANT PART OF YOUR LIFE AS RAISING YOUR CHILDREN, YOUR SCHOOL OR COLLEGE PERFORMANCE OR OTHER IMPORTANT ACTIVITIES?	0	1	2	3	4
9. AFFECTED ANY OTHER IMPORTANT PARTS OF YOUR LIFE SUCH AS PARENTING, OR SCHOOL OR COLLEGE WORK, OR OTHER IMPORTANT ACTIVITIES?					

Anexo 3 (fase 1) Proyecto aprobado por el Comité de Ética



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



INVESTIGACION

Fecha y Número de Aprobación:

Ciudad de México 9 de septiembre de 2019.

CEI/C/055/2019

Dra. Verónica Suárez Valdovinos

Investigador Principal

P r e s e n t e

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Transmisión intergeneracional del maltrato infantil en mujeres con sintomatología psiquiátrica usuarias de un hospital de tercer nivel", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Alcaldía de Tlalpan de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación y Consentimiento Informado.

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

Dra. Liliana Mondragón Barrios

Presidente del Comité de Ética en Investigación

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

Anexo 4 (fase 1) Consentimiento informado para la evaluación cognitiva



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

PROYECTO: “TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO INFANTIL EN MUJERES CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT COMPLEJO USUARIAS DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TERCER NIVEL”

Mi nombre es Verónica Suárez Valdovinos, soy Psicóloga y deseo invitarla a participar en un estudio que tiene como objetivo entrevistar a mujeres mayores de edad que tengan hijos de hasta 15 años, y que hayan vivido maltrato en su infancia es decir, que en edades tempranas hayan vivido algún tipo de maltrato de manera frecuente, duradero y producido por alguien muy cercano, como los padres. Está información es muy valiosa ya que nos podría permitir hacer una adaptación cultural de un cuestionario que es usado en otros países y que aun no esta siendo usado en CDMX el cual mide los efectos a largo plazo del trauma, este cuestionario permitiría visibilizar la sintomatología derivada de dicho maltrato y poder detectar algunas de las necesidades de salud de las usuarias, para conocer y comprender más profundamente cómo afecta este tipo de violencia de vida en general y sobre todo en la crianza de los hijos/as.

PROPOSITO

El estudio consiste en participar en una entrevista con una duración aproximada de 15 minutos, podemos hacerla en este momento o concertar una cita para hacerla el día que mejor le convenga, las preguntas que se harán estan relacionadas con un cuestionario el cual contiene 12 preguntas relacionadas con los efectos del trauma.

Solamente se le pedirá que lea la pregunta en “voz alta”, que diga qué le parece confuso de las preguntas , y si es clara la información.

La participación en este estudio es libre, sin ninguna repercusión en su atención en el servicio del instituto. Es decir, su **participación es totalmente voluntaria.**

Acepto participar en la entrevista. SI () NO ()

MANEJO DE INFORMACIÓN

La información que me proporcione será analizada de manera general no incluirá los nombres de las personas entrevistadas. Los resultados se darán a conocer en artículos científicos y en mi tesis doctoral.

BENEFICIOS

Como una manera de agradecer su participación; al término de las entrevistas se realizará en el espacio asignado por el personal de la clínica de género un taller psicoeducativo relacionado con conocer los efectos más comunes que pueden presentar personas que experimentaron maltrato infantil con duración de 1 hora y algunas estrategias para afrontarlos de la mejor manera.

Como beneficio indirecto es que usted contribuirá a identificar el diagnóstico del TEPTC y su impacto en la salud mental en mujeres adultas, lo que esperamos redunde en mejorar estrategias de intervención terapéutica.

RIESGO

Dado que las preguntas que se leen corresponden a temas sensibles, los cuáles podrían alterar anímicamente a alguna participante o generar algún malestar, la investigadora principal será quien aplique los cuestionarios, la cual se encuentra capacitada para realizar contención emocional, así como intervención en crisis.

RESULTADOS

Los resultados del estudio serán analizados grupalmente, sin especificar ningún tipo de información que permita identificar a las participantes.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene dudas sobre las responsabilidades y derechos de la investigación se puede comunicar conmigo, como la responsable del estudio.

A continuación su firma indica que ha leído la información, que su participación es voluntaria y que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier duda que tenga sobre el estudio, que se le ha señalado que puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento de participación en cualquier momento.

Correo electrónico _____

Nombre de la Participante

Fecha

Firma de la Participante

Fecha

Firma de la Investigadora

Fecha

Firma del Testigo 1

Fecha

Anexo 5 (fase1) Formato Evaluación cognitiva (CIT)

FORMATO PARA LA EVALUACIÓN COGNITIVA DEL CIT



Cuestionario Internacional del Trauma

Iniciales: _____
Fecha: _____

Instrucciones Generales.

Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Verónica Suárez, como ya le mencioné en el Consentimiento Informado, quiero que usted me apoye a responder un cuestionario que será parte de un estudio sobre los efectos de la violencia en la salud mental de las mujeres. Esto es con la finalidad de asegurar que dicho cuestionario sea comprensible para quienes participen, por ello es muy importante su opinión acerca de las instrucciones y si las preguntas son claras. Esto **NO ES UN EXAMEN**; por lo tanto, **NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS**. Por favor, responda honesta y sinceramente desde su experiencia. Como ya le informé, su identidad permanecerá en el anonimato; es decir, nadie sabrá que usted ha respondido este cuestionario.

Para empezar, le voy a preguntar algunos datos sociodemográficos generales.

