

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
Facultad de Psicología.

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
EN MADRES MALTRATADORAS**

Tesis que presenta:
FRESSIA NAVARRO ZILLI

Para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

Director:
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA.

México, D.F.

2008.



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.

“Para tener una idea de la magnitud de este fenómeno agresivo en nuestro medio, basta con citar una de las estimaciones realizadas tras varios años de investigación por los miembros de la Asociación Pro Derechos de la Niñez; cada 42 segundos existe en México un niño maltratado hasta los extremos más sofisticados de la crueldad y, a veces, hasta producir la muerte...”

(Gómez, 1981)*

* Gómez, P. (1981). “Pedir comida y no llevar dinero”. Revista Proceso, México. pp. 15.

AGRADECIMIENTOS.

Al Doctor Jorge Pérez Espinosa por dirigir esta tesis, por su apoyo, sus consejos y su guía en la elaboración de este trabajo que se ha convertido en el comienzo de un proyecto de vida por el que luche mucho tiempo.

A la Maestra Eva María Esparza Meza, al Doctor Ariel Vite Sierra, a la Licenciada Guadalupe Osorio Álvarez y la Licenciada María Isabel Martínez Torres por el tiempo que dedicaron a enriquecer este trabajo y mi visión sobre el mismo.

Y a la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Psicología, por abrirme las puertas de sus aulas y formarme en ellas; por engrandecer mi espíritu y empujarme hacia el profesionalismo; por brindarme la oportunidad de ser Universitaria.

DEDICATORIAS.

A mis Padres y Hermanas:

Por ayudarme a crecer.

Por soportar mis flaquezas.

Por entender mis sueños.

Por motivar mis metas.

Por ser cómplices de mis locuras.

Por abrazarme cuando más lo necesite.

Por reír pero también llorar conmigo.

Por creer y confiar en mí.

Por quererme y cuidarme tanto.

Por cultivar parte de la mujer que fui, soy y seré.

Gracias, LOS AMO CON TODO LO QUE SOY.

A mi Abuelo:

Por formar una familia tan fuerte y tan hermosa.

Por ser el roble que nos orienta y un ejemplo constante.

Por esa fortaleza de alma.

Por esa riqueza de espíritu.

Gracias, ME VAS A HACER FALTA.

A mi Familia:

Por esas horas de felicidad juntos.

Por estar unidos sin importar cuanto dure la tempestad.

Por las carcajadas, las lindas danzas y buenas platicas.

Por saber que simplemente están ahí para mí.

Gracias, LOS QUIERO.

A mis primos:

Por esas desveladas llenas de alegría.

Por las palabras reconfortantes.

Por aquella tranquilidad que le imprimen a mi vida.

Por ser parte de mis aventuras.

Por permitirme ser parte de las suyas.

Y estar juntos por sobre todo.

Gracias, LOS ADORO.

A Esperancita, a Victorio y a Chiomara:

Que donde quiera que estén son mi guía; mis Angelitos de la Guarda.

Que siempre tuvieron una palabra de aliento para mí.

Que siempre tuvieron la fe de verme seguir adelante.

Y que a donde quiera que vaya basta mirar el cielo para sentirme amada
y saber que sin importar que rumbo tome mi vida ustedes van conmigo.

Gracias, LOS EXTRAÑO.

A ti:

Que motivas mis días para seguir luchando.

Por creer en mí.

Por preocuparte por mí.

Por recordarme que se puede amar y se puede ser feliz.

Por cuidarme tanto.

Por que compartiremos nuestra vida.

Gracias, TE AMO.

Y a mis verdaderos amigos:

Que se cruzaron en mi vida y caminamos juntos.

Que a diario me enseñan algo nuevo y divertido.

Que confían en mí.

Que forman parte de mí.

Gracias.

Con todo mi amor.....

Fress.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I. VIOLENCIA Y MADRES MALTRATADORAS.....	15
1.1 Violencia.....	16
1.2 Definición y tipos de maltrato infantil.....	18
1.3 Definición de maternidad.	26
1.4 Rol materno.	27
1.5 Dificultades en la maternidad.	31
1.6 Características de la madre maltratadora.....	34
1.7 Factores de riesgo para el maltrato por parte de los padres.....	36
1.8 Características de personalidad en madres maltratadoras.	39
1.9 Madres maltratadoras, ansiedad y depresión.....	45
CAPÍTULO II. ANSIEDAD.	50
2.1 Historia sobre el estudio de la Ansiedad.	50
2.2 Enfoques sobre la Ansiedad.	53
2.3 Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado.....	56
2.4 Etiología de la Ansiedad.....	58
2.5 Síntomas generales de la Ansiedad.	59
CAPITULO III. DEPRESIÓN.	60
3.1 Historia sobre el estudio de la Depresión.	60
3.2 Epidemiología de la Depresión.	62
3.3 Etiología de la Depresión.	62
3.4 Enfoques de la Depresión.	66
3.5 Síntomas generales de la Depresión.	71
CAPITULO IV. MÉTODO.	73
4.1 Pregunta de investigación.....	73
4.2 Objetivo General.	73
4.3 Objetivos Específicos.	73
4.4 Hipótesis.....	74
4.5 Variables.....	74
4.6 Participantes.	77
4.7 Tipo de estudio.	77
4.8 Instrumentos.	77
4.9 Procedimiento.....	81
CAPITULO V. RESULTADOS.	83
5.1 Datos sociodemográficos.....	85
5.2 Datos correspondientes a los niveles de ansiedad y depresión.....	88
CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.	95
6.1 Discusión.	95
6.2 Conclusiones.....	98
6.3 Limitantes y sugerencias.	102
BIBLIOGRAFÍA.....	103
ANEXOS.....	111

Anexo 1.	Escala para detectar a Madres que Maltraten Física y/o Emocionalmente (EDMM).	111
Anexo 2.	IDARE. Inventario de Autoevaluación.	114
Anexo 3.	Escala de depresión de Zung.	116

Resumen: Con la finalidad de conocer las diferencias existentes entre los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión entre madres maltratadoras y madres no maltratadoras, se realizó el presente estudio en una muestra de 60 madres, de las cuales 30 se clasificaron como maltratadoras y 30 como no maltratadoras. El criterio de evaluación consistió en comparar los niveles de ansiedad por medio del IDARE y los niveles de depresión por medio del Inventario de Depresión de Zung. Con esto se pudo comprobar que las madres maltratadoras son más ansiosas y deprimidas y por lo tanto maltratan más.

Palabras Clave: Ansiedad estado, Ansiedad rasgo, Depresión, Maltrato Infantil, Madres Maltratadoras, Madres no maltratadoras.

INTRODUCCIÓN.

Esta investigación se centrará en los niveles de ansiedad y depresión de madres maltratadoras, debido a que es la madre, maltratadora o no, quien frecuentemente está encargada del cuidado y atención de los hijos (Forward, 1989). Una mujer desbordada por la ansiedad, la depresión y en su estado físico, mental y emocional tendrá mayor dificultad para dar a sus hijos la atención, el afecto y los cuidados apropiados. Esto puede generar, o aumentar, sentimientos de no estar haciendo lo correcto o lo suficiente como madre, aún en aquellos casos en que se esfuerce por ser la mejor madre del mundo (Pérez, 2004).

Dos de los aspectos más estudiados en el campo de la psicología han sido la ansiedad y la depresión, trastornos que no distinguen edad, sexo, nivel socioeconómico o educativo. (Téllez, 2001) Por otro lado, un sector de población vulnerable a estos trastornos, aunque no es el único, son las madres maltratadoras, quienes, en su mayoría, significan el apoyo primordial en el desarrollo físico, emocional y psicológico del niño (Pedreira, 2003).

La ansiedad se considera una emoción compleja caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se distinguen por su estado de activación y alerta urgentes. Cumple una función adaptativa, prepara al sujeto para afrontar situaciones de peligro, sirve de alarma que nos coloca en la mejor situación ante circunstancias adversas. Puede ser normal o patológica. La ansiedad normal cumple una

función adaptativa, mejora el rendimiento, es más leve, afecta al plano psíquico más que al corporal y no afecta la libertad. La ansiedad patológica es más profunda y persistente, dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, se sitúa en el plano corporal y reduce la libertad personal (Wagner, 2004).

Estas reacciones de adaptación o alerta hacia la ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como por externos y son percibidos por el individuo como amenazantes. Esta afirmación hace pensar que por distintas situaciones ansiosas, uno de los sectores de población afectada son las madres maltratadoras, sometidas a mucho estrés y exceso de trabajo. Dado que no existen investigaciones suficientes en la literatura mundial para documentar estos problemas, es esencial la realización de investigaciones enfocadas a generar conocimiento sobre los aspectos que podrían ser importantes para esta población vulnerable (Wagner, 2004).

Cabe mencionar que un aspecto interesante es la introducción de nuevos criterios para abordar el problema como los propuestos por Spielberger quien analiza dos dimensiones diferentes de la misma; la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. En esta categorización la ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, mientras que la ansiedad estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Spielberger y Guerrero 1975). Esto es de especial importancia, ya que permite separar la forma habitual de ser de

una persona de la respuesta que presenta ante un determinado estímulo o amenaza. En el caso del presente estudio es relevante ya que permitirá diferenciar el tipo de ansiedad y las características ansiosas de las madres maltratadoras y de las madres no maltratadoras.

Por otro lado, los trastornos depresivos independientemente de su distribución afectan el desempeño social, laboral y personal de cada individuo que la padece (Brenton, 1998). La depresión no es un problema actual, sino que ha existido desde siempre considerándose como un estado de ánimo pasajero en donde las personas que padecían este mal se les trataba de curar incluso con algún jugo de hierbas o se pensaba, por los síntomas que presentaba, como cansancio, falta de energía, entre otros; que eran flojos y que por tal motivo no querían realizar ninguna actividad; hasta que Hipócrates comenzó a analizar este “estado de ánimo pasajero”, encontró y concluyó que está era una enfermedad proveniente de uno de los cuatro humores corporales, la bilis negra; fue a partir de entonces que se le comenzó a otorgar más importancia a este trastorno. A partir de entonces el término depresión fue evolucionando dando paso a que muchos investigadores interesados en la enfermedad, formularan, de acuerdo a las características y síntomas en que se presentaba, su propia definición y explicación acerca del por qué se originaba este trastorno (Brenton, 1998).

Por otro lado, los síntomas y las causas que se presentan en una depresión son diversas y enfocadas a muchos aspectos; los diferentes autores que han tratado este tema generalmente

se centran en la descripción de una parte a los síntomas y por otro lado los diferentes tipos de depresiones sin que se encuentre un orden fijo (Brenton, 1998).

Para definir a la depresión existen muchos intentos de conceptos, de entre las que sobresalen los descritos por Kraepelin (citado en Polaino, 1980), Márquez (1990), Polaino (1980), Freud (citado en Márquez, 1990) y por supuesto Hipócrates quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola en un principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía (Polaino, 1980). Por su parte, Kraepelin, (citado en Polaino, 1980), la denominó locura maniaco- depresiva, derivada de la depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo. Estas son definiciones que pueden dar una idea general de lo que significa el término depresión.

Según Gaxiola y Frías (2005), la ansiedad y la depresión, se encuentran vinculados al maltrato de los padres hacia sus hijos. Los padres, y en especial la madre, no pueden estar siempre emocionalmente accesibles, es “normal” que las madres les griten algunas veces a sus hijos y a la mayoría de ellos alguna vez los han nalgueado con la mano. Según Foward y Buck (1989), frecuentemente los niños pueden superar alguno que otro estallido de cólera, cuando se compensa con el amor y comprensión necesarios. Sin embargo, hay otros padres cuyas pautas de comportamiento negativas son constantes y se convierten en una

influencia dominante en la vida de un niño. El autor se refiere a los padres que infligen traumas a sus hijos, maltratándolos y denigrándolos, física y emocionalmente.

De hecho, Forward (1989) hace énfasis en que la forma en que cada uno desempeña su rol de padre o madre sigue siendo, en gran medida, determinado por lo que aprendieron de sus propios padres, Gaxiola (2005) refiere que según el punto de vista de Simons y Howing algunos de los padres maltratadores fueron también niños maltratados. Menciona que para estos autores la mayoría de estos padres sufren de síntomas y características de personalidad tales como: disminución de la autoestima, poca capacidad de empatía, presencia de cuadros depresivos y ansiosos, dificultad en el control de impulsos y de situaciones estresantes, hostilidad y agresión, entre otras (Forward, 1989; Gaxiola, 2005).

CAPITULO I. VIOLENCIA Y MADRES MALTRATADORAS.

La función de la maternidad es un proceso que se encuentra implícito dentro de la vivencia femenina que lleva a cabo cada mujer, independientemente de si ésta se plantea o no el hecho de ejercer dicha función en cualquiera de sus áreas (Olvera, 2004).

La maternidad se acompaña de cambios y consecuencias importantes dentro de tres aspectos básicos en la vida de todo ser humano, el biológico, el social y el psicológico. Estos aspectos juegan un papel definitivo dentro de la personalidad, la cual, según sea el caso de cada mujer, ayudarán al buen o mal desempeño del ejercicio de la maternidad (Olvera, 2004).

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

Debido a que el maltrato está considerado como una forma de violencia comenzaremos por definir está para poder posteriormente poder abordar las definiciones de maltrato, en especial infantil, y por ultimo hablar sobre las madres maltratadoras específicamente.

1.1 Violencia.

La violencia es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad y que puede generarse sin distinción alguna de culturas, clase social, edad y sexo. El fenómeno de la violencia es multicausal, diferentes factores contribuyen para que este problema se reproduzca en la sociedad a nivel macrosocial (económico, político, histórico, social y cultural) y a nivel microsocia (familia y escuela), determinando así los patrones de conducta que propician una forma de actuar violenta (Secretaría de Educación Pública, 2001). El acto violento se encuentra directamente ligado a la agresión, cumpliendo con las tres características definitorias la intencionalidad, direccionalidad y transitividad. La violencia es agresión cuando esta se convierte en una acción de fuerza que pretende física, intencional y simbólicamente desconocer al otro como tal, en tanto diferente (Olvera, 2004).

La agresión se define por la intención de dañar, es además la que establece la diferencia de otros tipos de violencia, en las que el motivo, puede ser, por ejemplo, la autoafirmación u obtener supremacía (Olvera, 2004). La violencia es una forma de agresión maligna consistente en el uso intencional de la fuerza en contra de otro con el propósito de abusar, dominar, humillar, torturar o ultrajar. La violencia es una irrupción sobre el psiquismo con características de trauma psíquico (Secretaría de Educación Pública, 2001).

Algunas definiciones de violencia son las siguientes, Reiss y Roth (1993) definieron violencia como un comportamiento de individuos que amenazan, intentan infligir o infligen un daño físico o emocional a otros de forma intencionada. Para Moreno (2001) la violencia se ha definido tradicionalmente como hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños capaces de producir la muerte. Mientras que para Berro (2001), la violencia es la utilización de la fuerza física o la coacción psíquica ejercida por una persona o grupos de personas, en contra de sí mismos, personas o grupo de personas, otros seres vivos, cosas u objetos. Torres (2001) refiere a la violencia como un comportamiento, ya sea un acto o una omisión, cuyo propósito es ocasionar un daño o lesión a otra persona, y en la que la acción transgreda el derecho de otro individuo.

Otro punto a observar son los sujetos que llevan a cabo, en diferentes grados, la agresión de manera consciente, percatándose de cuál es su finalidad. Su atención se centra principalmente en lo que prefieren hacer en ese momento, su propósito agresivo, sin tener en cuenta recursos de acción alternativos ni posibles consecuencias negativas. Algunas personas tienen una inclinación permanente a la violencia, teniendo su origen en influencias muy diversas. Aunado a lo anterior la persona que arremete puede percibir ciertas situaciones o eventos como particularmente provocadores, lo que podría incitar al sujeto a descargar una conducta violenta (Olvera, 2004). En el caso de los niños el ejercicio de la violencia se identifica con el maltrato infantil y tiene lugar sobre todo en el hogar, donde el espacio es más oculto y menos controlado y donde se ejerce la violencia (Hijar-Medina, 1994).

En un estudio realizado por Jiménez y cols. (1995), (citado en Pedreira, 2003), se comparan datos registrados con estudios de investigación sobre maltrato infantil. El dato más significativo es que las tasas estimadas confirman que por cada caso registrado por denuncia, existen, al menos, diez o doce casos que no denuncian la situación. Un segundo dato muy relevante consiste en que tres de cada cuatro casos denunciados como en los derivados de trabajos de investigación, se trata de situaciones de negligencia y en uno de cada dos se presentan malos tratos emocionales.

1.2 Definición y tipos de maltrato infantil.

Actualmente, no obstante que la violencia hacia los niños ya no es una práctica socialmente valorada y a pesar de las acciones emprendidas, para erradicarla, continúa subsistiendo y manifestando su capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias. Son diversas y a veces muy sutiles las distintas formas de violencia que se cometen en contra de los niños de manera silenciosa en el hogar, la escuela y la calle (Secretaría de Educación Pública, 2001).

Establecer una definición del maltrato infantil que abarque todos los aspectos psicológicos causales, así como sus consecuencias, de lo que es dañar a un menor, es una ardua labor que dentro del campo de estudio del maltrato infantil no se ha logrado del todo. De hecho, los investigadores han centrado el fenómeno en una categoría concretamente a nivel físico y luego han generalizado hacia otros tipos de maltrato infantil (Martínez, 1993).

Algunos intentos de definición son las siguientes.

Por ejemplo, la SEP considera que el maltrato infantil es un problema social y multicausal, es el abuso de un infante por parte de un adulto que lo tiene a su cuidado, aparece como una situación crítica en la familia o en la escuela; y en muchas ocasiones es silenciado, aceptado y justificado socialmente en nombre del amor, de la educación o de la disciplina (SEP, 2001; Hernández y Moran 2000). Posibles causas por las que no se denuncia o la mamá no lo acepta.

Por su parte, Martínez (1993) define al maltrato infantil como las lesiones físicas, psicológicas y no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencias de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional, considerado como normal para un niño.

Los principales tipos de maltrato infantil que se han clasificado son:

- Maltrato físico
- Negligencia
- Maltrato emocional
- Maltrato verbal
- Abuso sexual

El maltrato físico es la forma más común de maltrato que existe en los niños, se define como cualquier acto intencional producido por parte de los responsables del cuidado del

niño y que impliquen o pudieran llevar consigo lesiones físicas, producidas con o sin instrumentos, enfermedades o intoxicaciones (Martínez, 1993; Hernández, 2000).

Kempe y Helfer en 1968 (citado por Martínez, 1993) afirmaban que para que la situación de maltrato físico tuviera lugar dentro de la dinámica familiar, era necesario la presencia de 3 elementos: un niño percibido como inapropiado, por ejemplo producto de un embarazo no deseado o con alguna incapacidad, una persona con potencial para maltratar, por ejemplo que el propio progenitor cuente con antecedentes de maltrato, y unas situaciones que precipiten la conducta agresiva de maltrato, por ejemplo acumulación de situaciones estresantes o desencadenantes de ansiedad. Aunado a la percepción de muchos padres de que las conductas de sus hijos son especialmente erróneas y provocativas; y en algunos casos exigen del niño comportamientos no acordes a su edad.

La negligencia, ocurre, casi siempre dentro del seno familiar y se considera una forma pasiva de maltrato hacia el niño. El maltrato por negligencia es la omisión de cuidados y supervisión esenciales para la vida del niño sin la presencia de agresión física, asimismo la negligencia es el fracaso en la realización de las responsabilidades o deberes (Santamaría, 1993; Hernández, 2000). Algunas de estas necesidades esenciales para la vida de un niño son: la alimentación adecuada, la higiene constante, cuidados médicos, la supervisión, un hogar higiénico y seguro y un área educativa adecuada (Santamaría, 1993).

En algunas investigaciones (Polansky, citado en Martínez, 1993 y Arraubarrena, 1994) han encontrado que los padres negligentes no tienen redes de apoyo social fuertes y afianzadas, ni buena capacidad para llevar a cabo el rol de la paternidad así como falta de motivación para satisfacer las necesidades de la familia.

El maltrato emocional acompaña, la mayoría de las veces, a las otras tipologías de maltrato infantil. Y presenta dos subtipos: La forma activa: rechazar, abandonar, ignorar, aterrorizar, aislar. Y la forma pasiva: conductas derivadas de la omisión (privación de sentimientos de afecto o seguridad, indiferencia) (Martínez, 1993).

Por otro lado, el maltrato verbal (Rubio, 2004) se refiere a las declaraciones hirientes o altisonantes por parte del agresor, en esta categoría están implicados los gritos, las palabras humillantes o despectivas y las groserías.

En cuanto a la categoría de abuso sexual, Kempe, en 1979, (citado en Martínez, 1993; Rubio, 2004; Pérez, 1986) lo define como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares.

La Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (2000) de la Facultad de Psicología de España, citada en Rubio (2004), respecto a los indicadores de maltrato menciona los siguientes:

- * Señales físicas repetidas.
- * Cansancio o apatía permanente.
- * Cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente.
- * Relaciones hostiles y distantes.
- * Niño que evita ir a su casa.
- * Muestra poco interés y motivación por las tareas.
- * Problemas alimenticios.
- * Presenta dolores frecuentes sin causa aparente.
- * Presenta conductas antisociales.
- * Sintomatología depresiva.

En cuanto a los indicadores de maltrato por parte de los padres o cuidadores menciona los siguientes:

- * Parecen no preocuparse por el niño.
- * No acuden a las citas y reuniones del colegio.
- * Desprecian y desvalorizan al niño en público.

- * Sienten a su hijo como una propiedad.
- * Expresan dificultades en su matrimonio.
- * Los padres están siempre fuera de casa.
- * Compensan con bienes materiales la escasa relación personal afectiva que mantienen con su hijo.
- * Abusan de sustancias tóxicas.
- * Trato desigual entre los hermanos.
- * No justifican las ausencias de clases de sus hijos.
- * Justifican la disciplina rígida y autoritaria.
- * Habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño.

Como se mencionó anteriormente, no siempre se ha admitido la existencia de los malos tratos hacia los infantes, de hecho su identificación ha pasado por momentos delicados, hasta el hecho de que Tardieu, forense francés, cuando describió el cuadro maltratante tras identificar que las lesiones en cadáveres de niños no eran accidentales y habrían sido producidas por sus cuidadores, entonces fue propuesto para ser expulsado del Consejo de Médicos de Francia. A esa etapa de inexistencia, le sucedió la etapa de reconocimiento y caracterización, que culmina con la descripción realizada por Kempe, del síndrome del niño apaleado (Berro, 2001 y De Mause, 1982).

A partir de este reconocimiento y tipificación, aparece la necesidad de que se tomen medidas al respecto, las legislaciones y el desarrollo de servicios de infancia son un primer escalón para plantearse la posibilidad de la prevención y el desarrollo de actividades de sensibilización a la población y a los profesionales, así como a la instauración y desarrollo de líneas de investigación acerca del tema (Berro, 2001 y De Mause, 1982).

De Paúl y doménech, 2000) y Arraubarrena (1990), han planteado la existencia de una serie de áreas directamente relacionadas con la problemática del maltrato infantil y que requieren una elucidación:

Indicadores de malos tratos: al ser un fenómeno de índole privado, su identificación y detección depende de la existencia de signos perfectamente identificados que faciliten un buen diagnóstico. Es fundamental la discriminación de indicadores físicos, psíquicos y relacionales del niño, para cada subtipo de maltrato.

Factores de riesgo: este concepto reemplaza de alguna manera al de causalidad. Se habla de un conjunto de factores de riesgo presentes en cada familia, en interjuego con factores compensatorios que se potencian entre sí, desencadenando la situación de maltrato.

Consecuencias a corto, mediano y largo plazo: que implica el conocimiento de las posibles alteraciones en el funcionamiento individual, familiar y social de las víctimas del maltrato.

Y finalmente la evaluación de los distintos programas de tratamiento: habitualmente en todo tratamiento individual o grupal se plantea una serie de objetivos que permiten al terapeuta medir el cambio producido y la posibilidad del alta del mismo. En este punto el autor se refiere a una evaluación sistemática pre y post tratamiento con medidas estandarizadas y guías estructuradas del contexto familiar para evaluar realmente los cambios producidos y el diagnóstico correspondiente.

Por otro lado, diversos autores han realizado algunos estudios para tratar de determinar las características psicosocioculturales de las madres maltratadoras (Burguet, 1989; Campos, 2004; Casados, 1997; De Paul, 2000; Egeland, 1991; Frías, 2002; Gaxiola, 2005; Kaplan, 1999 y Lewin, 2000). Pero en realidad este hecho sigue generando cuestionamientos y existen diversos aspectos y características de la vida de estas madres que no han sido estudiados o las investigaciones sobre estas características no han sido suficientes.

Diversos autores (Teti, 1992; Frías, 2002; Douglas, 2000; Chaffin, 2005 citado en Gaxiola, 2005) encontraron que la ansiedad y la depresión materna, entre otros factores, va directamente relacionada con el abuso infantil, es decir, que una posible característica psicológica de las madres maltratadoras es la mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad y de depresión. Así, se ha considerado importante estudiar dicha relación, con el propósito de determinar cuál es el nivel promedio de ansiedad y depresión presente en las madres maltratadoras y evaluar si dicho nivel de ansiedad pertenece al tipo de ansiedad rasgo o al tipo de ansiedad estado.

El estudio planteado ayudará, entre otros aspectos, a conocer el nivel de ansiedad de las madres maltratadoras y si esta ansiedad pertenece al tipo de ansiedad rasgo o al tipo de ansiedad estado; indicios que nos permitirán hacer observaciones más específicas sobre la importancia de tratar la ansiedad en estas madres. También nos ayudará, no sólo a especificar que las madres maltratadoras presentan depresión si no su importancia al tratar a estas madres.

1.3 Definición de maternidad.

Han sido numerosos los autores que se han dado a la tarea de definir la maternidad (Deutsch 1960; Chodorow 1984). Los orígenes del término provienen del latín: mater, que significa materno o maternal e idad, que significa bondad. De lo que resultaría que su significado se relaciona con la bondad de ser madre (Cabañas y Fregoso, 1995). Helen Deutsch (1960) definió la maternidad como la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo, dicha relación se inicia desde la concepción, y se extiende con los posteriores procesos fisiológicos de la preñez, nacimiento, alimentación y crianza en general.

En tanto que Chodorow (1984) concibe a la maternidad como el ejercicio de la maternidad, intenta explicar por qué las mujeres se viven como madres y plantea que ellas desarrollan una estructura de personalidad distinta por la manera diferencial en la que fueron tratadas. Posteriormente, Burin (1987), (citado en Cabañas, 1995) considera a la maternidad como el

otro trabajo, el trabajo invisible, y que es el que realiza el aparato psíquico de la persona que ejecuta la labor de maternaje y que consiste en una serie de prestaciones yoicas diversas, puestas en juego con carácter de necesidad y en forma permanente. Tales prestaciones yoicas con las que se realiza el Yo materno ayudan a lograr que el infante humano devenga en sujeto psíquico.

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

1.4 Rol materno.

Ya se han mencionado algunos de los aspectos que intervienen en el ejercicio de la maternidad, como que la conducta maternal tiene que ver con una cualidad de personalidad en la mujer, y por otro lado, los fenómenos afectivos que se darán de la interacción madre-hijo; y que tales situaciones difieren en una madre maltratadora. En principio son importantes las características que presente la madre, o el responsable primario encargado del cuidado del niño, ya que la relación que se establezca con ésta será muy particular en comparación con la que se llegue a establecer con otras personas. Olvera (2004) menciona que no hay que olvidar que en esta nueva interacción que surgirá en la relación madre-hijo, el intercambio es hacia dos polos: la madre, el niño y viceversa. Ferenczi en 1932, menciona que el acoplamiento en una relación recíproca satisfactoria no es un fenómeno de

adaptación unilateral del niño sino que a su vez la madre hará una intensa adaptación a las exigencias de su hijo.

Conjuntamente, la madre aprenderá a reconocer las necesidades objetivas del bebé y responder a ellas sin aplazar mucho su satisfacción. Este proceso de aprendizaje puede enriquecerse por la cualidad maternal, pero esencialmente es cuestión de aprender a reconocer el significado correcto de las demandas y acciones infantiles y destinar la respuesta adecuada (Everingham, 1997). De hecho, el sentimiento de una madre por su bebé y la conducta hacia él, también están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo aquellas que tuvo y puede estar teniendo aún con sus propios padres (Bowlby, 1989). Por su parte y acorde a lo anterior, Anthony (1983) asevera que la actitud afectiva de la mujer hacia la maternidad, su conducta de cuidado materno y su cualidad maternal son otros tantos retoños de la identificación que ella, en su proceso de desarrollo, estableció con su propia madre. Una cualidad maternal primaria es el resultado de una identificación positiva con la madre.

Un aspecto que Burin (1990), considera de importancia dentro del rol materno son las condiciones en que las mujeres desarrollan sus vidas y que están asociadas a su salud y a sus modos de enfermar. Burin denomina condiciones de vida a aquellas en las cuales se desarrolla la cotidianidad de los individuos, en las que están comprometidas tanto la salud física como su salud mental. Las condiciones de vida de las mujeres incluyen el escenario en el que se desarrolla su vida diaria. El cuidado y atención de los hijos, la organización de los quehaceres domésticos, el trabajo extradoméstico, etc, van asociados a la eficacia que

las mismas mujeres y su medio esperan en la realización de esas actividades. Por lo tanto, para hablar de las condiciones de vida de las mujeres es necesario incluir sus condiciones de trabajo: maternal, doméstico y extradoméstico. El grado de eficacia, junto con la exigencia y el clima emocional en que desarrollan sus tareas, favorecen la aparición de estados de tensión y conflictos cuyos efectos se expresan en diferentes y variados síntomas, tales como insatisfacción, fatiga, estrés, maltrato hacia los hijos, etc.

Un posible enfoque para hablar de las condiciones de vida de las mujeres y su salud mental lo constituye la perspectiva que toma en cuenta los roles de género sexual femenino. Los ordenamientos sociales demarcan claramente una serie de expectativas relacionadas con los roles que los individuos deben desempeñar en los grupos en los cuales pertenecen. Con respecto a las mujeres, se les asignan determinados roles vinculados a lo que se espera del género femenino. Esta adscripción genérica que emerge de la estructura social, posiciona a los sujetos según su sexo, esperando de ellos no solo comportamientos “adecuados”, sino que también prescribe un ordenamiento jerárquico entre los géneros. Los roles de género sexual, por lo tanto, normalizan las conductas de las personas, tipificándolas como “apropiadas” para lo femenino y para lo masculino. A partir de esta tipificación se conforman los estereotipos sexuales que, más o menos rígidos o flexibles, se expresan por medio de diferentes grados de conflicto. Estos se refieren a la manifestación de conductas contradictorias e incompatibles entre sí, de las cuales se puede o no tener conciencia, y que se perciben como estados de tensión, depresión, ansiedad y malestar psíquico. (Burin, 1990)

Estrechamente vinculada a la noción de conflicto, existe la de conflicto de roles, que en las mujeres esta relacionado por un lado con los diversos roles esperables de ellas y, por otro, con las propias expectativas respecto de sus propias vidas. Este conflicto de roles también incide en el psiquismo femenino. Un ejemplo de ello son los sentimientos de ansiedad, de culpa, de depresión o sobreadaptación que experimentan algunas mujeres cuando deben o desean realizar trabajos fuera de la casa, en contradicción con las prácticas maternas tradicionales. El conflicto se manifestaría al sostener determinadas ideologías sobre como ser una “buena madre”, en contradicción con el surgimiento de otras necesidades y expectativas de ingresar en el mundo público. (Burin, 1990)

Por otro lado, el recién nacido es un ser por completo dependiente de la madre pues será ella la encargada de satisfacer o frustrar las exigencias que demande el bebé, es decir, el niño está completamente sujeto a las atenciones e intereses y cuidados que pueda procurarle este objeto relacional primario que es la madre, hasta que pueda desarrollarse lo suficiente y ser capaz de adaptarse y responder por sí solo a lo que el medio le plantee. Como consecuencia de la calidad del cuidado materno, la ausencia de ansiedad y una constancia en la satisfacción hará que se desarrolle lo que Erikson denominó confianza básica: las madres infunden un sentido de confianza en sus hijos mediante la clase de sus cuidados, la cual en su calidad combina la atención sensible de las necesidades individuales del bebé (Erikson, 1968 citado en Dicaprio, 1995).

Para Anna Freud (1985) el papel de la madre va mucho más allá de la misión de brindarle bienestar, satisfacer sus necesidades y ofrecerse como el primer objeto de sus tendencias

emocionales. Es el manejo materno de los deseos del hijo y el equilibrio que ella establezca entre satisfacción, frustración y postergación lo que servirá de prototipo para estos. Pero a pesar de lo importante que es, esa relación por sí sola no garantiza la futura salud mental y el vínculo madre-hijo esta sujeto a numerosas alternativas., como en el caso de las madres maltratadoras. Por ejemplo, la madre puede verse amenazada en su deseo de encontrar en la maternidad una forma de gozar, de experimentar en este proceso una continuación de su Yo, un desarrollo pleno de su personalidad, revivir su pasado y sus esperanzas (Benedek, citado en Fromm, 1996). De tal forma que cuando el establecimiento de la agresión y la violencia son evidentes y constantes como forma de interrelación entre madre e hijo, puede determinar patrones de conducta que originan una forma violenta de actuar, generando en la madre una manera errónea de conceptuar y tratar a su hijo (Secretaria de Educación Pública, 2001).

La importancia de una relación cálida entre la madre y su hijo tiene importantes implicaciones, las consecuencias que tiene en etapas posteriores de la vida de todo individuo no pueden pasar desapercibidas (Bowlby, 1989).

1.5 Dificultades en la maternidad.

La maternidad siempre es una labor llena de exigencias, aún cuando en la mujer represente un ideal o bien una forma de realización dentro de su rol femenino. La maternidad requiere el desarrollo de ciertas habilidades, destrezas y virtudes que en algunos casos son difíciles de reunir en un individuo (Olvera, 2004). La madre tiene que consagrarse a las

imposiciones de sus hijos sin resistirse y consagrarse a su tarea sin esperar beneficios inmediatos, a su vez tiene que salvaguardar de los peligros a su niño sin interferir demasiado con el amor por la aventura que el pequeño tenga y ejercer su autoridad sin dañar el sentido de independencia que va desarrollándose en él (Freud, 1985).

Lo anterior nos remite a que la maternidad no siempre se vive como un hecho de alegría y satisfacción, pues los procesos psicológicos y los cambios que llega a enfrentar la mujer antes, durante y después de emprender esta nueva faceta de su vida, están acompañados de sensaciones de angustia, de temores constantes y de una fuerte ambivalencia por aquello que está por venir y cambiar su vida para siempre (Olvera, 2004).

Se sabe de la existencia de mujeres que no encuentran una satisfacción emocional en la maternidad, y cada paso que dan dentro de este proceso lo viven como una contrariedad, sintiendo miedo y ansiedad. En ocasiones las madres no son capaces de cumplir con un requisito indispensable dentro de la maternidad, que es la capacidad de dar y de autosacrificarse por su hijo y en especial si se trata de una madre maltratadora. De esta manera perciben, en ocasiones, y de manera inconsciente, al niño como un objeto abrumador que pone en riesgo su integridad como persona. El tener un hijo implica para la madre el término de su unidad solo como mujer y el inicio de la relación madre-hijo. Por lo que la mujer sufre cambios en su identidad y en la concepción de sí misma (Olvera, 2004).

Cabe mencionar que Cohen (1966, citado en Salvatierra, 1989) presentó estudios de casos clínicos en donde expone indicadores de una incapacidad en la adaptación del papel maternal como podrían ser: el rechazo al papel materno, que no exista una afiliación emocional o afectiva con el feto y el fallo en percibir al niño como un individuo real. La incapacidad que pudiese presentar la mujer para asumir su faceta de madre tiene origen en conflictos de orden inconsciente y trastornos de tipo neurótico.