Datos Sociodemográficos.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	_____ Años cumplidos
2. ¿Cuál es su estado civil?	[1] Soltera [2] Casada [3] Divorciada [4] Otro
3. ¿Cuál es su ocupación?	[1] Ama de casa [2] Empleo formal [3] Empleo cuenta propia [4] Estudiante [5] Sin empleo [6] Jubilado [7] Otra
4. ¿Cuántos hijos tiene?	_____ Numero de hijos
5. ¿Cuántos años tienen?	_____ Años cumplidos

6. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?	[1] No estudió [2] Primaria incompleta [3] Primaria completa [4] Secundaria incompleta [5] Secundaria completa [6] Carrera comercial [7] Carrera técnica [8] Preparatoria incompleta [9] Preparatoria completa [10] Licenciatura incompleta [11] Licenciatura completa [12] Diplomado o Maestría [13] Doctorado
--	---

Ya terminamos esa sección. Ahora le voy a preguntar sobre el cuestionario que le mencioné, el cual aborda los efectos que a veces tienen eventos violentos, los cuales llegan a generar mucho estrés en algunas personas. Si usted se siente incómoda con alguna de estas preguntas, o prefiere no responder o detener la entrevista hágamelo saber con toda confianza.

Primero que nada, quisiera saber si a usted le ha ocurrido alguno de los siguientes eventos alguna vez en su vida (y en el último año):

Núm.	Sucesos	Alguna vez en la vida			Últimos 12 Meses	
		No	Sí	Edad	No	Sí
1	Haber estado presente en un desastre natural como un huracán, terremoto o inundaciones devastadoras	0	1		0	1
2	Haber estado involucrado/a en un desastre causado por el ser humano	0	1		0	1
3	Haber tenido una enfermedad que te causara heridas graves o incluso poder llegar a morir	0	1		0	1
4	Haber sido asaltado/a o amenazado/a con un arma	0	1		0	1
5	Haber sido perseguido/a o vigilado/a para hacerte daño	0	1		0	1
6	Haber estado expuesto/a a un tóxico o sustancia química peligrosa que pudiera provocarte daños graves o la muerte	0	1		0	1
7	Haberte visto involucrado/a en un accidente de vehículos de motor que te hubiera podido causar la muerte o haberte dejado lesiones graves	0	1		0	1

Núm.	Sucesos	Alguna vez en la vida			Últimos 12 Meses	
		No	Sí	Edad	No	Sí
8	Haber tenido algún accidente de otro tipo que hubiera podido causarte la muerte o daños de gravedad incluso en la escuela o trabajo	0	1		0	1
9	Haber estado a punto de ahogarte	0	1		0	1
10	Haber sufrido graves quemaduras	0	1		0	1
11	Haber recibido una paliza por algún familiar (no incluye a parejas o exparejas)	0	1		0	1
12	Haber recibido una paliza por parte de una pareja o expareja	0	1		0	1
13	Haber recibido una paliza por parte de otra persona	0	1		0	1
14	Haber sido herido, cortado, rasguñado o sangrado por parte de algún padre o familiar cercano	0	1		0	1
15	Haber sido obligado/a tener relaciones sexuales con alguien en contra de tu voluntad.	0	1		0	1
16	Haber sido obligado/a a tocar los genitales a alguien o haber sido tocado/a en tus genitales contra tu voluntad; o haber sido tocado/a sexualmente contra tu voluntad, o de forma inapropiada.	0	1		0	1
17	Haber participado en alguna guerra como miembro del ejército o de una organización no militar	0	1		0	1
18	Haber sido secuestrado/a	0	1		0	1
19	Haber sido miembro de las fuerzas de paz, o colaborador/a humanitario/a en una zona en guerra o en un lugar donde hubiera una situación de terror entre la población, debido a conflictos políticos, raciales, religiosos o de cualquier otro tipo	0	1		0	1
20	Haber sido torturado/a	0	1		0	1
21	Haber estado como civil desarmado/a en un lugar donde había una guerra, una revolución, un golpe de estado militar o una invasión.	0	1		0	1
22	Haber vivido como civil en un lugar donde había una situación de terror entre la población por motivos políticos, raciales, religiosos o de cualquier otro tipo	0	1		0	1
23	Muerte de algún familiar o amigo/a muy cercano/a de forma repentina o inesperada (por ejemplo, en un accidente, asesinato, suicidio o por un ataque al corazón a una edad temprana)	0	1		0	1
24	Haber hecho algo que provocara accidentalmente heridas graves o muerte a alguna persona	0	1		0	1
25	Haber herido gravemente, torturado o matado a alguien a propósito	0	1		0	1
26	Haber estado en situación de refugiado (tener que abandonar tu país de origen y refugiarte en el extranjero para escapar del peligro o de la ejecución)	0	1		0	1

27	Haber sido testigo de golpizas entre familiares cerca de ti	0	1		0	1
<u>Núm.</u>	<u>Sucesos</u>	Alguna vez en la vida			<u>Últimos 12 Meses</u>	
		No	Sí	Edad	No	<u>Sí</u>
28	Haber visto o escuchado a alguien ser herido gravemente o a alguien que estaba siendo asesinado; o haber visto inesperadamente un cadáver	0	1		0	1
29	Haber sido testigo de atrocidades o matanzas, por ejemplo, mutilaciones o asesinatos en masa	0	1		0	1
30	Amenaza seria o daño a un miembro de tu familia o amigo/a íntimo	0	1		0	1
31	Experiencia traumática de algún familiar o amigo/a cercano/a como secuestro, violación o tortura	0	1		0	1
32	¿Hay alguna otra situación que hubiera podido causarte la muerte o lesiones graves que no esté mencionada en esta lista? Favor de <u>especificar</u> :	0	1		0	1

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DEL TRAUMA

Ahora, identifique por favor de los eventos que usted me comentó le han ocurrido, cual es el que más le inquieta/perturba/molesta/incomoda.

0.- Ninguno

1.- Sí

Si es sí, ¿Me lo podría describir brevemente?

¿Cuándo sucedió esta experiencia? (circule una opción)

1.- Hace menos de 6 meses

2.- Entre 6 y 12 meses

3.- Entre 1 y 5 años

4.- Entre 5 y 10 años

5.- Entre 10 y 20 años

6.- Hace más de 20 años

¿Las instrucciones y preguntas de esta sección fueron claras? 0. No 1. Sí

¿Cuáles no?

¿Como sugeriría usted modificarlas?

¿Alguna le molestó o incomodó?

A continuación, le leeré una serie de problemas que a veces reportan como consecuencia de eventos traumatizantes o estresantes. Para cada uno le voy a pedir que me diga primero si la pregunta es clara y comprensible, y en caso de que no, me de sugerencias para mejorarla. También quiero que me responda si dicho problema le ha ocurrido y cuánto le ha afectado en el último mes, considerando las siguientes opciones de respuesta:

- 0.- Para nada
- 1.- Un poco
- 2.- Moderadamente
- 3.- Mucho
- 4.-Extremadamente

Preguntas	¿Le quedó clara la pregunta? [1]	¿Cambiaría algo para que se entienda mejor? [2]	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. ¿Ha tenido sueños angustiantes que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?			0	1	2	3	4
2. ¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o recuerdos intensos que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo			0	1	2	3	4

nuevamente en ese momento?							
3. ¿Ha evitado los recordatorios internos de la experiencia (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?			0	1	2	3	4
4. ¿Ha evitado los recordatorios externos de la experiencia (por ejemplo, ciertas personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades o situaciones)?			0	1	2	3	4
5. ¿Ha estado "en alerta máxima", vigilante o en guardia?			0	1	2	3	4
6. ¿Se ha sentido nerviosa o se asusta fácilmente?			0	1	2	3	4

Ahora quisiera saber que tan ciertas/verdaderas son para usted las siguientes preguntas. En el último mes, los síntomas anteriores:

Preguntas	¿Le quedó clara la pregunta? [1]	¿Cambiaría algo para que se entienda mejor? [2]	Para nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Extrema-mente
7. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?			0	1	2	3	4
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?			0	1	2	3	4
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?			0	1	2	3	4

6

Ahora quisiera preguntarle sobre el último mes: ¿Qué tan ciertas/verdaderas son para usted las siguientes afirmaciones?

	¿Le quedó clara la pregunta? [1]	¿Cambiaría algo para que se entienda mejor? [2]	Para nada	Un poco	Modera- blemente	Mucho	Extrema- mente
1. Cuando estoy molesta, me toma mucho tiempo calmarme.			0	1	2	3	4
2. Me siento insensible o emocionalmente fría/anestesiada.			0	1	2	3	4
3. Siento que soy un fracaso.			0	1	2	3	4
4. Siento que no valgo nada.			0	1	2	3	4
5. Me siento aislada o distante de los demás.			0	1	2	3	4
6. Se me dificulta mantenerme emocionalmente cercana a las personas.			0	1	2	3	4

¿Las instrucciones y afirmaciones de esta sección fueron claras? 0. No 1. Sí

¿Cuáles no?

¿Cómo sugeriría usted modificarlas?

¿Alguna le molestó o incomodó?

¿Hay alguna otra molestia o problema que debería incluirse?

¿Las opciones de respuesta le quedaron claras? 0. No 1. Sí

¿Cómo sugeriría usted modificarlas?

¿Fue fácil responder estas afirmaciones? ¿Alguna le pareció difícil de entender? ¿Cuál? ¿Por qué?

¿Tiene algún comentario o sugerencia más?

En el último mes, estos problemas emocionales respecto a lo que cree acerca de usted misma, y a cómo se lleva con los demás:

	¿Le quedó clara la pregunta? (1)	¿Cambiaría algo para que se entienda mejor? (2)	Para nada	Un poco	Moderada- GRABADA	Mucho	Extrema- GRABADA
7. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?			0	1	2	3	4
8. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?			0	1	2	3	4
9. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?			0	1	2	3	4

¿Las instrucciones y afirmaciones de esta sección fueron claras? 0. No 1. Sí

¿Cuáles no?

¿Cómo sugeriría usted modificarlas?

¿Alguna le molestó o incomodó?

¿Hay alguna otra molestia o problema que debería incluirse?

10

¿Las opciones de respuesta le quedaron claras? 0. No 1. Sí

¿Cómo sugeriría usted modificarlas?

¿Fue fácil responder estas afirmaciones? ¿Alguna le pareció difícil de entender? ¿Cuál?
¿Por qué?

¿Tiene algún comentario o sugerencia más?

¡Gracias por su valiosa colaboración!

17. ANEXOS (fase 2)

Anexo 6 (fase 2) Consentimiento informado del Proyecto



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

PROYECTO: “TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO INFANTIL EN MUJERES CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT COMPLEJO USUARIAS DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TERCER NIVEL”

Mi nombre es Verónica Suárez Valdovinos, soy Psicóloga y actualmente estoy haciendo un Doctorado en Salud Mental Pública de la UNAM, cuya sede es el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” deseo invitarla a participar en un estudio que tiene como objetivo entrevistar a mujeres mayores de edad que tengan hijos de hasta 15 años, y que hayan vivido maltrato en su infancia es decir, que en edades tempranas hayan vivido algún tipo de maltrato de manera frecuente, duradero y producido por alguien muy cercano, como los padres. Esta información es muy valiosa ya que nos podría permitir hacer recomendaciones para la atención y el cuidado de mujeres que se encuentren en esta situación.