Por otro lado, en el maltrato infantil, los principales agresores suelen ser los progenitores y en específico, la madre (Briones y Salinas, 1992; Burguet, 1989; González, 2003). En México el 38% de los menores de 19 años viven en hogares donde hay violencia emocional, intimidación, golpes y ataques sexuales. El DIF, durante el año 2002, recibió 21 973 denuncias por maltrato infantil, de las cuales se comprobaron 12 708, aunque solo 3 178 fueron motivo de investigación judicial. En estas, la mayor parte de los ataques fueron llevados a cabo por la madre (González, 2003). Según Cirillo (1977), las principales causas de abuso de los padres hacia sus hijos y que originan el maltrato son las siguientes:

- * Miedo a perder la autoridad sobre los hijos o la amenaza que los padres sienten hacia su propia dignidad y respeto.

- * La sensación de frustración que los padres sufren cuando su hijo no corresponde a expectativas poco realistas. Estos padres tratan de lograr por todos los medios el cumplimiento de su ideal.

- * La agresividad o destructividad, que pueden ser el resultado de la impotencia.

- * La actitud agresiva hacia los hijos puede ser el resultado de una vida no realizada.
- * Un grupo especial es el de los padres que agraden a sus hijos por celos.
- * La falta de calidez en las relaciones personales.
- * Que los padres fueron maltratados en su infancia y no rompieron ese patrón.
- * Estrés crónico de los padres.
- * Desplazamiento de un conflicto conyugal o de una crisis interna del adulto hacia los hijos.
- * Padres que consumen sustancias tóxicas.
- * entre otros.

1.6 Características de la madre maltratadora.

La relación de crianza entre padres e hijos frecuentemente se lleva a cabo por parte de las madres y es en ella en quien recae dicha tarea. Con el nacimiento de su hijo una madre debe involucrarse en diferentes procesos con su niño, los cuales pueden generarle ansiedades en determinadas etapas en la relación con su hijo. Como consecuencia la madre tendrá que hacer un ajuste ante cada nuevo cambio que surja dentro del vínculo que tiene con su hijo (Deutsch, 1960).

Sin embargo no siempre logra este ajuste, ni mucho menos una buena adaptación y la madre puede percibir las demandas y necesidades como verdaderos peligros que atentan contra su propia integridad psíquica, recurriendo así a medidas defensivas obstaculizando

entonces el desarrollo de su hijo (Deutsch, 1960). Ante la falta de identificación con su hijo, la madre puede relacionarse con éste sin lograr una adecuada identificación, reaccionando ante la mayor parte de eventos con sentimientos de ira y agresividad con el fin de autoafirmarse. Finalmente es muy probable que la relación madre-hijo desemboque en maltrato infantil (Olvera, 2004).

En un principio se consideró que las madres que maltrataban a sus hijos presentaban rasgos patológicos de personalidad y estos eran las causas de su problemática, sin embargo se ha demostrado que solo el 10% de estas madres presentan un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, todas las madres tiene potencialidad para maltratar o abusar de lo hijos en algún momento de sus vidas (Marcovich, 1981).

Por otra parte, las madres que maltratan suelen tener características muy definidas en cuanto a la relación que presentan con sus hijos y que están relacionadas directamente con sus propias peculiaridades psicológicas (Canton, 1997). Por ejemplo, las madres maltratadoras suelen tener dificultades para controlar sus impulsos, mostrando marcados conflictos emocionales, con una baja autoestima y una escasa capacidad de empatía, así como la presencia de cuadros depresivos y carencia de redes sociales. Así mismo, estas madres suelen realizar más atribuciones internas y estables sobre la conducta negativa de sus niños y más atribuciones externas e inestables acerca de sus conductas positivas. Suelen ser muy negativas en cuanto a la conducta y rendimiento del niño (Canton, 1997). De hecho, las madres maltratadoras suelen considerar el castigo físico como un método positivo dentro de la crianza de sus hijos (Corral, 1995). Del mismo modo, suelen percibir

las conductas de los niños como intencionalmente dirigidas a molestarles y a enfadarles. Estas madres suelen tener dificultades de tipo comportamental, afectivo y cognitivo (Arrubarrena, 1994).

Otro punto a destacar es que las madres maltratadoras presentan dificultad en el manejo de situaciones estresantes, relacionada con un deficiente establecimiento de redes de apoyo social. (Olvera, 2004) Algunas otras características de una madre maltratadora pueden ser inmadurez, dependencia, necesidad de afecto, sensación de incompetencia, aislamiento, desconfianza, dificultad matrimonial, tristeza, infelicidad, hostilidad y agresión pobremente controlada (Casado, 1997).

Las actitudes maternas hostiles e indiferentes encuentran modos de expresión sutiles, oblicuos, disfrazados, defensivos y a menudo inconscientes en lo que hacen o dejan de hacer. Cabe destacar que con toda probabilidad otras personas captan mejor lo que la madre hostil, indiferente o rechazadora expresa, en lugar de lo que ella ve en sí misma (Cameron, 2001).

1.7 Factores de riesgo para el maltrato por parte de los padres.

Existen estudios acerca de factores de riesgo, tanto en la aparición de malos tratos en la infancia, como sobre las tipologías de presentación de ellos. Un trabajo riguroso es el metanálisis realizado por Brown y cols. (1998); a continuación resumo los datos más

relevantes que resultaron estadísticamente significativos y, por lo tanto, poseen la cualidad de ser considerados como evidencias científicas.

De los factores de riesgo socioculturales resultaron estadísticamente significativos para el maltrato físico las escasas creencias religiosas, la maternidad adolescente, la madre sin estudios primarios, la familia monoparental y el expediente en servicios sociales. Para la negligencia y el abandono además de los anteriores, son significativos los bajos ingresos económicos, la familia numerosa y la separación precoz de la madre del niño. Para el abuso sexual es significativa la maternidad adolescente, muerte de la figura paterna y la figura paterna descalificada. Y para el maltrato sin forma específica son significativas las escasas creencias religiosas, la maternidad adolescente, la madre sin estudios primarios, bajos ingresos económicos, escaso soporte social, familia numerosa, familia monoparental y expediente en servicios sociales (Brown, 1998).

Para los factores de riesgo familiar resultaron significativos para los malos tratos físicos el desencanto materno, las pobres relaciones maritales y la sociopatía en la figura materna. En la negligencia y el abandono los conflictos entre las figuras parentales, los problemas de salud en la figura materna, la alienación de la figura materna, la baja autoestima materna, angustia materna, sociopatía de los progenitores y pobres relaciones maritales. Para el abuso sexual son significativos los acontecimientos vitales negativos, la sociopatía de la figura materna, los castigos parentales severos y la figura paterna descalificada. Para el maltrato sin forma específica los problemas de salud en la figura materna, la baja autoestima materna, angustia en la figura materna y pobres relaciones maritales (Brown,

1998). Mientras que para los factores de riesgo en la parentalidad resultaron significativos para el maltrato físico la escasa calidez de la figura paterna, las figuras parentales poco acogedoras y contenedoras. Para la negligencia y el abandono son significativas la hostilidad de la figura materna hacia los hijos, la escasa calidez de la figura paterna y la figura paterna poco acogedora y contenedora. En el abuso sexual son significativos los castigos poco asertivos y el embarazo no deseado. Y para el maltrato sin forma específica la escasa calidez paterna y figuras parentales poco acogedoras y contenedoras (Brown, 1998).

Finalmente, los factores de riesgo en los niños para el maltrato físico son los problemas en el curso del embarazo y del parto. Para la negligencia y el abandono los problemas de retraso de mental, bajo nivel cognitivo verbal y la respuesta del niño de tipo ansiosa de aparición precoz y con ansiedad difusa. En el abuso sexual son significativas las minusvalías y discapacidades y, en el caso del género, obtiene significación el género femenino. Y para el maltrato sin forma específica las dificultades temperamentales precoces (Brown, 1998).

Cabe mencionar que el autor recalca el hecho de que los listados de factores de riesgo son mera orientación, pero cada caso debe confrontarse con este tipo de listados, lo más representativo de este estudio es que se precisa la asociación de varios factores de riesgo y no sólo la presencia de uno, por muy significativo que sea. El valor de la significancia de cada factor se limita a contextos muy particulares, muy precisos y minoritarios (Brown, 1998). Además de que una consecuencia en el maltrato de la mujer es que los hijos también padecen una situación de estrés, fundamentalmente referido como respuesta al proceso

vincular y al establecimiento y desarrollo de las conductas de apego, incrementándose los síntomas emocionales (irritabilidad, trastornos afectivos del tipo de reacciones depresivas y trastornos somatoformes) y comportamentales (como descargas agresivas, oposicionismo y pasividad) (Pedreira, 2003; Pérez, 2004).

1.8 Características de personalidad en madres maltratadoras.

Dentro de la literatura existen reportes de estudios en los que se ha evaluado, de diversas maneras las características de personalidad o los factores comunes en las madres maltratadoras por medio de diversos instrumentos que se adecuan a las necesidades de estos autores y que nos permiten obtener conocimientos acerca de este problema (Stein y Sherbourne, 2004; Wagner, 2004). Por ejemplo, Marcovich en 1981, (citado en Pérez, 1986), realizó una investigación donde obtuvo como resultados que el rango de edad con mayor número de niños agredidos fue el que va de los 4 a los 12 años, así como los menores de ocho días, siendo el sexo femenino el más agredido. Y en cuanto a la edad y sexo de los agresores predominan los menores de 19 años y los que se encuentran entre los 25 y 29 años, siendo la madre quien incurre en más casos de agresión sobre sus hijos.

En un estudio exploratorio, realizado por Foreman (1995) (citado en Pérez, 2004), sobre historias de vida de mujeres cuyos hijos habían sido víctimas de abuso sexual intrafamiliar, encontró que el 100% de ellas tenía antecedentes de violencia intrafamiliar.

De acuerdo con estudios realizados en distintos países de América Latina, la mayoría de los casos de maltrato infantil tienen como responsable a la madre de los niños. Un estudio

realizado en el 2003 en México corrobora este dato, se constató que un 68% de los casos denunciados habían sido cometido por las madres, versus un 32% cometidos por los padres (Pérez, 2004).

Por su parte, Egeland y Stillman, en 1996, realizaron un estudio para comprobar la hipótesis de que el proceso disociativo es el mecanismo responsable de la transmisión del maltrato infantil a través de las generaciones. Se comparó un grupo de madres abusadas y abusadoras de sus hijos, con un grupo de madres que rompieron el ciclo del abuso. Las madres que fueron abusadas y estaban abusando de sus hijos obtuvieron puntajes más altos en idealización, inconsistencia y escapismo, en su descripción de su niñez y obtuvieron puntajes más altos en la Escala de Experiencias Disociativas, comparadas con las madres que rompieron el ciclo de abuso. Las madres abusadas y abusadoras recordaron el cuidado que recibieron como niñas de forma fragmentada y desconectada, mientras que aquellas que rompieron el ciclo integraban su experiencia abusiva en una visión más coherente de sí mismas. Aún después de separar los efectos del CI se encontraron grandes diferencias que indican que el proceso disociativo juega una parte en la transmisión del maltrato a través de las generaciones.

También se compararon las respuestas de los recuerdos libres y las descripciones actuales del yo, los padres, bebés y otras personas importantes, de 55 madres que habían sido físicamente abusadas como niñas con los recuerdos y descripciones de 48 madres que no habían sido físicamente abusadas. Los dos grupos de madres fueron igualadas en edad del bebé, raza y estatus socioeconómico. Se encontró que algunos conjuntos de atributos

negativos invadían los recuerdos y percepciones que las madres abusadas tenían de otros, particularmente de los padres. Más aún, el grado de elaboración negativa (o sea, el número de conjuntos negativos atribuidos a otros) discriminaban al grupo abusado y al grupo control casi perfectamente. También se encontró para ambos grupos que, mientras más elaborada era la visión positiva de sí mismo y de los otros, más seguro era el apoyo del bebé con la madre. Además, los patrones de identificación y descripción fueron dramáticamente diferentes entre los grupos: a diferencia de las madres del grupo control, las madres abusadas tienden a des-identificarse con sus propias madres y a ser inconsistentes en la caracterización de sí mismas (Gara; Rosenberg y Herzog, 1996).

En un estudio realizado por Cooney, en 1996, se plantea que el aislamiento social no es un factor etiológico para el maltrato infantil, sino un amplio grupo de variables vinculadas a la percepción de apoyo de los padres y a sus redes sociales formales e informales. Examinaron cada constructo de aislamiento social en 300 madres maltratadoras y no maltratadoras con bajos ingresos económicos. Se encontró una considerable variación entre las redes sociales de los diferentes tipos de madres maltratantes y no maltratantes, específicamente en las propiedades estructurales de la red social, en la percepción de apoyo y en los tipos de recursos que reciben y no reciben. Por ejemplo, las madres negligentes tenían menos miembros en la red social, menos contactos, menos miembros con proximidad (a menos de una hora de desplazamiento) y recibieron menos recursos emocionales e instrumentales. A pesar de estos resultados, la etiqueta de aislamiento social no puede describir de manera precisa la red social de las madres que maltratan a sus hijos, ya que los tres tipos de maltratadoras tuvieron menos de 8 miembros importantes en su red

social y más de 100 contactos con esos miembros en el mes previo a completar el cuestionario.

Otro estudio, realizado por De Paul y Doménech (2000) tenía por objetivo determinar si las madres adolescentes con hijos recién nacidos se encuentran en una situación de más alto riesgo para el maltrato infantil que las madres adultas y analizar si las madres adolescentes con recuerdos de maltrato infantil tienen un mayor riesgo de maltratar a sus propios hijos. En los resultados las madres adolescentes y las madres adultas no presentaron diferencias en los recuerdos de haber sufrido maltrato físico o emocional en su infancia. Sin embargo, las madres adolescentes mostraron un mayor potencial de maltrato y sintomatología depresiva. El potencial de maltrato es más elevado en madres adolescentes que en las adultas y más elevado en las madres que han sufrido maltrato físico. Las madres adolescentes que han sido víctimas de maltrato infantil constituyen el grupo de mayor riesgo para el maltrato a sus hijos. Estos resultados corresponden a los encontrados por Straus y Gelles (1990), quienes señalan que las mujeres abusadas de su muestra reportaron una probabilidad cuatro veces mayor de presentar depresión.

Por otro lado, Frías, en el 2002, realizó un estudio que tenía por objetivo investigar los efectos a largo plazo del uso del castigo físico y verbal en mujeres mexicanas por medio de un modelo estructural. Se entrevistaron 150 madres en relación a su historia de abuso en la niñez, su nivel de depresión, uso del alcohol, conducta antisocial y el castigo de sus propios hijos. Los resultados indican que una historia de abuso tiene efecto a largo plazo en la conducta de la mujer y en su funcionamiento psicológico, que es a su vez causa de su

conducta punitiva de la mujer en contra de sus hijos. Además, la historia de abuso de las mujeres fue considerada una variable erótica latente que afecta directamente la conducta antisocial de la madre, su consumo de alcohol y sus niveles de depresión y ansiedad.

En otro estudio, desarrollado por Walker y Gelfand (1999), se encontró que mujeres con historia de maltrato en su niñez informaron más síntomas físicos y sus expedientes médicos mostraron que también habían sufrido mayor número de pequeñas infecciones y otras enfermedades, comparadas con mujeres que no reportaban historia de maltrato en su niñez. Además, las mujeres con historia de abuso pueden experimentar ataque de pánico, ansiedad generalizada y pobre salud.

La investigación realizada por García (2004), concluyó que un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas. Estas víctimas, tanto hombres como mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a adultos. Están expuestos a un riesgo mayor de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, enfermedades médicas y problemas en la escuela o en el trabajo. Sin el tratamiento adecuado el daño podría perdurar de por vida.

Por otro lado, Styron y Janoff-Bulman (1997) encontraron que las víctimas de abuso infantil estaban más deprimidas e informaron niñez y relación de adultos menos segura. Silverman, Reinherz y Giaconia, en 1996, examinaron la relación entre experimentar violencia de niñez y funcionamiento psicológico en un estudio longitudinal, usando los criterios del DSM-III-R. Ellos encontraron que aproximadamente 80% de estas personas

tenían, según el DSM-III-R, el criterio de por lo menos un desorden psiquiátricos a la edad de 21 años. Otro estudio (Carlin 1994) encontró que la proporción de víctimas que experimentaron depresión en la edad adulta era más alta en aquéllos que se definieron como abusados. Además, Malinosky-Rummell y Hansen (1993), en base a una investigación de la literatura, encuentran que las víctimas de abuso en la niñez desplegaron problemas significativamente más emocionales, incluso ansiedad y depresión durante la madurez.

Por otra parte, una encuesta realizada en el Distrito Federal por el Instituto de Estadística, Geografía e Informática en el año 2000 muestra que el maltrato infantil tiene lugar en 30.4% de los hogares (casi uno de cada tres) en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000).

En cuanto a estudios que investigan las características de personalidad de las madres maltratadoras, Egeland y cols. (1991) realizaron una investigación donde refieren que las características de personalidad de los padres que fueron abusados en su niñez son los factores importantes para entender y prevenir el posible abuso del niño. Varios estudios que usan el MMPI reportan las características de personalidad moderadas entre los padres abusivos, como la conducta impulsiva e inmadura y las actitudes antisociales. Lund (1975), citado en Egeland y cols. (1991), informó que las madres abusadas de niñas mostraron historias personales o problemáticas anticonvencionales y características de personalidad que reflejan la conducta impulsiva, indicadas por los altos puntajes en las escalas de

desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia del MMPI. Paulson y cols (1974), así como Land (1986) encontraron que los altos puntajes en la escala de desviación psicopática, la hipomanía y la paranoia del MMPI, hacen pensar en un individuo con problemas de control de impulsos Wright (1970), citado en Egeland y cols. (1991), informó que los padres abusados durante su niñez mostraron conducta impulsiva e imprevisible reflejada en el MMPI con elevaciones en la desviación psicopática y en esquizofrenia; en este estudio se exploraron las características de personalidad y la conducta sintomática de un grupo de madres que han sido identificadas, por su historia personal, con alto riesgo de abusar de sus niños (Egeland, 1991). La meta en esta investigación era identificar las áreas de disfunción materna que podrían propiciar maltrato a sus propios hijos. La muestra de mujeres puede caracterizarse como inmaduras e impulsivas, basándose en las elevaciones de la escala de desviación psicopática, esquizofrenia y la hipomanía. Su modelo de MMPI también se parece a los perfiles de mujeres que han tenido embarazos solteros múltiples. Las mujeres de esta muestra informan algunos problemas clínicos de depresión, paranoia e hipocondría (Egeland, 1991).