PROPOSITO

La finalidad principal es poder visibilizar la sintomatología derivada de dicho maltrato y detectar algunas de las necesidades de salud de las usuarias, así como ampliar el conocimiento sobre las manifestaciones más comunes que sintió y ha seguido sintiendo hasta el momento actual, y que podrían estar vinculados con dicho abuso de modo que podamos conocer y comprender más profundamente cómo afecta este tipo de violencia la vida en general y sobre todo la crianza de los hijos/as.

PARTICIPACIÓN

Si decide participar en el estudio, la entrevista se hará mediante cuestionarios de síntomas de estrés postraumático y de tipos de maltrato recibido durante la infancia, los cuáles serán llenados dentro de la sala de espera de la Clínica de Género y Sexualidad con una duración aproximada de 30 minutos. Usted puede rechazar esta invitación, o aún cuando la acepte, podrá pararla o darla por terminada en cualquier momento, sin que afecte en su atención en el servicio del instituto. Es decir, su **participación es totalmente voluntaria**

Acepto participar en la entrevista. SI () NO ()

MANEJO DE LA INFORMACIÓN

La información que me proporcione será analizada de manera general. No se le preguntará su nombre a las entrevistadas. Los cuestionarios serán codificados y almacenados en una computadora protegida para su análisis final, por esta investigadora quien las guardará con códigos de acceso solamente conocidos por ella. Dichos cuestionarios se guardarán por cinco años y posteriormente serán eliminados.

Sus respuestas serán analizadas junto con las de otras mujeres participantes, para realizar una conclusión general sobre el tema sin manejar ningún dato que posibilite identificaciones personales.

BENEFICIOS

Como manera de agradecer su participación; al término de las entrevistas, se realizará un taller psicoeducativo en el espacio asignado por el personal de la clínica relacionado con conocer los efectos más comunes que pueden presentar personas que han experimentado maltrato infantil y algunas estrategias para afrontarlos de la mejor manera, con duración de una hora como una manera de agradecer su participación.

Como beneficio indirecto es que usted contribuirá a mejorar el conocimiento del TEPTC como explicación de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil y su impacto en la salud mental en mujeres adultas, lo que esperamos redunde en mejorar estrategias diagnósticas y de intervención terapéutica.

RIESGO

Dado que se tocarán temas sensibles, los cuáles podrían alterar anímicamente a alguna participante o generar algún malestar, la investigadora principal será quien aplique los cuestionarios, la cual se encuentra capacitada para realizar contención emocional, así como intervención en crisis.

RESULTADOS

Los resultados del estudio serán analizados grupalmente, sin especificar ningún tipo de información que permita identificar a las participantes.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene dudas sobre las responsabilidades y derechos de la investigación, se puede comunicar conmigo, como la responsable del estudio: Psic. Verónica Suárez Valdovinos. correo electrónico vericuasua@hotmail.com.

A continuación su firma indica que ha leído la información, que su participación es voluntaria y que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier duda que tenga sobre el estudio, que se

la señalado que puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento de participación en cualquier momento.

Correo electrónico: _____

Nombre de la Participante

Fecha

Firma de la Participante

Fecha

Firma de la Investigadora

Fecha

Firma del Testigo 1

Fecha

Firma del Testigo 2

Fecha

Anexo 7 (fase 2) Cuestionario

CUESTIONARIO:

" TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO INFANTIL "



Folio:

Día	Mes	Año

Fecha

Resultado

Completa

1

Incompleta

2

Entrevistadora

TP: _____

Buenos días/tardes: Mi nombre es Verónica Suárez Valdovinos, doctorante del Programa de Medicina en el Área de Salud Mental de la UNAM y estoy realizando un estudio para entender algunos problemas de salud mental que presentan las mujeres que asisten a esta clínica que pueden estar relacionados con algunas experiencias de violencia previas.

Este cuestionario NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS; el propósito es conocer su opinión sincera. Le pedimos que responda **todas** las preguntas, aunque algunas **parezcan repetidas**.

¡Gracias por su colaboración!

Si está de acuerdo. Iniciaré con algunas preguntas acerca de cuándo y por qué llegó aquí:

¿Desde hace cuánto tiempo acude al Instituto?

Meses_____

¿Cuál fue el motivo por el que llegó?

¿Cuál es el diagnóstico le dieron?

¿Qué tratamiento está recibiendo?

Farmacológico

Terapia

Datos Sociodemográficos.

Las siguientes preguntas se refieren a datos generales.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	_____Años cumplidos
2.	
3. ¿En qué delegación vive?	_____
4. ¿Cuál es su estado civil?	[1] Soltera [2] Casada [3] Divorciada

	[4] Viuda [5] Otro
5. ¿Cuál es su ocupación?	[1] Ama de casa [2] Empleo formal [3] Empleo cuenta propia [4] Estudiante [5] Sin empleo [6] Jubilado [7] Otra
6. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?	[0] No estudió [1] Primaria incompleta [2] Primaria completa [3] Secundaria incompleta [4] Secundaria completa [5] Carrera comercial [6] Carrera técnica [7] Preparatoria incompleta [8] Preparatoria completa [9] Licenciatura incompleta [10] Licenciatura completa [11] Diplomado o Maestría [12] Doctorado
7. ¿Tiene pareja?	(0) No (1) Sí
8. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?	_____ Número de hijos
9. ¿Cuántos años tiene el/la menor?	_____ Años cumplidos
10. ¿Cuántos años tienen el/la mayor?	_____ Años cumplidos
11. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando se embarazó por primera vez?	_____ Años cumplidos
12. ¿Quería embarazarse a esa edad?	(0) No (1) Si
13. ¿Con quién vive?	[1] Pareja [2] Hijos [3] Papá [4] Mamá [5] Otros parientes, indique _____

(ET)

Ahora bien, existen algunos eventos a lo largo de la vida que pueden cambiar nuestro estado emocional. A continuación, Le voy a leer algunas situaciones que nos pueden suceder a todos y le voy a pedir que me indique si a usted le ha sucedido y de ser así, que me diga la edad en que lo vivió. Además, le voy a pedir que me cuente si dicho evento le ocurrió durante el último año. (Si le han ocurrido más de una vez, y que especifique el que más le impactó).