1.9 Madres maltratadoras, ansiedad y depresión.

Lewin en el 2000, realizó un estudio donde comparó los niveles de ansiedad y depresión de un grupo de madres abusadas sexualmente durante su infancia y un grupo de madres no abusadas; las madres contestaron dos cuestionarios: el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Los resultados relevaron que las madres abusadas

son significativamente más ansiosas y depresivas en comparación con las madres no abusadas.

Cabe mencionar que en una revisión de 10 años de la literatura sobre las consecuencias del maltrato infantil, Kaplan, Pelcovitz y Labruna (1999) encontraron asociaciones del maltrato infantil con problemas interpersonales, bajos logros académicos, comportamiento agresivo, baja autoestima, desórdenes psiquiátricos como depresión, ansiedad, déficit de atención con hiperactividad y abuso de sustancias, además de consecuencias biológicas como alteraciones en el desarrollo del cerebro. En el mismo sentido, recientes investigaciones (MacMillian (2001) y Lansford (2002) citados en Gaxiola, 2005) establecen que la historia de abuso es un predictor de los estados posteriores de depresión y ansiedad.

Según Gaxiola (2005), Simons et al. (1991), encontró que las investigaciones sobre depresión indican que padres deprimidos tiene mayor propensión a estar insatisfechos con las relaciones sociales, incluyendo las relaciones con sus hijos, lo cual hace más probable el empleo de prácticas disciplinarias punitivas. Mientras Teti y Gelfand (1992) señalan que las mujeres deprimidas muestran competencias deficientes de crianza infantil, por lo cual las reacciones ante sus hijos son inapropiadas.

Por otro lado, Douglas (2000) realizó un estudio que tenía dos objetivos principales: el primero era investigar a las madres con una historia de abuso sexual y la ansiedad sobre el efecto de su paternidad, comparados con un grupo de comparación clínico. Y el segundo

era determinar si había cualquier relación entre las ansiedades de las madres y el tipo de paternidad que ellos evocaron. Las madres con una historia de abuso sexual que asisten al servicio de salud mental están a menudo angustiadas de que su conducta de paternidad normal puede ser inapropiada o pueda ser vista como tal por otras personas. Estas ansiedades parecen asociadas con su historia en la niñez de abuso sexual (Douglas, 2000).

En la Universidad de Sonora se realizó un estudio para determinar los efectos a largo plazo del maltrato infantil. Entrevistaron a 30 mujeres sobre la historia del maltrato, los niveles de violencia hacia la pareja, los niveles de ansiedad y depresión, los problemas de salud, el consumo de alcohol y el estilo disciplinario violento con sus propios hijos. Los resultados indicaron que la historia de abuso, la depresión, la ansiedad y el consumo de alcohol tienen efectos a largo plazo en el funcionamiento físico y psicológico de las mujeres, lo cual repercute en el estilo disciplinario violento con sus propios hijos (Gaxiola, 2005).

Según estudios realizados en Canadá, se presentan tasas de depresión y estrés más altas en mujeres que descuidan a sus hijos que en las demás (es decir las que no descuidan a sus hijos) (Ethier, 1995 y Wiehe, 1996). Si la mujer maltratada busca refugio en el alcohol u otras sustancias prohibidas, sus facultades pueden alterarse y afectar negativamente el desarrollo de sus habilidades de madre.

En un estudio comparativo se encontró que las mujeres que son maltratadas psicológica pero no físicamente abusan cinco veces más del consumo de alcohol (Ratner, 1993). En otro estudio, se identificó la depresión como factor de riesgo importante del abuso físico y se consideró que la relación entre depresión y descuido no es directa sino mediante el abuso de sustancias prohibidas, lo cual es una complicación común de la depresión (Chaffin, 1996).

Por otro lado, en el 2004, Olvera realizó una investigación donde el objetivo era identificar los rasgos de personalidad, a través de las escalas de depresión, histeria conversiva, psicastenia e hipomanía del MMPI-2 en un grupo de 35 madres maltratadoras que asistían al Centro de Atención Psicológica para Madres y un grupo de 35 madres no maltratadoras de entre 20 y 50 años. Los resultados reportaron que para las escalas básicas, de contenido y suplementarias de MMPI-2, para el grupo de madres no maltratadoras el perfil se encuentra en el rango de normalidad; para el grupo de madres maltratadoras en las escalas de depresión, paranoia, psicastenia y esquizofrenia sobrepasan el índice de normalidad y se obtuvo una puntuación por debajo de la norma para las escalas L y K. En las escalas suplementarias para el grupo de madres maltratadoras la mayoría de las escalas se ubicaron por debajo de la normalidad (T 35-45) excepto en las escalas de ansiedad, desajuste profesional y las 2 escalas de estrés postraumático. Y para las escalas de contenido en el grupo de madres maltratadoras las escalas que sobrepasan la normalidad estadística son ansiedad, depresión, baja autoestima, incomodidad social, problemas familiares, dificultades en el trabajo y rechazo al tratamiento. También se encontró que los puntajes de las escalas básicas de depresión y psicastenia difieren considerablemente entre ambos grupos de madres. Así mismo, se observó que la escala básica de depresión correlacionó

positivamente con la escala de psicastenia en el grupo de madres maltratadoras. Concluyendo que las madres maltratadoras son personas nerviosas, vulnerables, tensas, fatigadas, tristes, aburridas, frustradas, escrupulosas, meticulosas, perfeccionistas, compulsivas, inseguras, indecisas, hostiles, dependientes, ansiosas, con incertidumbre, desinterés, son irritables, gruñonas, impacientes, temperamentales, apáticas e insensibles, entre otras cosas.

Por lo anterior y debido a que las madres maltratadoras son propensas a presentar ansiedad y depresión (Chaffin, 1996; Ethier, 1995; Wiehe, 1996; Gaxiola, 2005; Douglas, 2000; Teti, 1992; Kaplan, 1999; Lewin, 2000; Olvera, 2004) abordaremos dichas temáticas en los dos siguientes capítulos.

CAPÍTULO II. ANSIEDAD.

La ansiedad es un debilitador social y personal, es un desorden altamente prevalente tanto en niños y adolescentes como adultos; puede intervenir en la funcionalidad emocional, social, escolar y laboral de los individuos (Wagner y cols, 2004).

También es reconocido que las particularidades que caracterizan a los estados patológicos de ansiedad se expresan psicológicamente, en el plano subjetivo, en vivencias, en alteraciones de los procesos cognitivos y en la función autorreguladora de la personalidad, es decir, en la alteración del autocontrol, en el cambio de la actitud hacia los problemas vitales y su solución, en la esfera de las relaciones interpersonales y en la capacidad de trabajo (Ramírez, 1996).

2.1 Historia sobre el estudio de la Ansiedad.

En el siglo XI, el filósofo Ala Ibn Hazm, de Córdoba, sostenía que la ansiedad es una condición básica de la existencia humana y planteaba la liberación de la ansiedad como lo deseable de toda acción (Ramírez, 1996).

B. Spinoza, en el siglo XVII, consideraba que las emociones eran signo de debilidad mental y que podían controlarse racionalmente. Concebía a la ansiedad como la expectativa de que algo doloroso ocurriera. Para él, los deseos frustrados o no realizados eran una fuente más

de ansiedad, como lo eran: la vergüenza, el amor, el anhelo, la gula, la embriaguez, etc (Chagoya y Maza, 1980).

Por otro lado, según Ramírez (1996), Charles Darwin proporcionó en 1872 una descripción de las manifestaciones físicas relacionadas con el miedo y la ansiedad, como son: elevación de la frecuencia cardiaca, resequedad de la boca, dilatación pupilar, temblores, etc. El descubrimiento de la neurosis experimental de Pavlov en 1927, sirvió para estimular numerosas investigaciones sobre el miedo, la frustración, el conflicto y la ansiedad en animales. Hasta antes de 1950 había poca investigación experimental sobre la ansiedad en humanos. La complejidad del fenómeno, la falta de instrumentos apropiados para evaluar y los problemas éticos asociados con la ansiedad inducida en el laboratorio, contribuyeron a ello (Ramírez, 1996).

No fue sino hasta los años 50's cuando la teoría e investigación experimental de la ansiedad, así como su publicación en libros y revistas científicas fue estimulada por la aparición de una gran cantidad de obras (Ramírez, 1996). Y no fue sino hasta 1964 que se organizó una serie de coloquios y un seminario que tenían como tema central la ansiedad (Chagoya, 1980). En 1970 se organizó un segundo simposium en Florida sobre estrés y ansiedad con la finalidad de estimular la confrontación de los diversos puntos de vista y esclarecer así, la terminología y eliminar confusiones semánticas entre ansiedad y estrés (Chagoya, 1980).

Existen diversas definiciones de ansiedad aunque no todas se refieren al mismo fenómeno, los términos varían, por ejemplo: según Chagoya (1980), Devaux y Logre, en 1917, definen la ansiedad como una emoción caracterizada por un estado de dolor moral y de incertidumbre, con frecuente sensación de malestar físico. Estos autores destacan las reacciones físicas y psíquicas como dos elementos esenciales e indisolubles de toda emoción. Dentro del elemento psíquico de la ansiedad destacan tres aspectos constitutivos: la duda, la inseguridad y la irresolución, siendo la inseguridad el único aspecto específico y característico, los otros dos serían accesorios y contingentes. En cuanto al elemento físico, los autores se refieren primero a los síntomas inespecíficos como aceleración del pulso y del ritmo respiratorio, entre otros, enfatizando que están especialmente comprometidos los órganos de la vida vegetativa (Chagoya, 1980).

Por otro lado, Bleger (1977), citado en Mercado (1992), señala que la ansiedad es una conducta desordenada que tiende imperiosamente a ordenarse, como todo equilibrio del campo psicológico. Subraya que la finalidad de la conducta es el mantenimiento de cierto grado y tipo de equilibrio homeostático, de ahí que la ansiedad desempeña un papel de señal de alarma, promoviendo nuevas manifestaciones del comportamiento tendientes a restablecer el equilibrio (Chagoya, 1980). Mientras Spielberger (1979) define la ansiedad como un estado emocional que consiste en sentimientos displacenteros, percibidos conscientemente, de nerviosismo, tensión y aprensión con acciones asociadas o activación del sistema nervioso autónomo, la persona con frecuencia responde a sus sentimientos con pensamientos, palabras o acciones que parecen inapropiados, perturbados, irracionales o desorganizados (Mercado, 1992).

Según Chagoya (1980), Corral (1995) explica que la ansiedad es un sentimiento de intranquilidad, aprensión o tensión, en respuesta a circunstancias estresantes o amenazadoras. Algunas personas sienten más ansiedad que otras; también puede ser moderada o intensa como el sentimiento de pánico. Normalmente la ansiedad es temporal, pero cuando esto permanece por un tiempo largo u ocurre en ausencia de estrés o amenaza, es considerado como una enfermedad (Chagoya, 1980).

2.2 *Enfoques sobre la Ansiedad.*

Existen diferentes enfoques teóricos para abordar el tema de la ansiedad, a continuación se presentan cuatro de ellos de diferentes corrientes en la psicología.

a) Teoría Existencialista.

Chagoya y Maza, en 1980, explican que desde esta teoría se considera que la vida se presenta como una fuerte obligación que requiere ser asumida responsablemente. Para los existencialistas la naturaleza humana incluye contradicciones, lo que constituye una fuente constante de ansiedad. Dentro de esta postura, todas las formas de ansiedad se convierten en variedades de aquella experiencia básicamente humana, frente a la constante posibilidad de dejar ser, en otras palabras, se centra en el presente y en el futuro y la ansiedad aparece ante las amenazas contra la integridad existencial (Chagoya, 1980).

b) Teoría Psicoanalítica.

Desde el punto de vista de Chagoya (1980), Freud (1925) consideraba a la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con actos de descarga por vías determinadas. Supone una energía psíquica y otra física, siendo las más frecuentes las que afectan a los órganos respiratorios y al corazón. Además, Freud sostiene que la ansiedad tiene su ubicación en el Yo, solamente este puede experimentar ansiedad. La fuente de esta ansiedad puede encontrarse en el mundo exterior (ansiedad frente a un peligro real), en el Ello (ansiedad neurótica) y en el Superyo (ansiedad moral). La ansiedad frente a un peligro real se presenta ante la amenaza real existente en el mundo externo, es decir, el Yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica, el Yo lucha con el mundo de las necesidades instintivas. La ansiedad moral se presenta cuando se teme a un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral (Chagoya, 1980).

c) Teoría Culturalista.

Dice Ramirez (1996) que este enfoque, considera que, la ansiedad aparece cuando algo en el interior del individuo amenaza con perturbar su relación con las demás personas. Se considera que estos impulsos internos que amenazan la seguridad son, en gran parte, fuerzas producidas por ciertas exigencias culturales. Entre algunos de sus exponentes,

Horney, en 1953, señala que la génesis de la ansiedad se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros y la hostilidad que despierta esta situación. Cuando dicha hostilidad es reprimida, surge la ansiedad (Ramírez, 1996).

Por su parte, Sullivan (1966) consideraba que la ansiedad, es el resultado de las relaciones de uno para con otros y, por tanto, la concibe como una experiencia de tensión que surge como una expresión a la disyuntiva que representan las relaciones interpersonales, por último, la postura de Schachatel (1969) quien concibe a la ansiedad como un estado afectivo que surge, siempre que el sujeto a perdido su sentimiento de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental (Chagoya, 1980).

d) Teoría Factorial.

El fenómeno de la ansiedad con su conjunto de componentes (factores) ha sugerido considerarlos también como rasgos; es decir, características relativas constantes que se hallan en cada individuo. Cada factor es un rasgo cuya magnitud varía y está organizada de diversas maneras, que se expresan fenomenológicamente en cada individuo. Chagoya (1980) dice que Thorndike, señalaba que un rasgo es una cantidad variable que se mide por los diferentes grados del mismo encontrados en todos los sujetos de un grupo definido, por el número de veces que aparece. De aquí dos resultantes: una constante y otra transitoria, la constante (rasgo) es caracterológica también y común a muchos, la transitoria es más compleja, mas difícil de someter a patrones, responde al concepto de estado (Chagoya,

1980). Esta tendencia de factores y rasgos ha sido estudiada por varios investigadores y, en este caso en particular, el estudio se enfocará a la teoría ansiedad rasgo-estado propuesta por Spielberger en 1972.

2.3 Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado.

Spielberger (1972) señala que la ansiedad es un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo implica un motivo o disposición conductual adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responder a éstas con reacciones de ansiedad estado desproporcionadas en intensidad a la magnitud del peligro objetivo (Chagoya, 1980). La Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado proporciona un esquema conceptual que permite clasificar las principales variables que se deben considerar en la investigación de la ansiedad y sugiere posibles interrelaciones entre ellas (Spielberger, 1975).

Esta teoría está interesada en esclarecer las propiedades de la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo como constructos psicológicos y especificar las características de las condiciones estimulantes estresantes (externas e internas) que evocan diferentes niveles de Ansiedad-Estado en personas con diferente Ansiedad-Rasgo (Spielberger, 1975).

Spielberger y Díaz Guerrero (1975) distinguieron entre Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo. Estos autores determinaron para la primera, la definición de “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad transitoria pueden variar de intensidad, duración y fluctuar a través del tiempo, con lo que el estado de ansiedad se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado” (p.1). Mientras que la Ansiedad-Rasgo la explicaron como “las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad; es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones estimulantes con diferentes elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado” (p.1).

La Ansiedad-Estado es un proceso multicomponente que no se eleva ante cualquier estímulo aversivo, solo ante los que la persona con alta Ansiedad-Rasgo percibe como amenazantes para su autoestima, especialmente en las relaciones interpersonales en las cuales la adaptación personal es evaluada (Ramírez, 1996).

De esta manera la Ansiedad-Estado tiene estímulos y propiedades que se expresan directamente en la conducta y sirven para desarrollar mecanismos de defensa psicológicos (negación, intelectualización, etc), que reducen o eliminan la ansiedad. En cambio, la Ansiedad-Rasgo no se manifiesta directamente en la conducta, pero puede inferirse a partir de la frecuencia e intensidad de la Ansiedad-Estado sobre el tiempo y así determinar la probabilidad de que tales estados se experimenten en el futuro (Ramírez, 1996).

2.4 *Etiología de la Ansiedad.*

Según Escalante (1988), citado en Ramírez (1996), independientemente del enfoque teórico bajo la que se aborde, la ansiedad puede ser originada por situaciones externas como enfermedades, enfrentar alguna experiencia estresante donde se dañe física o emocionalmente a la persona; o bien, puede ser causada por estímulos internos, como pensamientos, impulsos, necesidades, entre otras, que varían de sujeto a sujeto y dependerán de su experiencia previa ante dichas situaciones. La ansiedad puede funcionar como una reacción somática o psicológica ya sea ante un estímulo externo o interno y, a la vez, como una señal de alarma ante la integridad física o emocional que activa las defensas del organismo (Ramírez, 1996).

Del mismo modo, Escalante (1988), citado en Ramírez (1996) clasifica los síntomas de la ansiedad en tres grupos:

- a) Trastornos somáticos: pueden aparecer de manera aguda y brusca, o estar presentes de modo constante, con períodos de remisión y reactivación. Su base es neurovegetativa, por lo que, en ocasiones, puede llegar a inhabilitar con seriedad al individuo. Entre éstos trastornos encontramos las extrasístoles, la sensación de constricción precordial, las variaciones del nivel tensional, el dolor pectoral, los trastornos hipogástricos, etc.
- b) Trastornos psíquicos: en este caso, las personas refieren una sensación de peligro, como si se encontraran ante un peligro inminentemente desconocido; como es el caso de las preocupaciones inmotivadas (Téllez, 2001).

c) Trastornos conductuales: caracterizados por inquietud motora, irritabilidad, perturbaciones en el sueño y trastornos de alimentación, principalmente (Escalante, 1988).