Núm.	Sucesos	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses	
		No	Sí	Edad	No	Sí
13	Haber estado presente en un desastre natural como un huracán, terremoto o inundaciones devastadoras.	0	1		0	1
14	Haber estado involucrada en un desastre causado por el ser humano (explosiones, incendios).	0	1		0	1
15	Haber tenido una enfermedad que te causara heridas graves o incluso poder llegar a morir.	0	1		0	1
16	Haber sido asaltada o amenazada con un arma.	0	1		0	1
17	Haber sido perseguida o vigilada para hacerte daño.	0	1		0	1
18	Haberse visto involucrada en un accidente de vehículos de motor que pudo causarle la muerte o haberle dejado lesiones graves.	0	1		0	1
19	Haber tenido algún accidente de otro tipo que pudo causarle la muerte o daños de gravedad en la calle o algún lugar público el trabajo, la escuela o la casa.	0	1		0	1
20	Haber recibido golpes por parte de algún familiar (no incluye a parejas o ex parejas) Especificar: _____	0	1		0	1
21	Haber recibido golpes por parte de una pareja o ex pareja.	0	1		0	1
22	Haber recibido golpes por parte de otra persona (no familiares)	0	1		0	1
23	Haber sido herida, cortada, rasguñada o sangrada por parte de padre, madre o familiar cercano Especificar: _____	0	1		0	1
24	Haber sido obligada a tener relaciones sexuales con alguien en contra de tu voluntad.	0	1		0	1
25	Haber sido obligada a tocar los genitales a alguien o haber sido tocada en tus genitales, o tocamientos sexuales, contra su voluntad o de forma inapropiada.	0	1		0	1
26	Haber vivido la muerte de algún familiar o amiga muy cercana de forma repentina o inesperada (por ejemplo, en un accidente, asesinato, suicidio o por un ataque al corazón a una edad temprana).	0	1		0	1
27	Ha sido secuestrada o torturada.	0	1		0	1

28	Ha estado en una zona en guerra o en un lugar donde hubiera una situación de terror entre la población, debido a conflictos políticos, raciales, religiosos o de cualquier otro tipo.	0	1		0	1
----	---	---	---	--	---	---

Núm.	Sucesos	Alguna vez en la vida			Últimos 12 Meses	
		No	Sí	Edad	No	Sí
29	Ha hecho algo que provocara accidentalmente heridas graves o muerte a alguna persona	0	1		0	1
30	Ha herido gravemente, torturado o matado a alguien a propósito	0	1		0	1
31	Ha sido testigo de golpizas entre familiares cerca de usted	0	1		0	1
32	Ha visto o escuchado a alguien ser herido gravemente o a alguien que estaba siendo asesinado; o haber visto inesperadamente un cadáver	0	1		0	1
33	Ha sido testigo de atrocidades o matanzas, por ejemplo, mutilaciones o asesinatos en masa	0	1		0	1
34	Ha vivido una amenaza seria o daño a un miembro de tu familia o amigo/a íntimo (incluye secuestro, violación o tortura)	0	1		0	1
35	¿Hay alguna otra situación que hubiera podido causarle la muerte o lesiones graves que no esté mencionada en esta lista? Favor de especificar: _____	0	1		0	1

(TÁCTICAS DE CRIANZA)

Ahora vamos a platicar un poco más sobre otras situaciones que le pudieron ocurrir en la infancia o antes de los 15 años con sus padres u otros familiares. Yo le iré leyendo algunas situaciones y le pido que me diga cuántas veces le ocurrió.

¿Su padre vivió con usted antes de los 15 años?	[0] No (pasar a la siguiente) [1] Sí (saltar hasta los eventos)					
¿Quién fue el hombre más cercano a usted que podría considerar su padre?	Especificar: _____					
Antes que usted tuviera 15 años, ¿cuántas veces su PADRE le hizo las siguientes cosas? O quien hizo la función de padre (Tachar el número de veces en cada evento?)	Nunca	Una vez al año	Dos a cinco veces en un año	6 – 15 veces en un año	Más de 15 veces en un año	Más de 20 veces en un año
36. Le pegó con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo o algún otro objeto duro.	0	1	2	3	4	5
37. Le gritó o te dijo las cosas de mal modo y a gritos.	0	1	2	3	4	5
38. Le dio un puñetazo o una patada.	0	1	2	3	4	5
39. Le agarró del cuello y la apretó.	0	1	2	3	4	5
40. Le dijo de groserías, renegó contra usted o la maldijo.	0	1	2	3	4	5
41. Le dio una golpiza, es decir, le pegó tan fuerte como pudo.	0	1	2	3	4	5
Antes que usted tuviera 15 años, ¿cuántas veces su PADRE le hizo las siguientes cosas? (Tachar el número de veces en cada evento?)	Nunca	Una vez al año	Dos a cinco veces en un año	6 – 15 veces en un año	Más de 15 veces en un año	Más de 20 veces en un año
42. Le dijo que le iba a correr de la casa o a echarle a patadas.	0	1	2	3	4	5
43. Le amenazó con que pegarle, aunque en realidad no lo hizo.	0	1	2	3	4	5
44. Le dio un manotazo en la mano, el brazo o la pierna.	0	1	2	3	4	5