2.5 *Síntomas generales de la Ansiedad.*

Según el DSM-IV (1995), se puede presentar en cada individuo un conjunto formado por distintos síntomas que conforman el cuadro clínico de su trastorno ansioso. El DSM-IV indica un listado de síntomas que pueden presentarse en este trastorno. Por ejemplo, se pueden presentar crisis temporales o aisladas de miedo o malestar intensos, palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas del cuerpo, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, aceleración respiratoria, náuseas o malestar abdominal, inestabilidad, mareos o desmayos, sensación de irrealidad, miedo a perder el control, miedo a morir o de que algo peligroso o amenazante ocurra, sensación de entumecimiento u hormigueo y escalofríos o sofocaciones, sensación subjetiva de embotamiento o desapego, preocupaciones excesivas y mucho esfuerzo para controlar éstas, inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y tensión muscular (DSM-IV, 1995).

CAPITULO III. DEPRESIÓN.

Según Brenton (1998), los trastornos depresivos independientemente de su distribución, siempre afectan el desempeño social, laboral y personal de cada individuo que la padece. Las causas y síntomas que se presentan en una depresión son diversas y enfocadas a muchos aspectos.

3.1 Historia sobre el estudio de la Depresión.

Heinze (2000), manifiesta que, aún cuando desde el Antiguo Testamento se describen cuadros depresivos, es hasta el siglo IV antes de Cristo, cuando Hipócrates utiliza los términos de manía y melancolía para referirse a los enfermos de depresión e introduce por primera vez el término de melancolía. En el siglo I, Areteo de Capadocia, describe la melancolía. Galeno, en el siglo II, utiliza los mismos términos de Hipócrates; posteriormente, en el siglo XII, Maimónides menciona nuevamente a la melancolía. En la Edad Media, Alejandro Tralles describe tres formas etiológicas diferentes para la depresión: exceso de sangre, sangre ocre y biliosa y bilis negra. Este autor afirmó que no siempre la tristeza y el temor son los síntomas característicos, ya que refería que a veces predominaba la hilaridad, la ira y la ansiedad, este cuadro es muy semejante al que posteriormente se describiría como estado maniaco. En este mismo siglo, Thomas Willis, hace notar la sucesión de estados maníacos y melancólicos en el mismo paciente (Heinze, 2000).

Destacan igualmente los escritos de Burton, citado en Guevara (1996), debido a su experiencia personal como enfermo, supo expresar las vivencias negativas de esta enfermedad y al mismo tiempo señaló los accesos de alegría desbordante que alternan con el estado depresivo (Guevara, 1996). Ya en el siglo XVIII, Andrés Piquer describe con mucha precisión la enfermedad maníaco-depresiva del Rey Fernando VI. Cullen incluye dos géneros principales de la depresión: la manía y la melancolía. Kahlbaum, en 1882 utiliza por primera vez el término ciclotimia. Mientras, según Vallejo (1996), Kraepelin describe la diferencia estricta entre la psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz (Vallejo, 1996).

Al inicio del siglo XIX, Pinel destaca 4 formas de enfermedad mental: manía, melancolía, demencia e idiocia. Su discípulo, Esquirol, incluye la melancolía que denominaba lipemanía, entre las monomanías o locuras parciales, mejorando la visión conceptual de su maestro. Esquirol afirmaba que la melancolía es un delirio parcial crónico, mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. Es hasta mediados del siglo XIX que se efectúa la descripción específica de una locura circular sobre la base de los episodios de melancolía y manía (Guevara, 1996 y Vallejo, 1996).

Cabe mencionar que Berrios, en 1988, (citado en Guevara, 1996 y Vallejo, 1996), señaló que el significado clásico que se le dio a la melancolía y a la manía no guarda una relación estricta con su sentido actual, ya que su significado no se establecía en términos polares opuestos, su definición se basaba en el análisis de conductas abiertas (aumento o descenso de la motilidad o de la rabia) y por que los síntomas no definían un estado mental.

3.2 *Epidemiología de la Depresión.*

Lechky (1995) considera que la depresión leve es más frecuente en el género femenino, la moderada en el masculino y la severa se presenta en igual proporción en ambos géneros. También refiere que existen diferencias en la manifestación del cuadro clínico en hombres y mujeres. En el hombre predomina el insomnio, la pérdida de confianza en sí mismo, la dificultad para concentrarse y los sentimientos de inferioridad, mientras que en las mujeres son más frecuentes los sentimientos de incapacidad y el pesimismo. La mujer es la que con mayor frecuencia solicita ayuda cuando padece trastornos depresivos.

Mientras que de los pacientes que padecen depresión en cualquiera de sus tipos, sólo un 20 a 25% reciben tratamiento, se calcula que el 80% de ellos son atendidos en el primer nivel de atención médica, mientras que los restantes no acuden al médico (Martell, 2001).

3.3 *Etiología de la Depresión.*

Las causas de la depresión son desconocidas, Trejo (2003) ha encontrado que las tensiones del medio ambiente, como el fallecimiento de un ser querido, el divorcio, la pérdida de objetos o el que nos diagnostiquen una enfermedad grave pueden precipitar la depresión, sobre todo en personas que presenten una predisposición genética. Aún así, no es posible asegurar que estos conflictos sean la causa única de la depresión, es por esto que se considera el origen multicausal de la depresión.

Carlson (1999) emplea cuatro clasificaciones, que están estrechamente relacionadas entre si:

- Factores biológicos: esta hipótesis propone una serie de alteraciones a nivel de los neurotransmisores. Se considera que en este padecimiento hay una disminución en la sensibilidad de los receptores postsinápticos adrenérgicos. La disminución de la serotonina está relacionada directamente con la presencia de síntomas depresivos. La tendencia suicida en la depresión se ha relacionado con una disminución de la 5-hidroxitriptamina en el líquido cefalorraquídeo.

Aparentemente, el aumento en los niveles de dopamina se asocia al síndrome maníaco y la disminución en los niveles del mismo neurotransmisor se asocian a la depresión (Guevara, 1996).

- Regulación neuroendocrina: la regulación de los ejes adrenal, tiroideo y de la hormona del crecimiento es noradrenérgica, su alteración propicia una regulación defectuosa de la función endocrina en estos tres niveles en algunos pacientes deprimidos. En el caso del eje adrenal se ha observado un aumento en la secreción de cortisol en aproximadamente el 50% de los pacientes deprimidos. La regulación tiroidea de un tercio de los deprimidos se encuentra alterada, aunque actualmente se ha propuesto una hipótesis que refiere que en algunos pacientes con depresión existen anticuerpos contra la glándula tiroidea (Rosenzweig, 1992).

Mientras que las alteraciones en la regulación circadiana de algunos pacientes con depresión se relacionan; en ocasiones, con disminución en la liberación de melatonina por la glándula pineal. (La serotonina es un precursor de la melatonina) (Rosenzweig, 1992).

- Factores genéticos: se ha encontrado que los parientes de enfermos bipolares presentan una alta incidencia de cuadros bipolares (9.3 por 100 vs 1 por 100 de la población general), de ciclotimia (3 por 100) y de depresión mayor (14.3 por 100 vs 5.9 de la población general). De la misma manera, los familiares de pacientes con depresión mayor tiene más riesgo de padecer esta patología, aún cuando no estén aumentadas las probabilidades de sufrir un trastorno bipolar (Rosenzweig, 1992).

Existen modelos multifactoriales que afirman que la existencia de una determinada carga genética no sería suficiente por sí misma para condicionar necesariamente la aparición de un trastorno del estado de ánimo. De tal manera que es posible que factores ambientales modulen la expresión fenotípica de un determinado genotipo. Probablemente, los trastornos del estado de ánimo se relacionen con un patrón monogénico, presentando anomalías en por lo menos dos genes diferentes (Santos y de Dios, 1990).

- Factores psicosociales: la depresión se presenta en todas las culturas o niveles sociales, aunque en las más vulnerables adquiere una manifestación característica, hay más somatización, hipocondría y vivencias paranoides, además de menores sentimientos de culpa. En la clase alta predominan los trastornos bipolares. En

cuanto a la actividad laboral, se ha presentado mayor depresión en los puestos más altos y más bajos de la escala. Hay diferentes enfoques para explicar el mayor índice de depresión en las mujeres; una opinión sugiere que la depresión se presenta en las mujeres por la discriminación social que les impide obtener poder, que conduce a baja autoestima, dependencia y depresión (Rosenzweig, 1992). Por otro lado se hace alusión a la indefensión aprendida, que considera que las imágenes estereotipadas de hombres y mujeres producen en las mujeres un conjunto de valores que se refuerzan por las expectativas sociales. El periodo premenstrual y el posparto son épocas de mayor riesgo para la depresión (Rosenzweig, 1992).

Aunque es difícil el estudio real de la depresión, se estima que el riesgo de padecer este problema durante la vida es del 17%, es decir, que si una muestra de la población viviera hasta determinada edad, el 17% en algún momento sufriría de algún trastorno depresivo, y cuando se compara este riesgo entre hombres y mujeres se estima que para las mujeres el riesgo es de 20 a 25%, mientras que para los hombres este riesgo es de un 7 a 12%. Mientras que la prevalencia actual de este problema se ha calculado entre un 5 a 10% en mujeres y 2 a 3% en hombres con una prevalencia global del 5% (Depression Guideline panel, 1993).

Por otro lado se han identificado algunos factores de riesgo en Estados Unidos, asociados a este problema, a saber son: edad joven, bajo nivel de educación y bajo ingreso económico, además de 10 factores de riesgos primarios, que son: 1) antecedentes previos de depresión, 2) antecedentes familiares de depresión, 3) antecedentes de intentos suicidas, 4) sexo

femenino, 5) edad menor a 40 años, 6) etapa posparto, 7) enfermedades concomitantes, 8) falta de soporte social, 9) estilo de vida estresante o con abundantes experiencias negativas y 10) alcoholismo o uso frecuente de drogas o medicamentos controlados (Depression Guideline panel, 1993).

Según Trejo (2003), Kaplan (1992) refiere que desde el punto de vista de la psicología se acepta que la depresión tiene un origen multifactorial y se espera que en un futuro se logre una integración entre la investigación bioquímica y la práctica psiquiátrica y psicológica y que se desarrollen nuevos instrumentos clínicos especializados para la psiquiatría y psicología (Trejo, 2003).

3.4 Enfoques de la Depresión.

a) Teorías Conductuales.

El primer intento de analizar la depresión desde un punto de vista conductual lo realizó Skinner, quien, según Salinas (1998), define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Posteriormente se hacen aportaciones a lo analizado por Skinner, sugiriendo que diversos factores como los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como las tasas de reforzamiento hacen que aparezca la depresión, que típicamente se caracteriza por una reducción en la conducta (Salinas, 1998).

Al aplicar el término reforzamiento a la depresión, se elaboraron varias hipótesis, una de ellas establece que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento se define por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Las interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas. Según esta hipótesis, la conducta de las personas deprimidas no produce un reforzamiento positivo en un nivel suficiente como para mantener su conducta y así, las personas deprimidas, tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta, volviéndose cada vez más pasivas. Además, se supone que la baja tasa de reforzamiento es la causante del cambio en el ánimo. Una hipótesis similar señala que una alta tasa de experiencias castigantes pueden causar depresión en forma directa o indirecta al interferir con la participación y el disfrute de las actividades potencialmente reforzantes (Salinas, 1998).

b) Teorías Cognitivas.

Beck (1979), desde una posición cognitiva, concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Para él los signos y síntomas de esta enfermedad son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Él propone estructuras cognitivas específicas que son la triada cognitiva, los esquemas y patrones cognitivos. De este modo la triada cognitiva contiene tres patrones que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del mundo y una visión negativa del futuro. Los esquemas cognitivos son pautas cognitivas estables, por medio de ellos uno interpreta la experiencia y conducen a los individuos a una selección sistemática o una distorsión de la percepción y la

memoria. Estas distorsiones constituyen los errores cognitivos, que son ideas equivocadas y sistemáticas del pensamiento que condicionan la persistencia de esquemas negativos a pesar de las evidencias contradictorias.

En el mismo campo cognitivo Rehm, citado en Seligman (1975), propone la teoría del “autocontrol de la depresión” y sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos y les dan tal importancia que los toman como criterios para realizar su autoevaluación, logrando que se utilicen altas tasas de autocastigo en comparación con una disminución en las tasas de autorecompensa. Para Seligman (1975), en una teoría de la depresión humana es central el efecto de la independencia de la conducta y sus consecuencias. Así este autor considera que los individuos deprimidos se encuentran en situaciones en las que sus respuestas y el refuerzo son independientes. El recuperar la creencia en que la respuesta produce reforzamiento, es el cambio de actitud que se supone sería la solución para tratar la depresión.

Posteriormente, Seligman, (1975) reformula su teoría agregando elementos de la teoría de la Atribución Elaborada de Weiner y Cols (1985), esta nueva teoría señala que las atribuciones que realiza el sujeto acerca de la no-contingencia entre sus actos y consecuencias son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Lo central en la depresión incluye las dimensiones de internalidad-externalidad, generalidad-especificidad y estabilidad-inestabilidad. De esta manera una persona estará, probablemente más deprimida si las atribuciones por sus fallas y faltas de control las internaliza (es mi culpa), las globaliza (en todo soy un fracaso) y las hace estables (nunca voy a cambiar), en

cambio, si sus atribuciones son por el éxito, son externas (soy afortunado), específicas (en este caso en particular) e inestables (sólo en esta ocasión) (Trejo, 2003).

La teoría cognitiva de la depresión afirma que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y sus consecuencias son los cambios afectivos y físicos; por ejemplo, la baja energía y la apatía son el resultado de la expectativa de fracaso que el individuo tiene en todas sus áreas (Trejo, 2003).

c) Teorías Psicodinámicas.

A principios del siglo XX, Freud (1917), describe la depresión desde un punto de vista psicoanalítico. Compara dos estados entre sí, la melancolía y el duelo, ya que él consideraba que existían múltiples analogías en el cuadro clínico de ambos padecimientos. Freud (1917), caracterizaba a la melancolía como un estado de ánimo intensamente doloroso, acompañada de una disminución del interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y una importante disminución del amor propio. En el duelo se presentan todas estas características, excepto la última. El duelo es generalmente una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, tal como un ideal o la libertad, por ejemplo. El duelo no se considera un estado patológico y aún cuando la persona presenta desviaciones en su conducta normal, no es común que se ofrezca algún tipo de tratamiento confiando en que al paso del tiempo el individuo mejorará por sí solo. En la melancolía el paciente percibe su Yo como indigno de toda estimación, moralmente condenable e incapaz de algún rendimiento. Espera y justifica

el rechazo de los demás, estos síntomas se asocian con insomnio e inapetencia. Otra característica de la melancolía es la regresión de la carga del objeto a la fase oral del desarrollo de la libido, que corresponde al narcisismo. En el cuadro clínico de la melancolía predomina el descontento con el propio Yo. Así una parte del Yo se enfrenta a la otra y la valora críticamente, como si fuera un objeto, a esta parte crítica se le conoce como conciencia moral y pertenece junto con la censura de la conciencia y el examen de realidad a las funciones del Yo. El sufrimiento que presenta el melancólico y que al parecer disfruta, significa las satisfacciones de tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero retraídas al Yo. La carga erótica del melancólico, tiene un doble destino. Una parte retrocede hasta la identificación y la otra hasta una fase sádica, presentando una ambivalencia. Esta fase sádica explicaría la tendencia al suicidio, puesto que la angustia generada por una amenaza de muerte libera una gran carga de libido narcisista.

d) Teorías Psicosociales.

Según Heinze (2000), existen estudios en primates que han permitido desarrollar un modelo de depresión basado en el aislamiento, al parecer la pérdida de los lazos sociales, en periodos críticos del desarrollo, aumenta el riesgo de presentar episodios de depresión mayor. Se ha intentado valorar el efecto de los sucesos estresantes sobre la salud mental de niños y adultos, pero no se ha podido llegar a alguna conclusión pues un determinado suceso puede ser estresante para una persona mientras que para otra no.

Por su parte, Vallejo (1996) menciona que Brown y Harris (1978), realizaron un trabajo que permitió desarrollar una teoría psicosocial de la depresión. En este modelo se dio una gran importancia a ciertos factores que consideraron precipitantes, como son una pobre relación interpersonal de pareja, presencia en el hogar de tres hijos o más menores de 14 años y las pérdidas parentales antes que los hijos cumplan 11 años. Si bien estos factores han sido cuestionados, a pesar de ello con frecuencia se ha demostrado su presencia en el año previo al inicio de un cuadro depresivo (Vallejo, 1996).

Brage y Meredith, citados en Trejo (2003), señalan que del 10 al 20% de las personas adultas, en algún momento de su vida, presentan síntomas depresivos y que estos síntomas frecuentemente están relacionados con trastornos de tipo afectivo que condicionan una alteración en la capacidad del individuo y que se manifiesta no solo con tristeza, sino que repercute además en la incapacidad para dar y recibir afecto de las personas que los rodea. Así, estos autores interpretaban a la depresión como una alteración en la capacidad para captar, sentir y manifestar sus afectos (Trejo, 2003).

3.5 Síntomas generales de la Depresión.

El DSM-IV (1995) especifica los síntomas para los diversos tipos de episodios depresivos, para los fines de este trabajo nos enfocaremos al episodio depresivo en general, entendiendo que en cada individuo se puede presentar un ramillete distinto de síntomas. Por ejemplo, se debe presentar ánimo depresivo la mayor parte del día, el estado de ánimo también puede ser irritable, con presencia de llanto, baja autoestima, disminución

importante del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o en casi todas las actividades, puede presentarse también pérdida de peso sin hacer régimen alimenticio o aumento de peso, también puede existir pérdida o aumento del apetito, presencia de alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor observable por otras personas, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, sentimientos de desesperanza, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, también se puede presentar deterioro social y laboral; estos síntomas deben presentarse durante 2 meses o más.

CAPITULO IV. MÉTODO.

4.1 Pregunta de investigación.

¿Cuál será el tipo y nivel de ansiedad, y cuál el nivel de depresión que presenta un grupo de madres maltratadoras, comparado con un grupo de madres no maltratadoras?

4.2 Objetivo General.

Evaluar el nivel de ansiedad y depresión en un grupo de madres maltratadoras contra un grupo de madres no maltratadoras.

4.3 Objetivos Específicos.

Determinar los niveles de ansiedad, ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión en el grupo de madres maltratadoras.

Determinar los niveles de ansiedad, ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión en el grupo de madres no maltratadoras.

Analizar los niveles de ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión de ambos grupos.

Comparar los niveles de ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión de ambos grupos.