45. Le pellizó.	0	1	2	3	4	5
46. Le amenazó con un cuchillo o una pistola.	0	1	2	3	4	5
47. Le tiró o derribó con un golpe.	0	1	2	3	4	5
48. Le dijo que era estúpida o floja o algún otro insulto de ese tipo.	0	1	2	3	4	5
49. Le dio una cachetada o un golpe en la cabeza o en los oídos.	0	1	2	3	4	5
50. Le ignoró, le daba igual lo que hiciera o dejaras de hacer.	0	1	2	3	4	5
51. ¿Hay algo más que haya hecho su padre que la lastimó física o emocionalmente? Especifique _____						

52. Si su padre le golpeó, ¿alguna vez le dejó alguna cicatriz o tuvo que ir a algún doctor para que se atendiera o curara?	[0] No [1] Sí
53. Si su padre le golpeó, ¿qué edad tenía la primera vez que lo hizo?	_____ años
54. ¿Su padre le ha pegado a su madre?	[0] Nunca le ha pegado [1] Antes le pegaba, pero ahora ya no [2] Le ha pegado rara vez [3] Le pega como una vez al mes [4] Le pega como una vez a la semana [5] Le pega varias veces a la semana

A continuación, vamos a ver si le pasaron las mismas situaciones, pero ahora con su madre o con su figura materna.

<i>¿Su madre vivió con usted antes de los 15 años?</i>	[0] No (pasar a la siguiente) [1] Sí (saltar hasta los eventos)					
<i>¿Quién fue la mujer más cercana a usted que podría considerar su madre?</i>	Especificar: _____					
Antes que usted tuviera 15 años, ¿cuántas veces su MADRE le hizo las siguientes cosas? O quien hizo la función de madre. (Tachar el número de veces en cada evento?)	Nunca	Una vez al año	Dos a cinco veces en un año	6 – 15 veces en un año	Más de 15 veces en un año	Más de 20 veces en un año
55. Le pegó con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo o algún otro objeto duro.	0	1	2	3	4	5
56. Le gritó o te dijo las cosas de mal modo y a gritos.	0	1	2	3	4	5
57. Le dio un puñetazo o una patada.	0	1	2	3	4	5
58. Le agarró del cuello y la apretó.	0	1	2	3	4	5
59. Le dijo de groserías, renegó contra usted o la maldijo.	0	1	2	3	4	5
60. Le dió una golpiza, es decir, le pegó tan fuerte como pudo.	0	1	2	3	4	5
61. Le dijo que le iba a correr de la casa o a echarle a patadas.	0	1	2	3	4	5
62. Le amenazó con que pegarle, aunque en realidad no lo hizo.	0	1	2	3	4	5
63. Le dio un manotazo en la mano, el brazo o la pierna.	0	1	2	3	4	5
64. Le pellizcó.	0	1	2	3	4	5
65. Le amenazó con un cuchillo o una pistola.	0	1	2	3	4	5
66. Le tiró o derribó con un golpe.	0	1	2	3	4	5
67. Le dijo que era estúpida o floja o algún otro insulto de ese tipo.	0	1	2	3	4	5

68. Le dio una cachetada o un golpe en la cabeza o en los oídos.	0	1	2	3	4	5
69. Le ignoró, le daba igual lo que hiciera o dejaras de hacer.	0	1	2	3	4	5
70. ¿Hay algo más que haya hecho su madre que la lastimó física o emocionalmente? Especifique _____						

71. Si su madre le golpeó, ¿alguna vez le dejó alguna cicatriz o tuvo que ir a algún doctor para que se atendiera o curara?	[0] No [1] Sí
72. Si su madre la golpeó, ¿qué edad tenía la primera vez que lo hizo?	_____ años
73. ¿Su madre le ha pegado a su padre?	[0] Nunca le ha pegado [1] Antes le pegaba, pero ahora ya no [2] Le ha pegado rara vez [3] Le pega como una vez al mes [4] Le pega como una vez a la semana [5] Le pega varias veces a la semana

(VS)

Ahora le voy a hacer preguntas que tambien se refieren a experiencias que quizás pudo haber vivido en el pasado, recuerde que su participación es confidencial. Por favor dígame qué respuesta se parece más a su experiencia.

74. Antes de que cumpliera 15 años ¿Alguna vez alguien -sea o no de su familia - la manoseó, tocó o acarició alguna parte de su cuerpo; ¿le hizo tocar alguna parte de su cuerpo, la obligo a ver pornografía o tuvo relaciones sexuales con usted cuando era muy pequeña o contra su voluntad?	[0] No [1] Sí [2] No recuerda
75. ¿Qué tan frecuentemente le ocurrieron este tipo de agresiones?	[1] Una vez [2] Dos o tres veces [3] Muchas veces
76. ¿Qué edad tenía cuando esto le pasó por primera vez?	_____ Años cumplidos
77. La persona que lo hizo por primera o única vez, ¿era hombre o mujer?	[1] Hombre [2] Mujer
78. ¿Cuántos años le llevaba?	De la misma edad (se llevaban entre uno y dos años) Era mayor ____ (se coloca la diferencia de edad) Era menor ____ (se coloca la diferencia de edad)
79. ¿Qué relación tenía esa persona con usted?	[1] Padre / Madre [2] Padrastro / Madrastra [3] Tío (a) [4] Primo (a) [5] Abuelo (a) [6] Amigo (a) [7] Pareja [8] Autoridad (Profesor, médico, cura, etc) especificar: _____ [9] Desconocido (a) Otro/a (especificar) _____