4.4 *Hipótesis.*

H_i: El nivel de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión del grupo de madres maltratadoras será más alto que el del grupo de las madres no maltratadoras.

H_o: el nivel de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión del grupo de madres maltratadoras no será más alto que el del grupo de las madres no maltratadoras.

4.5 *Variables.*

Definición conceptual.

Variables Dependientes.

Ansiedad: estado emocional que consiste en sentimientos displacenteros, percibidos conscientemente, de nerviosismo, tensión y aprensión con acciones asociadas o activación del sistema nervioso autónomo; la persona con frecuencia responde a sus sentimientos con pensamientos, palabras o acciones que parecen inapropiados, perturbados, irracionales o desorganizados (Spielberger, 1979).

Ansiedad Rasgo: se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a

responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado (Spielberger y Díaz, 1975).

Ansiedad Estado: es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Spielberger y Díaz, 1975).

Depresión: es un trastorno psicológico que afecta al cuerpo, el humor y el pensamiento, con alteraciones en la alimentación y el sueño, en los sentimientos hacia uno mismo y en los pensamientos sobre las cosas. La gente con depresión no puede sentirse mejor por sí misma, requiere de tratamiento. Los síntomas pueden durar por semanas, meses o años. Las investigaciones recientes han demostrado que la etiología de la depresión se asocia a una combinación de factores genéticos, psicológicos y medio ambientales (Slotnick, 2000).

Variables Independientes.

Madre maltratadora: Es aquella madre que incurre en acciones de maltrato. Maltrato es cualquier daño físico o psicológico no accidental a un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales o de negligencia, omisión o comisión, que amenazan al desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño (Santamaría, 1993).

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

Definición operacional.

VARIABLES DEPENDIENTES.

Ansiedad: Puntaje que se obtiene a través de la evaluación en el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE), de Spielberger.

Ansiedad rasgo: Puntaje que se obtiene a través de la evaluación en la escala de ansiedad rasgo en el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE), de Spielberger.

Ansiedad estado: Puntaje que se obtiene a través de la evaluación en la escala de ansiedad estado en el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE), de Spielberger.

Depresión: Puntaje obtenido a través de la evaluación en la Escala de Depresión de Zung.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Madre Maltratadora: Puntaje mayor a 215 puntos obtenido a través de la evaluación en la Escala de Detección de Madres Maltratadoras (EDMM).

Madre no maltratadora: Puntaje menor a 214 puntos obtenido a través de la evaluación en la Escala de Detección de Madres Maltratadoras (EDMM).

4.6 *Participantes.*

En este trabajo se empleó una muestra no probabilística por conveniencia constituida por dos grupos:

- a) Un grupo de 30 madres maltratadoras.
- b) Un grupo de 30 madres no maltratadoras.

4.7 *Tipo de estudio.*

Se trata de un estudio de tipo descriptivo cuyo valor máximo es medir y describir con la mayor precisión posible un evento o fenómeno a nivel comparativo y con un enfoque mixto y dividido en dos etapas (Hernández y cols, 2003).

4.8 *Instrumentos.*

Para determinar si las madres eran maltratadoras o no maltratadoras se utilizó la Escala para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente (EDMM), de Pérez Espinosa, la cual consta de:

- Cuestionario.
- Clave de calificación.

Esta escala es autoaplicable individualmente o en grupo. Se trata de un instrumento multidimensional de 107 reactivos divididos en 6 factores que agrupan de 5 a 11 variables con cargas mayores o iguales a 0.40. dichos factores explican el 57% de la varianza total y una alta consistencia interna (97%). La escala valora dos componentes principales, el maltrato físico con 24 reactivos y maltrato emocional con 83 reactivos. Cada reactivo cuenta con 4 opciones de respuesta: nunca (1 punto), a veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos).

Para la calificación del instrumento es necesario obtener las puntuaciones totales de las opciones de respuestas y se procede a clasificar el puntaje en dos categorías: de 107 a 214 puntos= sin maltrato y de 215 a 428 puntos= maltrato. Posterior a este análisis, es posible determinar si el maltrato ejercido es físico, emocional o una combinación de ambos, para ello es necesario sumar las puntuaciones de las respuestas de los 24 reactivos de maltrato físico y por separado sumar las puntuaciones de las respuestas de los 83 reactivos de maltrato emocional y clasificarlos en dos categorías para cada rubro. Para el maltrato físico: de 24 a 48= sin maltrato y de 49 a 96 puntos= maltrato, mientras que para el maltrato

emocional las categorías son: de 83 a 166 puntos= sin maltrato y de 167 a 332 puntos= maltrato (Ver anexo 1) (Pérez, 2007).

Para evaluar el nivel de ansiedad rasgo-estado de las madres maltratadoras y no maltratadoras se usó el Inventario de Ansiedad rasgo-estado para adultos (IDARE), de Spielberger, el cuál consta de:

- Manual e instructivo del cuestionario.
- Clave de clasificación.
- Hoja de respuestas.

Este cuestionario es autoaplicable individualmente o en grupo. Es un instrumento que contiene 40 reactivos tipo Lickert sobre diversas situaciones, en las cuales la persona puede presentar ansiedad. Consta de 20 ítems para su forma estado y 20 para su forma rasgo, cada rango está basado en una escala de 4 puntos que van del 1 al 4 (Ver anexo 2).

Construido por C. Spielberger y cols. (1975), este instrumento muestra una consistencia interna muy buena (entre 0.90 y 0.93 en ansiedad estado y entre 0.86 y 0.92 para ansiedad rasgo) que nos dan un buen índice de confiabilidad. En cuanto a la validez se hizo un estudio para correlacionar el IDARE con otras 3 pruebas: IPAT de Catell y Scheider, TMAS de Taylor y el AACL de Zuckerman, los resultados arrojados son los siguientes:

Escala de	Mujeres(N=126)	Varones(N=80)	Pacientes(N=66)
Ansiedad	IDARE	IDARE	IDARE

IPAT	0.75	0.76	0.77
TMAS	0.80	0.79	0.83
AACL	0.52	0.58	-----

Tabla 1. Resultados de la correlación entre el IDARE, el IPAT, el TMAS y el AACL.

Para evaluar el nivel de depresión de las madres maltratadoras y no maltratadoras se empleó la Escala de Autoevaluación de la Depresión, de W. W. Zung (1965), la cuál consta de:

- Manual e instructivo de la escala.
- Plantilla de calificación.
- Hoja de respuestas.

Este cuestionario es autoaplicable individualmente o en grupo. Es un instrumento compuesto por 20 reactivos tipo Lickert sobre diversas situaciones, en las cuales la persona puede presentar depresión. Los 20 ítems están basados en una escala de 4 puntos con valores de: 1 a 4 para el sentido negativo con 10 ítems y de 4 a 1 para el sentido positivo para 10 ítems (Ver anexo 3).

Elaborado por Zung (1965), este instrumento cuenta con una confiabilidad muy buena, los índices por método de dos mitades son de 0.70 y 0.80, y los índices de Cronbach entre 0.79 y 0.92.

En cuanto a la validez, los índices de correlación con otras escalas (Hamilton y Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Su índice de sensibilidad es de 85% y especificidad de 75% cuando se aplica en población general.

4.9 *Procedimiento.*

Después de plantear los objetivos y preguntas de investigación se hizo la aplicación de la Escala de Detección de Madres Maltratadoras a un grupo de madres para determinar si son madres maltratadoras o no maltratadoras. Posterior a la calificación de la escala EDMM se formaron 2 grupos, el primero de 30 madres maltratadoras y el segundo de 30 madres no maltratadoras. Y se realizó la aplicación individual del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (IDARE) y la Escala de Depresión de Zung a las 30 madres maltratadoras y a las 30 madres no maltratadoras. Durante la aplicación de los cuestionarios se les pidió a ambos grupos de madres que proporcionaran datos como la edad, el estado civil, el nivel de estudios y su ocupación. Posterior a la aplicación de pruebas se realizó la calificación, captura y clasificación de los datos obtenidos en ambos cuestionarios (IDARE y ZUNG). Se obtuvo el promedio del nivel de ansiedad rasgo para ambos grupos, el promedio del nivel de ansiedad estado para ambos grupos y el promedio del nivel de depresión de cada grupo. Además se obtuvieron las frecuencias para la ansiedad rasgo y ansiedad estado de cada grupo de madres y se realizaron las siguientes correlaciones que permitieron dar respuesta a las preguntas de investigación: una prueba “t” para los niveles de ansiedad y depresión de ambos grupos, correlación de Pearson entre niveles de ansiedad y depresión del grupo completo y correlación de Pearson entre niveles de ansiedad y

depresión de ambos grupos por separado. Acto seguido se realizaron las tablas y gráficas correspondientes al análisis de frecuencias de las tres variables, además de los datos sociodemográficos y para las correlaciones efectuadas.

Los datos obtenidos se analizaron para cada uno de los grupos y finalmente, se compararon ambos grupos para obtener las conclusiones del estudio.

CAPITULO V. RESULTADOS.

Según Gaxiola (2005), la ansiedad y la depresión, se encuentran vinculados al maltrato de los padres hacia sus hijos. Los padres, y en especial la madre, no pueden estar siempre emocionalmente accesibles, es “normal” que las madres les griten algunas veces a sus hijos y a la mayoría de ellos alguna vez los han nalgueado con la mano. Según Foward (1989), frecuentemente los niños pueden superar alguno que otro estallido de cólera, cuando se compensa con el amor y comprensión necesarios. Sin embargo, hay otros padres cuyas pautas de comportamiento negativas son constantes y se convierten en una influencia dominante en la vida de un niño. El autor se refiere a los padres que infligen traumas a sus hijos, maltratándolos y denigrándolos, física y emocionalmente.

Respecto al maltrato, en esta investigación se evaluó el nivel de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión en un grupo de madres maltratadoras en comparación con un grupo de madres no maltratadoras. Se aplicaron tres instrumentos: el EDMM para determinar si las madres eran maltratadoras o no, el IDARE para determinar el tipo y el nivel de ansiedad de cada grupo y el ZUNG para determinar el nivel de depresión de ambos grupos.

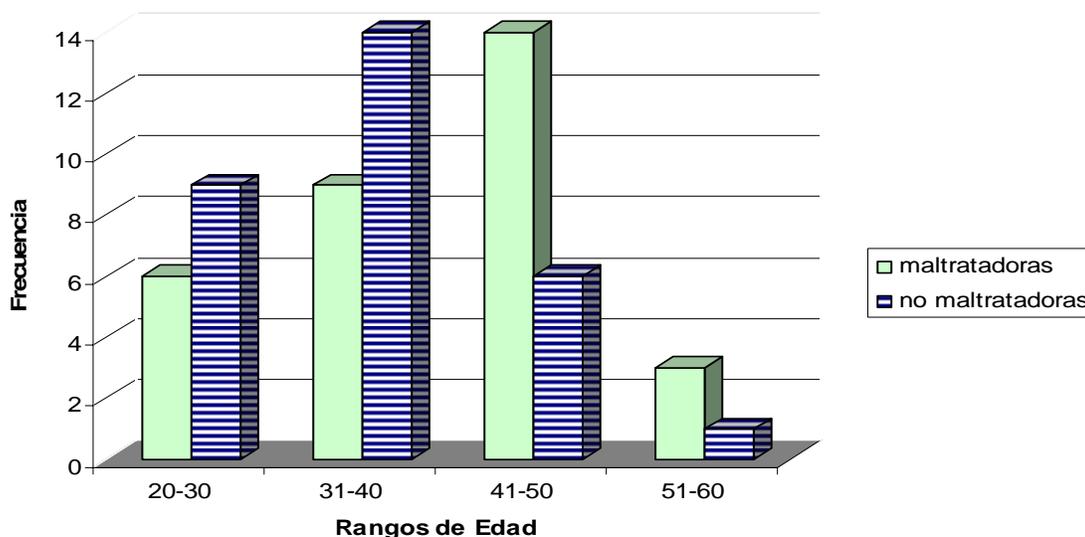
Primero se presentan los resultados de los datos sociodemográficos de la muestra que se obtuvieron durante la aplicación de las pruebas. Posteriormente se incluyen los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

Con la finalidad de dividir a la muestra en 2 partes (madres maltratadoras y no maltratadoras), se realizó la aplicación de la Escala EDMM, donde el grupo de madres consideradas maltratadoras fueron aquellas que obtuvieron una puntuación total mayor a 215 puntos en la EDMM y el grupo de madres no maltratadoras lo integraron quienes obtuvieron una puntuación menor a 214 puntos en la EDMM; cada grupo quedó formado por 30 sujetos.

Para realizar el análisis estadístico, se utilizó el programa por computadora SPSS (Statistical package for social science) para Windows, versión 11.0. En cuanto al análisis de los datos sociodemográficos de ambos grupos de madres se obtuvieron los siguientes resultados.

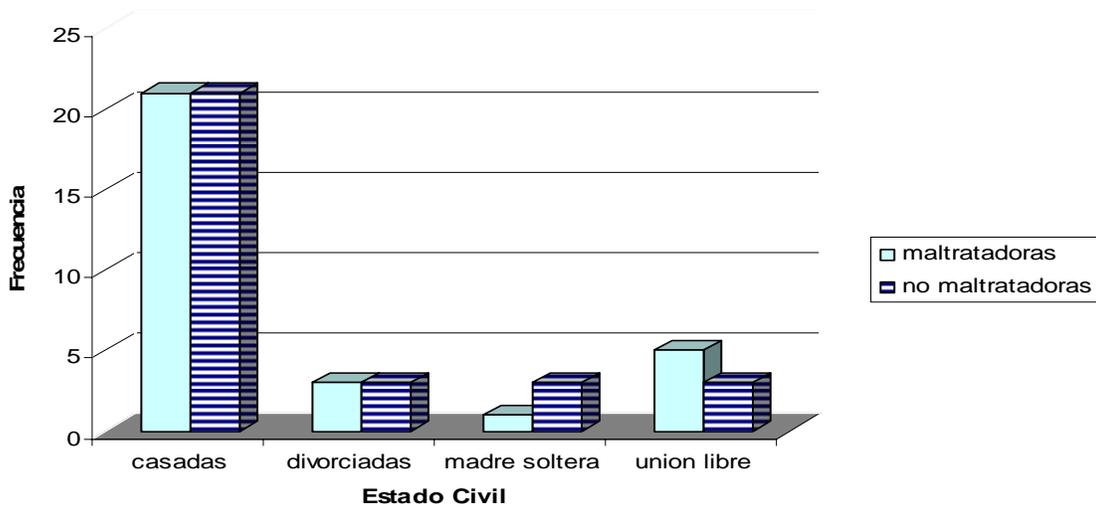
5.1 Datos sociodemográficos.

Gráfica 1. Distribución por edad en madres maltratadoras y madres no maltratadoras.



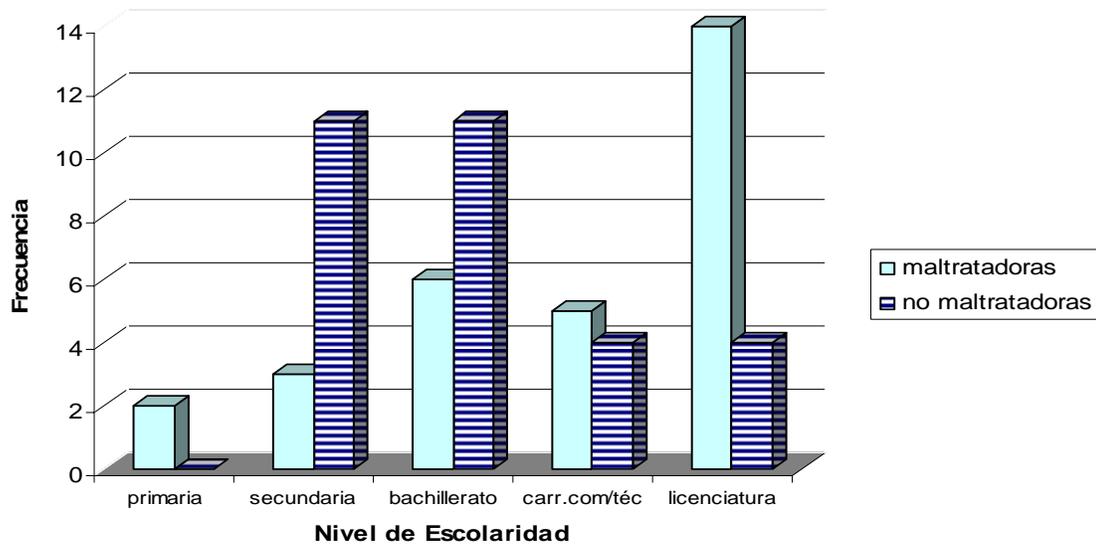
Tal y como se puede observar en la gráfica anterior, para el grupo de madres maltratadoras la distribución se concentra en los rangos de 31-40 y 41-50 años; con una media grupal de $\bar{x}=39.9$ años. Mientras que para el grupo de madres no maltratadoras la distribución se concentra en los rangos de 20-30 y 31-40 años; con una media grupal de $\bar{x}=34.7$ años.

Gráfica 2. Distribución del estado civil para madres maltratadoras y no maltratadoras.



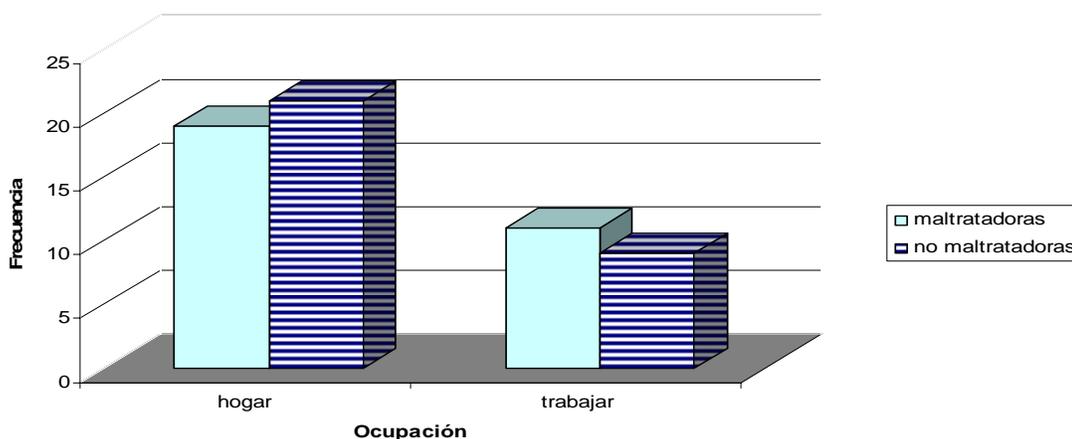
En cuanto al estado civil, la gráfica 2 permite observar que en la mayoría de los casos se trata de madres casadas, con un 70% de casos para cada grupo.

Gráfica 3. Distribución de escolaridad en madres maltratadoras y no maltratadoras.



En la gráfica 3 se observa que el grupo de madres maltratadoras obtuvo mayor puntaje para nivel licenciatura, con el 46.6 % mientras que el grupo de no maltratadoras el nivel de mayor puntaje fue de secundaria y bachillerato con 36.6% cada uno.

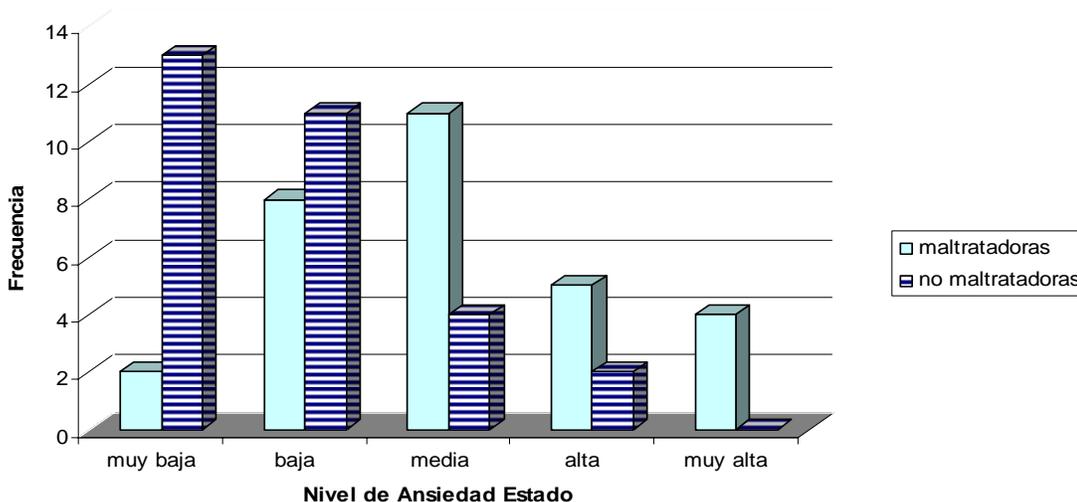
Gráfica 4. Distribución de la ocupación en madres maltratadoras y no maltratadoras.



En la gráfica se observa que para ambos grupos la mayor frecuencia está en dedicarse al hogar, para las madres maltratadoras un 60% y para las no maltratadoras un 70% de los casos, cabe destacar que anteriormente se mencionó que la mayoría de las madres maltratadoras tuvieron un nivel de escolaridad de licenciatura, lo que significa, la mayoría de las madres son profesionistas pero se dedican al hogar.

5.2 Datos correspondientes a los niveles de ansiedad y depresión.

Gráfica 5. Distribución de los niveles de ansiedad estado en madres maltratadoras y no maltratadoras.

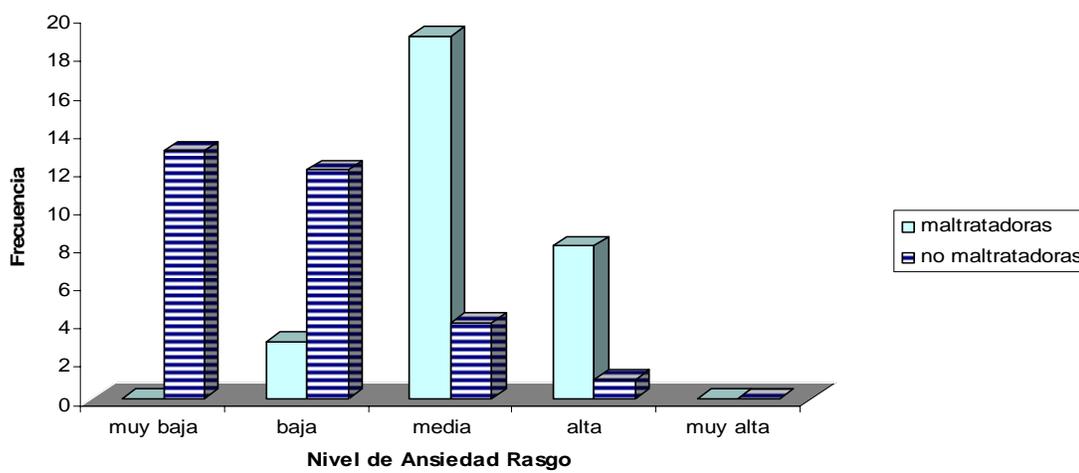


Según Spielberger (1975), la ansiedad estado es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad transitoria pueden variar de intensidad, duración y fluctuar a través del tiempo, con lo que el estado de ansiedad se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado.

En la gráfica 5 se puede observar que para el grupo de madres maltratadoras la mayor frecuencia de ansiedad está entre los niveles baja (26.6%) y media (36.6%); mientras que para el grupo de madres no maltratadoras la mayor frecuencia se encuentra en los niveles muy baja (43.3%) y baja (36.6%), observando de manera particular que si bien hay poca

ocurrencia de sujetos con niveles de ansiedad alta, existe mayor frecuencia en estos niveles de madres maltratadoras.

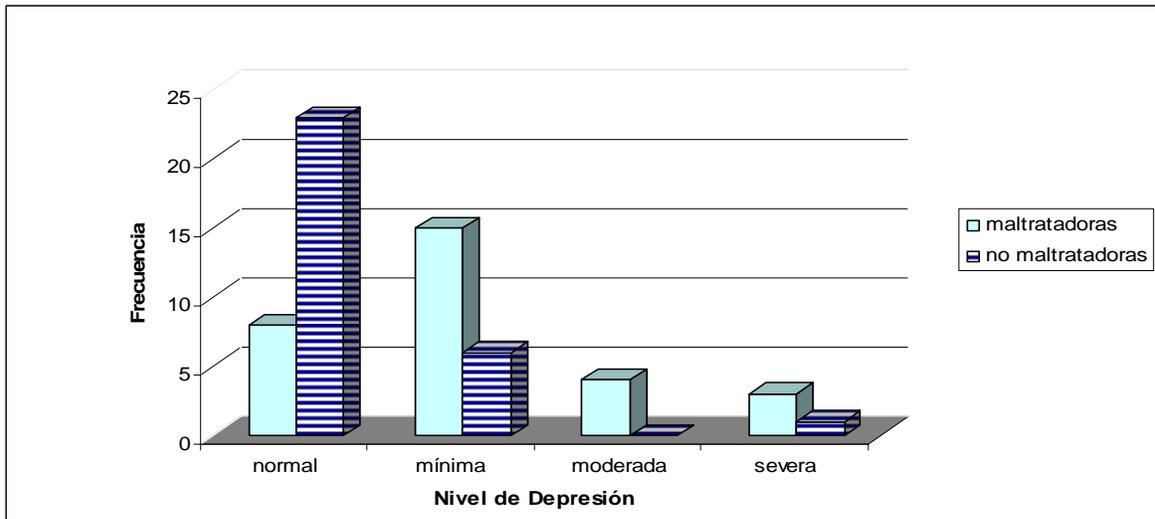
Gráfica 6. Distribución de la ansiedad rasgo en madres maltratadoras y no maltratadoras.



La ansiedad rasgo se conceptualiza como las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad; es decir, las diferencias entre las personas respecto a la tendencia a responder ante situaciones estimulantes con diferentes elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.

Tal y como se observa en la gráfica anterior, en el grupo de madres maltratadoras la mayor frecuencia estuvo en el nivel de ansiedad rasgo medio (63.3%); mientras que para el grupo de no maltratadoras estuvo entre muy baja (43.3%) y baja (40.0%). Cabe destacar que para ambos grupos no se obtuvo puntaje en el nivel muy alto de ansiedad rasgo y no se obtuvo ningún caso de nivel muy bajo para las madres maltratadoras.

Gráfica 7. Distribución de los puntajes de depresión en madres maltratadoras y no maltratadoras.



La gráfica 7 muestra que en el caso de las madres maltratadoras la mayor frecuencia se obtuvo en el nivel mínimo (50.0%); en tanto que, para el grupo de madres no maltratadoras se encuentra en normal (76.6%). Cabe destacar que para el grupo de madres no maltratadoras hubo 1 caso (3.3%) que puntuó en el nivel de depresión severa.

El análisis de los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión de ambos grupos permitió identificar que, efectivamente las madres maltratadoras presentan mayores niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión si bien estas diferencias fueron mínimas consideramos necesario a realizar un análisis detallado para determinar si las diferencias encontradas entre las puntuaciones de ambos grupos son estadísticamente significativas. Para este análisis se empleó la Prueba “t” de Student de comparación de medias, a partir de la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Prueba “t” de los niveles de ansiedad estado, rasgo y depresión en mm y nm.

Variable	Grupo	Media	S	GI	Dif	“t”	Sig
Ansiedad Estado	Madres	49.53	13.41	58.0	14.13	4.64	.000
	Maltratadoras						
	Madres no	35.4	9.91				
	Maltratadoras						
Ansiedad Rasgo	Madres	51.93	8.15	58.0	17.00	7.55	.000
	Maltratadoras						
	Madres no	34.93	9.23				
	Maltratadoras						
Depresión	Madres	55.00	11.62	58.0	10.66	3.70	.000
	Maltratadoras						
	Madres no	44.33	10.64				
	Maltratadoras						

En la Tabla 1 se muestran los resultados de la Prueba “t” para los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión de las madres maltratadoras y no maltratadoras, se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para cada una de las variables: ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión, lo cual corrobora que las madres maltratadoras son quienes reportan niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión en comparación con el grupo de madres consideradas no maltratadoras.

Finalmente, se efectuó el análisis de correlación entre variables para determinar si existe asociación entre la ansiedad estado y/o rasgo con respecto a la depresión. De manera particular cabe señalar que dado que el objetivo de la investigación fue establecer diferencias entre los grupos de madres participantes (*maltratadoras* – *no maltratadoras*) se realizó posteriormente un análisis de correlación entre variables (ansiedad y depresión) de manera diferenciada entre los grupos.

Tabla 2. Correlación de Pearson entre ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión, grupo completo.

Variables	N	Correlación	Sig
Ansiedad Rasgo- Depresión	60	.746 (**)	.000
Ansiedad Estado- Depresión	60	.743 (**)	.000
Ansiedad Rasgo- Ansiedad Estado	60	.761 (**)	.000

** Correlación significativa al .001 (2 colas)

En la Tabla 2 se observa la correlación de Pearson entre las variables ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión. La tabla indica que existe una correlación estadísticamente significativa y alta entre las tres variables, con los siguientes resultados: entre ansiedad rasgo y depresión $r = 0.746$ ($\alpha = .000$), entre ansiedad rasgo y ansiedad estado $r = 0.761$ ($\alpha = .000$) y entre ansiedad estado y depresión $r = 0.743$ ($\alpha = .000$), estas correlaciones indican que a mayor nivel de ansiedad estado y/o rasgo mayor nivel de depresión y a menor nivel de ansiedad estado y/o rasgo menor nivel de depresión.

Posteriormente se determinó si la relación estadísticamente significativa y alta que se observa en la muestra general, puede ser observada en cada uno de los grupos (*maltratadoras – no maltratadoras*), para lo cual se utilizó la prueba de correlación de Pearson de manera independiente (*grupo*), obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 3. Correlación de Pearson entre ambos grupos de madres y niveles de ansiedad estado, rasgo y depresión.

Grupo	Variabes	N	Correlación	Sig.
Maltratadoras	Ansiedad Rasgo- Depresión	30	.700 (**)	.000
No maltratadoras	Ansiedad Rasgo- Depresión	30	.680 (**)	.000
Maltratadoras	Ansiedad Estado- Depresión	30	.721 (**)	.000
No maltratadoras	Ansiedad Estado- Depresión	30	.605 (**)	.000
Maltratadoras	Ansiedad Rasgo- Ansiedad Estado	30	.709 (**)	.000
No maltratadoras	Ansiedad Rasgo- Ansiedad Estado	30	.612 (**)	.000

** Correlación significativa al: 0.001 (2 colas).

La Tabla 3 muestra las correlaciones entre los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión por grupo de madres. Se encontró un nivel de correlación alto para las tres variables del grupo de madres maltratadoras; entre ansiedad rasgo y depresión la correlación fue de $r = 0.700(\alpha = .000)$, para ansiedad rasgo y ansiedad estado fue de $r = 0.709(\alpha = .000)$ y entre depresión y ansiedad estado fue de $r = 0.721(\alpha = .000)$. Mientras que para el grupo de madres no maltratadoras se obtuvieron correlaciones medias, es decir, entre ansiedad rasgo y depresión la correlación fue de $r = 0.680(\alpha = .000)$, entre ansiedad

rasgo y ansiedad estado fue de $r = 0.612$ ($\alpha = .000$) y entre depresión y ansiedad estado fue de $r = 0.605$ ($\alpha = .000$). Estos datos permiten establecer que los niveles altos de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión se relacionan directamente con el maltrato; mientras que los niveles bajos de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión están relacionados con no maltratar o con maltratar menos.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

6.1 Discusión.

Uno de los objetivos de este trabajo fue determinar el nivel y el tipo de ansiedad, ya sea ansiedad rasgo o ansiedad estado, por medio del IDARE de Spielberger, por estar asociado a aspectos de depresión en los grupos de madres maltratadoras y compararlo con un grupo de madres no maltratadoras. Otro de los objetivos fue determinar mediante el Inventario de Depresión de Zung si el grupo de madres maltratadoras que acuden al Centro de Atención Psicoterapéutica presenta un nivel de depresión mayor en comparación al grupo de madres no maltratadoras.

Según Marcovich en 1981 (citado en Pérez, 1986) la edad promedio de los agresores fluctuaba entre los 25 y 29 años mientras que en esta investigación la media de la edad del grupo de madres maltratadoras fue de 39.9 años, esta diferencia puede deberse a la manera de elegir la muestra en esta investigación y tal vez por diferencias económicas, sociales y culturales.

Por otro lado, en este estudio se encontró que tanto en el grupo de madres maltratadoras como en el de madres no maltratadoras el estado civil predominante fue casada. En cuanto a la escolaridad y la ocupación, la mayor frecuencia en el grupo de maltratadoras lo obtuvieron las madres con licenciatura y que se dedican al hogar, mientras que en el grupo de no maltratadoras la mayor frecuencia fue el nivel secundaria y bachillerato, y madres que se dedican al hogar. Es posible que las madres maltratadoras, al tener un nivel de

estudios más elevado, pero tal vez frustrado por diversas situaciones, funcione como un detonador para elevar los niveles de ansiedad estado-rasgo y depresión y entonces desembocar en maltrato hacia los hijos. Aunque este detonador tal vez no aplique para las madres que pese a tener un elevado nivel de estudios decidieron por convicción dedicarse al hogar y maltratan a sus hijos, aunque en ciertas investigaciones (Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999; Browns y cols, 1998), se encontró una asociación entre bajos logros académicos y maltrato infantil. Lo cual sería interesante abordar en futuras investigaciones.

Por otra parte, el grupo de madres maltratadoras, obtuvo un promedio final de ansiedad estado nivel medio, con una puntuación grupal promedio de 47.4, según Spielberger (1975), este tipo de ansiedad es un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo que varía de intensidad y fluctúa a través del tiempo. Para el grupo de madres no maltratadoras el promedio final registrado se ubicó en un nivel bajo de ansiedad estado, con una puntuación grupal promedio de 35.4, es decir, 12.0 puntos por debajo del nivel que obtuvo el grupo de madres maltratadoras, quienes evidentemente resultaron más ansiosas.

En el nivel de ansiedad rasgo el promedio final del grupo de maltratadoras es nivel medio, con una puntuación grupal promedio de 51.9, según Spielberger (1975) estas madres suelen responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de los síntomas de la ansiedad estado. El nivel promedio de ansiedad rasgo para las madres no maltratadoras fue el nivel bajo, con una puntuación grupal promedio de 34.9, es decir, 17.0 puntos por debajo del nivel que obtuvo el grupo de madres maltratadoras, quienes

responderán con una mayor elevación en la ansiedad estado cuando perciban una situación como estresante o amenazante.

Finalmente, en el grupo de madres maltratadoras el nivel de depresión promedio fue mínimo con una puntuación grupal promedio de 55.0. Mientras que el nivel de depresión promedio para las no maltratadoras fue el nivel normal, con una puntuación grupal promedio de 44.3, es decir, que no presentan síntomas depresivos significativos, o sea, 5.7 puntos por debajo del nivel que obtuvo el grupo de madres maltratadoras, quienes evidentemente resultaron más depresivas.

Mediante el análisis de correlación se encontró que en las madres maltratadoras la diferencia entre los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión son significativos y altos ($\alpha=.000$), es decir, la madre considerada maltratadora efectivamente maltrata más que aquella que se consideró no maltratadora. Aunque también se pudo constatar que las madres ansiosas efectivamente maltratan más que las madres solo deprimidas. Finalmente se obtuvieron datos significativos y altos ($\alpha=.000$) en la correlación para determinar que a mayor nivel de ansiedad estado y/o rasgo, el nivel de depresión será mayor y como una consecuencia ocurre el maltrato, y viceversa, a menor nivel de ansiedad estado y/o rasgo, el nivel de depresión será menor y como una consecuencia no existe maltrato o se da en menor proporción. Decimos “en menor proporción” pues la escala que permitió clasificar a las madres como maltratadoras y no maltratadoras (EDMM) no cuenta con un apartado para comprobar que la persona contesta sin mentir, además de que resulta

muy efectiva para clasificar el maltrato físico, pero un poco menos para maltrato emocional, además cabría añadirle ítems efectivos para otros tipos de maltrato.

6.2 Conclusiones.

La importancia de realizar este trabajo de investigación, radica en la relevancia de la madre como objeto de vínculo primario y esencial en el desarrollo del niño, cuando este vínculo se deteriora por situaciones de maltrato también se ve afectado el desarrollo del menor. En lo que respecta a la presente investigación, se pudo corroborar que las personas que acuden a pedir ayuda por maltrato son en su mayoría las madres.

De acuerdo a esto podemos concluir que las madres maltratadoras que participaron en este trabajo son mujeres con un promedio de edad de 39 años, casadas y que se dedican al hogar a pesar de tener una licenciatura. Mientras que las madres no maltratadoras, aunque también se dedican al hogar, solo tienen un nivel de estudios de secundaria o bachillerato. Lo cual nos hace pensar que la posible frustración de no poder ejercer una carrera funciona como un detonador para elevar los niveles de ansiedad estado, rasgo y depresión para desembocar en maltrato hacia los hijos, y a su vez este detonador tal vez no aplique para las madres que a pesar de tener una licenciatura decidieron, por convicción, dedicarse al hogar y aun así maltratan a sus hijos.

Además, las madres maltratadoras tienden a estar más ansiosas y más deprimidas que las madres no maltratadoras. Y se encontró que existe una relación estadísticamente

significativa y alta entre presentar niveles de ansiedad y depresión y ejercer maltrato hacia los hijos.

En general, podemos identificar que una madre que se reconoce como maltratadora es más ansiosa y ligeramente más depresiva. De acuerdo a esto también podemos suponer que maltrata más una madre ansiosa que una madre solo deprimida. Por lo que la ansiedad jugaría un papel de mucha importancia en cuanto a los factores que pueden desencadenar el maltrato infantil en este grupo de madres.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que la madre considerada maltratadora efectivamente maltrata más que aquella que se considero como no maltratadora. Por otro lado concluimos que a mayor nivel de ansiedad estado y/o rasgo, el nivel de depresión será mayor y como consecuencia ocurre el maltrato, y viceversa, a menor nivel de ansiedad estado y/o rasgo, el nivel de depresión será menor y como consecuencia no existe maltrato o se da en menor proporción. Decimos en “menor proporción” por las limitaciones mencionadas en la discusión sobre la escala EDMM.

Cabe señalar también, con respecto a la prueba EDMM y los resultados de esta investigación que las madres no maltratadoras no son profesionistas y que se dedican al hogar, entonces, pudiera ser que las madres con un nivel de estudios más elevado (licenciatura) ejercen maltrato más “refinado”, maltrato que “no se ve”, y esto puede ser otro factor, además de mentir al contestar la prueba EDMM, que limite la clasificación de

las madres como maltratadoras o no maltratadoras y esto a su vez dificulte llegar a una conclusión sobre si las madres no maltratadoras de verdad no maltratan o solo maltratan menos, pues, según Marcovich (1981), todas las madres tienen la potencialidad para maltratar o abusar de sus hijos en algún momento de su vida.

En la literatura (Martínez, 1993; Pérez, 2004 y Arraubarrena, 1990) se encontró que existen una serie de factores de riesgo en cada familia en interjuego con factores compensatorios, cuando los factores de riesgo se imponen se desencadena la situación de maltrato. Por su parte Kempe y Helfer en 1968, (citados en Martínez 1993), especificaron que para que se de la situación de maltrato es necesaria la presencia de tres elementos: un niño percibido como inapropiado, una persona con potencial para maltratar y una serie de situaciones que precipiten el maltrato, como situaciones estresantes o, como encontramos en esta investigación, desencadenantes de ansiedad y depresión.

Diversos autores (Teti y Gelfand, 1992; Frías, 2002; Douglas, 2000; Canton, 1997; Casado, 1997; Brown y cols, 1998; Chaffin, 1996, Kaplan, Pelcovitz y Cabruna, 1999; Simona et. al, 1991, citado en Gaxiola, 2005; Olvera, 2004; Ethier, 1995; Wiehe, 1996; Gaxiola, 2005; entre otros) encontraron que la ansiedad y la depresión materna, entre otros factores, está directamente relacionada con el abuso infantil, es decir, que una característica psicológica de las madres maltratadoras constituye una mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad y de depresión, hecho que corroboran los datos encontrados en esta investigación.

Resultados de otras investigaciones (MacMillian, 2001; Lansford, 2002; citados en Gaxiola, 2005; Douglas, 2000; Gaxiola, 2005, Lewin, 2000; entre otros) establecen que la historia de abuso en las madres es un predictor de los estados posteriores de ansiedad y depresión y aunque en esta investigación no se consideró la historia de abuso en las madres como una variable, si se puede concluir que esos estados de ansiedad y depresión, provocados por el maltrato que ellas sufrieron, pueden desencadenar el maltrato actual hacia sus hijos, además de que sería muy interesante verificar como se relaciona la historia de maltrato o la historia de no maltrato en las madres maltratadoras y no maltratadoras.

Por otro lado, suponemos que hay algunas variables, que no fueron consideradas en este estudio, que provocan o desencadenan ansiedad y depresión en las madres no maltratadoras pero que no tienen que ver con el maltrato. En este punto también podría hablarse de un factor de protección en el que, a pesar de la ansiedad y la depresión, la madre no maltrata; por decirlo de algún modo, controla sus impulsos ansiosos y/o sus síntomas depresivos para encausarlos en una situación distinta al maltrato hacia sus hijos. Aspecto que tiene que ver con los recursos psicológicos de que disponen las madres para enfrentar, controlar y sublimar la ansiedad.

En un estudio realizado por la SEP en el 2001, se considera que la violencia es multicausal, es decir, que diversos factores contribuyen para que este problema se reproduzca en la sociedad, y aunque en este trabajo se concluye que los niveles significativos de ansiedad y depresión desencadenan el maltrato es evidente que falta involucrar otros factores que también se relacionan o puedan desencadenar el maltrato hacia los niños, como la historia

de abuso en la madre; el nivel económico, número total de hijos, baja autoestima materna, abuso de sustancias por parte de la madre, padecer alguna enfermedad mental, entre otras.

6.3 Limitantes y sugerencias.

Las limitantes del estudio son: el tamaño de la muestra, la EDMM descarta muy bien el maltrato físico pero menos otros tipos de maltrato, cuestión que puede influir en el momento de clasificar a las madres como maltratadoras o no maltratadoras, la EDMM no cuenta con una escala que permita verificar la validez de las respuestas, para así corroborar que efectivamente las madres son clasificadas en el grupo que corresponde y el origen multicausal de la ansiedad, la depresión y el maltrato mismo.

Las sugerencias del estudio son: aumentar el tamaño de la muestra, elaborar ítems que permitan clasificar más tipos de maltrato con un buen nivel de validez y confiabilidad, añadir una escala que permita verificar la validez de los datos y respuestas de las madres, involucrar más variables que permitan detallar más el perfil y las características de una madre maltratadora y crear programas de prevención primaria para este sector vulnerable de la población.

BIBLIOGRAFÍA.

- Anthony, J. (1983). Parentalidad. Argentina. Ed. Amorrortu.
- Arraubarrena, M. (1994). Malos tratos en los niños en la familia. España. Ed. Pirámide.
- Beck, A, Rush, A, Shaw, B y Emery, G (1979). Cognitive therapy of depression. New York. Guilford, Press.
- Berro, R. (2001). La violencia como problema médico legal. Boletín del Instituto Interamericano del niño-OEA. 70: 11-20.
- Breton, S. (1998). La depresión. México, Ed. Planeta.
- Briones, S y Salinas, C. (1992). Actitudes paternas hacia el maltrato infantil. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
- Brown, J and cols. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect. 22:1065-1078.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. España. Ed. Paidós.
- Burguet, R. (1989). Aplicación de la teoría del aprendizaje social al cambio de conducta en niños maltratados. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
- Burin, M; Moncarz, E y Velázquez, S. (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Argentina: Editorial Paidós.
- Cabañas, M y Fregoso, P. (1995). Análisis desde la perspectiva de género de las tesis sobre el rol de la maternidad en la Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Cameron, J. (2001). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México. Ed. Trillas.

- Campos, O. (2004). El niño maltratado: un acercamiento a su problemática social. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza, UNAM.
- Canton, D. (1997). Malos tratos y abuso sexual infantil. España: Editorial Siglo XXI.
- Carlin, A. (1994). The effects of differences in objective definitions of childhood physical abuse on estimates of its prevalence and relationship to psychopathology. *Child Abuse and Neglect*. 18: 393- 399.
- Carlson, N. (1999). Fisiología de la conducta. España: Editorial Ariel S.A.
- Casado, F. (1997). Niños maltratados. España: Editorial Díaz de Santos.
- Chaffin, M., Kelleher, K, Hollenberg, J. (1996) Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*. 20 (3): 191-203.
- Chagoya F. y Maza, A. (1980). Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE. Antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de personas en salas de terapia intensiva. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Chodorow, E. (1984). El ejercicio de la maternidad. España: Editorial Gedisa.
- Cirillo, E. (1977). Niños maltratados, diagnóstico y terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Coohey, C. (1996). Child maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse and Neglect*. 20 (3): 241-254.
- Corral, V. (1995). Validity of a scale measuring beliefs regarding the positive effects of punishing children: A study of mexican mothers. *Child Abuse and Neglect*. 19: 324-351.
- De Mause, L. (1982). Historia de la infancia. España: Editorial Alianza.
- De Paul, J y Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*. 24:701-713.

Depression Guideline panel: Depression in primary care. (1993). Department of health and human services, agency for health care policy and research. 1: 26-33.

Deutsch, H. (1960). Psicología de la mujer. Tomo II. Argentina: Editorial Losada.

Dicaprio, N. (1995). Teorías de la personalidad. México: Editorial McGraw- Hill.

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

DSM-IV (1995). Manual de criterios diagnosticos. American Psychiatric Association. Washington, D.C. 161-217.

Egeland, B and cols. (1991). MMPI-2 Profiles of women at risk for child abuse. Journal of personality assessment. 57: 254-263.

Egeland, B y Stillman, S. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. Child Abuse and Neglect. 20 (11): 1123-1132.

Ethier, L, Palacio-Quintin, E, Jourdan I. (1992-1993) Abuse and neglect: Two distinct forms of maltreatment? Canada's Mental Health. 13-19.

Everingham, C. (1997). Maternidad. Mito y realidad. España: Editorial Narcea.

Forward, S y Buck, C. (1989). Padres que odian. España: Editorial Grijalbo.

Freud, A. (1985). El psicoanálisis y la crianza del niño. España: Editorial Paidós.

Freud, S (1917). Duelo y melancolía. Obras completas, tomo 11, Ensayo XCIII. Argentina.

Frias-Armenta, M. (2002). Long-term effects of child punishment on Mexican women: a structural model. Child Abuse and Neglect. 26: 371- 386.

Fromm, E. (1996). La familia. España: Editorial Peninsula.

- Gara, M; Rosenberg, S y Herzog, E. (1996). The abuse child as parent. Chile and Neglect. 20 (9): 797-807.
- García, H. (2004). Representaciones sociales e imaginarios de un grupo de docentes de enfermería UIS acerca del maltrato infantil y la generación de alternativas de transformación para prevenirlo. Informe final. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Gaxiola, J y Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas. Revista Mexicana de Psicología. 22(2): 363-374.
- González, M. (2003). En 2002, el DIF recibió 23 mil denuncias de maltrato infantil. La Jornada, México, D.F. sábado 19 de Julio del 2003.
- Guevara, C. (1996). Adultos resilientes al maltrato físico en la infancia. Revista Terapia Psicológica. 21(2): 105-119.
- Heinze, G. (2000). Depresión. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias. Cap.2: 610-616. México: McGraw-Hill.
- Hernández, D y Moran, C. (2000) El maltrato infantil en el Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
- Hernández, S y cols. (2003). Metodologías de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Hijar-Medina, M; Tapia, Y y Rascón, P. (1994). Mortalidad por homicidio en niños. México. Salud Pública de México. 36: 567-579.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000)
- Kaplan, S; Pelcovitz, D y Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1. Child and Adolescent Psychiatry. 38: 1214-1220.
- Land, H. (1986). Child abuse: differential diagnosis, differential treatment. Child Welfare. 65: 33-34.

- Lechky, O. (1995). Knowledge about diagnosis, treatment of psychotherapy of depression. *Can-Med-Assoc-J.* 125 (10): 1976- 1978.
- Lewin, L. (2000) Attachment behaviors, depression, and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 61(4-A): 1292.
- Malinosky-Rummell, R and Hansen, D. (1993). Long term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin.* 114: 68- 79.
- Marcovich, J. (1981). Tengo derecho a la vida. México: Editorial Mexicanos unidos.
- Márquez, R. (1990). Tratamiento natural de la depresión. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Martell, G. (2001). Manejo y tratamiento de la depresión. Revista Educación para la Salud. Año 6, 52: 813-821.
- Martínez, A. (1998). La importancia de la maternidad. Tesina. Facultad de Psicología, UNAM.
- Martínez, R. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. España: Editorial Martínez Roca.
- Mercado, C. (1992). Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Moreno, G. (2001). La violencia familiar: un problema de salud pública. Revista de Salud Pública y Nutrición. 2 (1): 46-55.
- Olvera, O. (2004). Rasgos de personalidad en madres maltratadoras y no maltratadoras a través de 4 escalas del MMPI-2. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Paulson, M and cols. (1974). The MMPI: a descriptive measure of psychopathology abusive parent. *Journal of Clinical Psychology.* 30: 387-390.
- Pedreira, M. (2003). La infancia en la familia con violencia: factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. *Revista Psiquiatría.* 7(4): 231-246.

- Pérez, D. (2004). La violencia familiar y su incidencia en el desarrollo de niños y niñas. Servicio Nacional de la mujer en Chile. XIX Congreso Panamericano del Niño.
- Pérez, E. (2007). Perfil de rasgos de personalidad de madres maltratadas. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Pérez, G; Gómez, B y Castillo, R. (1986). Algunos factores biopsicosociales desencadenantes del maltrato al menor. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza, UNAM.
- Polaino, L. (1980). La depresión. Barcelona, España, Editorial Martínez Roca.
- Ramírez, V. (1996). Adaptación de la prueba de ansiedad de rasgo del IDARE de Charles D. Spielberger. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Ratner, P. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. Canadian Journal of Public Health. 84: 246-249.
- Reiss, A y Roth, J. (1993). Understanding and preventing violence. National Academy Press. Washington, EUA.
- Rosenzweig, M y Leiman, A. (1992). Psicología fisiológica. España: McGraw-Hill.
- Rubio, L. (2005). Programa de asistencia contra el maltrato infantil. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza, UNAM.
- Salinas R. (1998). La aplicación de las técnicas conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso. Revista electrónica de psicología clínica. Iztacala. 1: 1-12. UNAM.
- Salvatierra, V. (1989). Psicología del embarazo y sus trastornos. España: Editorial Martínez Roca.
- Santamaría, G. (1993). Relaciones familiares e interpersonales y empatía en madres maltratadoras y no maltratadoras. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

- Santos, J. y De Dios, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo. Aspectos biológicos. Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Cap.32: 935-962. España, McGraw-Hill.
- Seligman, M. (1975). Helplessness: on depression, development and death. Freeman, San. Francisco.
- Secretaria de Educación Pública. (2001). Programa Operativo para el combate a la corrupción. México.
- Silverman, A; Reinherz, C and Giaconia, M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. Child Abuse and Neglect. 20: 709- 723.
- Slotnick; H. (2000). Physicians learning strategies. Review Chest. 118:18-23.
- Spielberger, C y Díaz G. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual Moderno: México.
- Spielberger, C. (1979). Tensión y Ansiedad. Harper y Row Latinoamericana.
- Stein M and Sherbourne C. (2004) Quality of care primary with anxiety disorders. Am J Psychiatry. 161:2230-2237.
- Straus, M y Gelles, R. (1990). Physical violence in American familias: risk factors and adaptations to violence in 8145 families. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Styron, T and Jannof-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution. Child Abuse and Neglect. 21: 1015-1023.
- Sullivan, H. (1953). Teoría interpersonal de psiquiatría. Nueva York, Norton.

- Trejo, M. (2003). Incidencia de depresión en médicos familiares de una unidad de medicina familiar del IMSS, en el Estado de México. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Téllez R. (2001). Nivel de estrés y ansiedad en personal médico de la Cruz Roja Mexicana. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Teti, D y Gelfand, D. (1992). Behavioral competent among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. Child Development. 62: 918-929.
- Torres, F. (2001). La violencia en casa. México: Editorial Paídos.
- Ussher, J. (1991). La psicología del cuerpo femenino. España: Editorial Arias.
- Vallejo, R. (1996). Trastornos depresivos. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Cap.31: 441-481. Editorial Masson.
- Wagner, D y cols. (2004). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry. 61: 1153-1162.
- Walker, E and Gelfand, A. (1999). Adult health stratus of women with histories of childhood abuse and neglect. American Journal of Medicine. 107: 332-339.
- Wiehe, V. (1996). Working with child abuse and Neglect: Emerging issues. Criminal Justice and Behavior. 20: 90-111.
- Zung, W. (1965). A self rating depression scale. Arch_Gen Psychiatry. 12: 63-70.

ANEXOS.

Anexo 1. Escala para detectar a Madres que Maltraten Física y/o Emocionalmente (EDMM).

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una serie de afirmaciones, marque las respuestas que reflejen el comportamiento que tiene usted hacia sus hijos. Sus respuestas son confidenciales, le pedimos que responda honestamente ya que no hay respuestas buenas ni malas. Procure responder a todas las preguntas.

Opciones de repuesta: S= Siempre CS= Casi siempre A= A veces N= Nunca.

	Opciones de respuesta			
	S	CS	A	N
1. Daño a mis hijos emocionalmente	S	CS	A	N
2. Soy autoritaria con mis hijos	S	CS	A	N
3. Me cuesta trabajo controlarme cuando me enojo	S	CS	A	N
4. Maltrato a mis hijos físicamente	S	CS	A	N
5. Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
6. Soy agresiva con mis hijos	S	CS	A	N
7. Los golpes son la mejor forma de educar a los hijos	S	CS	A	N
8. Me enojo con facilidad cuando no me obedecen	S	CS	A	N
9. Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
10. Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	S	CS	A	N
11. Descargo mi frustración con mis hijos	S	CS	A	N
12. Les grito a mis hijos cuando son necios	S	CS	A	N
13. Insulto a mis hijos