<p>80. De los 15 años en adelante, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales por la fuerza o cuando usted no quería hacerlo?</p>	<p>[0] No [1] Sí [2] No recuerda</p>
<p>81. ¿Qué tan frecuentemente le ocurrieron este tipo de agresiones?</p>	<p>[1] Una vez [2] Dos o tres veces [3] Muchas veces</p>
<p>82. ¿Cuántos años le llevaba?</p>	<p>De la misma edad (se llevaban entre uno y dos años) Era mayor ____ (se coloca la diferencia de edad) Era menor ____ (se coloca la diferencia de edad)</p>
<p>83. ¿Qué relación tenía esa persona con usted?</p>	<p>[1] Padre / Madre [2] Padrastro / Madrastra [3] Tío (a) [4] Primo (a) [5] Abuelo (a) [6] Amigo (a) [7] Pareja [8] Autoridad (Profesor, médico, cura, etc) especificar: _____ [9] Desconocido (a) [10] Otro/a (especificar)</p>
<p>84. ¿Esa persona te pidió que guardaras el secreto de lo que pasó o te pidió que no se lo dijeras a nadie?</p>	<p>[0] No [1] Sí</p>
<p>85. ¿Alguna vez has forzado o presionado a alguien a tener contacto sexual contigo?</p>	<p>[0] No [1] Sí</p>

A continuación, le leeré una serie de problemas que las personas a veces reportan como consecuencia de eventos traumatizantes o estresantes. Por favor dígame si respecto al suceso que me acaba de compartir, le han sucedido dichos problemas y si es así, cuanto le ha afectado en el último mes.

TEPT	¿Ocurrió alguna vez?		¿Cuánto le duró? (en meses)	Último mes				
	No	Sí		Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
				0	1	2	3	4
86. ¿Ha tenido sueños angustiantes que reproducen alguna parte de la experiencia o que están claramente relacionados con ella?	0	1		0	1	2	3	4
87. ¿Algunas veces le vienen a la mente imágenes o recuerdos intensos que le hacen sentir que la experiencia está ocurriendo nuevamente en ese momento?	0	1		0	1	2	3	4
88. ¿Ha evitado los recordatorios internos de la experiencia (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?	0	1		0	1	2	3	4
89. ¿Ha evitado los recordatorios externos de la experiencia (por ejemplo, ciertas personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades o situaciones)?	0	1		0	1	2	3	4
90. ¿Ha estado “en alerta máxima”, vigilante o en guardia?	0	1		0	1	2	3	4
91. ¿Se ha sentido nervioso o se asusta fácilmente?	0	1		0	1	2	3	4

En el último mes, estos problemas:

	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente

92. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?	0	1	2	3	4
93. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?	0	1	2	3	4
94. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Ahora le voy a hacer algunas preguntas que se refieren a cómo se siente regularmente, qué piensa regularmente sobre usted misma y cómo se relaciona con otras personas.

¿Qué tan verdaderas son las siguientes frases para usted?

TEPTC	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
95. Cuando estoy molesta, me toma mucho tiempo calmarme.	0	1	2	3	4
96. Me siento insensible o emocionalmente/fría/anestesiada.	0	1	2	3	4
97. Siento que soy un fracaso.	0	1	2	3	4
98. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4
99. Me siento aislada o distante de los demás.	0	1	2	3	4
100. Se me dificulta mantenerme emocionalmente cercana a las personas	0	1	2	3	4

En el último mes, estas sensaciones:

101. ¿Han afectado a sus relaciones personales o a su vida social?	0	1	2	3	4
102. ¿Han afectado a su trabajo o capacidad de trabajar?	0	1	2	3	4
103. ¿Han afectado alguna otra parte importante de su vida como criar a sus hijos, su desempeño escolar o universitario u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

(EDMM)

Instrucciones: A continuación, le voy a leer una serie de afirmaciones, sobre situaciones que reflejen el comportamiento que tiene usted o tuvo hacia sus hijos e hijas. Le pido que piense por favor en cuando tenían menos de 15 años (Ver edades de los hijos/as y ubicar a la entrevistada). Por favor dígame qué tan frecuentemente ocurrieron. Sus respuestas son confidenciales, le pedimos que responda honestamente ya que no hay respuestas buenas ni malas.

Con respecto a mis hijos/as...	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
104. Daño/dañaba a mis hijos emocionalmente	0	1	2	3
105. Me cuesta/costaba trabajo controlarme cuando me enojo	0	1	2	3
106. Maltrato/maltraba a mis hijos físicamente	0	1	2	3
107. Soy/Era agresiva con mis hijos	0	1	2	3
108. Les grito/gritaba a mis hijos cuando me desobedecen	0	1	2	3
109. Me desquito/desquitaba con mis hijos cuando estoy/estaba molesta	0	1	2	3
110. Descargo/Descargaba mi frustración con mis hijos	0	1	2	3
111. A mis hijos les hablo/hablaba con groserías	0	1	2	3
112. A mis hijos les pego/pegaba cuando me desobedecen/desobedecían	0	1	2	3
Con respecto a mis hijos/as...	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
113. Jaloneo/Jaloneaba a mis hijos cuando no me hacen/hacían caso	0	1	2	3
114. Insulto/Insultaba a mis hijos cuando me desobedecen/desobedecían	0	1	2	3
115. Jaloneo/Jaloneaba a mis hijos porque piden/pedían demasiado	0	1	2	3
116. Cuando mis hijos no hacen/hacían lo que les digo/decía los insulto/insultaba	0	1	2	3
117. Golpeo/Golpeaba a mis hijos cuando son/eran groseros	0	1	2	3

118. Les pego/pegaba a mis hijos cuando no hacen/hacían lo que les digo/decían	0	1	2	3
119. Me irrita/irritaba que mis hijos no hagan/hicieran las cosas como yo quiero/quería	0	1	2	3
120. Amenazo/Amenazaba a mis hijos con pegarles cuando hace/hacían cosas que no me parecen/parecían	0	1	2	3
121. Les pego/pegaba a mis hijos porque son/eran muy necios	0	1	2	3
122. Les grito/gritaba a mis hijos porque no aprecian/apreciaban lo que hago/hacía por ellos	0	1	2	3
123. Insulto/Insultaba a mis hijos porque son/eran muy necios	0	1	2	3
124. Les grito/gritaba a mis hijos cuando son/eran groseros	0	1	2	3
125. Insulto/Insultaba a mis hijos porque toman/tomaban mis cosas	0	1	2	3
126. Agredo/Agredía a mis hijos cuando se burlan/burlaban de mi	0	1	2	3
127. Cuando me enojo/enojaba con mi pareja le pego/pegaba a mis hijos	0	1	2	3
128. Les hablo/hablaba con groserías cuando mis hijos hacen/hacían lo que se les da/daba la gana	0	1	2	3
129. Les pego/pegaba a mis hijos porque hacen/hacían lo que se les da/daba la gana	0	1	2	3
130. Insulto/Insultaba a mis hijos porque son/eran desordenados	0	1	2	3
131. Cuando mis hijos me contestan/contestaban los insulto/insultaba	0	1	2	3
132. Les grito/gritaba a mis hijos porque son/eran desordenados	0	1	2	3
133. Les pego/pegaba a mis hijos por cualquier cosa	0	1	2	3

Describe por favor cuál fue para usted el peor castigo que llegó a utilizar con sus hijos/as.

Alguna vez alguno de su hijos ha necesitado ayuda psicológica o psiquiátrica.

A continuación, le leeré una lista de afirmaciones más específicas sobre sensaciones y sentimientos. Por favor indique qué tan frecuentemente las sintió o pensó te en el último mes, considerando las opciones de respuesta:

Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi Siempre (91-100%)
------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

En el último mes, ¿qué tan seguido sintió o pensó lo siguiente?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
134. Tengo claros mis sentimientos	0	1	2	3	4
135. Pongo atención a cómo me siento	0	1	2	3	4
136. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control	0	1	2	3	4
137. No tengo idea de cómo me siento	0	1	2	3	4
138. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento	0	1	2	3	4
139. Le hago caso a mis sentimientos	0	1	2	3	4
140. Sé exactamente cómo me siento	0	1	2	3	4
141. Estoy confundida por cómo me siento	0	1	2	3	4
Para contestar las frases siguientes, le voy a pedir que piense en las ocasiones en que se ha sentido mal en el último mes.					
Cuando me siento mal yo:	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
142. Puedo reconocer cómo me siento	0	1	2	3	4
143. Me enojo conmigo misma por sentirme de esa manera	0	1	2	3	4
144. Me cuesta trabajo hacer mis deberes	0	1	2	3	4

145. Creo que así me sentiré por mucho tiempo	0	1	2	3	4
146. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas	0	1	2	3	4
147. Siento que soy débil	0	1	2	3	4
148. Me siento culpable por sentirme de esa manera.	0	1	2	3	4
149. Me cuesta trabajo concentrarme	0	1	2	3	4
150. Me cuesta trabajo controlar lo que hago	0	1	2	3	4
151. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor	0	1	2	3	4
152. Me molesto conmigo misma por sentirme de esa manera	0	1	2	3	4
153. Me empiezo a sentir muy mal conmigo misma	0	1	2	3	4
154. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento	0	1	2	3	4
155. Pierdo el control de cómo me porto	0	1	2	3	4
156. Se me dificulta pensar en algo más	0	1	2	3	4
157. Me toma mucho tiempo sentirme mejor	0	1	2	3	4

Con estas afirmaciones hemos terminado la entrevista, le agradezco muchísimo su apoyo y paciencia. Para finalizar, ¿me podría decir tres cosas (¿actividades, estrategias, acciones, que ha hecho y que le han funcionado para protegerse o proteger a sus hijos?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Le quisiera comentar para cerrar, lo siguiente. Un trauma tiene el poder de modificar diferentes estructuras que afectan la manera de percibirse a sí mismo, al mundo y a la relación entre ambos.

El mundo se percibe como agresivo, inseguro y peligroso. Cuando hablamos de un trauma crónico, me refiero al que es resultado de múltiples experiencias traumáticas en la infancia, casi siempre producidas por personas muy cercanas física y emocionalmente, que de igual forma se mezclan con experiencias positivas de afecto, por tratarse de vínculos cercanos, lo da como resultado una

gran confusión entre dos emociones contradictorias: te necesito y te temo. Quiero que me veas, pero también necesito esconderme de ti.

El trauma psicológico es una gran alteración del funcionamiento óptimo del cerebro y de la mente. En el trauma crónico infantil existe una mayor alteración, con consecuencias sumamente dañinas para el desarrollo óptimo del infante.

La combinación de altas cantidades de estrés, la cercanía con el agresor, la necesidad de conectarse con el agresor, la carencia de recursos de auto-regulación, la imperiosa necesidad de utilizar recursos disociativos o de escape de la realidad, da como resultado dificultad para relacionarse con las demás personas, una percepción devaluada de sí misma, y una desregulación afectiva, que va desde una dificultad para calmarse cuando hay un enojo, no reaccionar ante los estímulos de alrededor. Como un adormecimiento, la cual puede llegar a afectar la crianza.

Ya para concluir, quisiera preguntarle cómo se siente en este momento, tiene alguna sugerencia o comentario sobre la entrevista.

Si no tiene más que agregar, damos por concluida la entrevista y agradezco nuevamente su participación.

Comentarios: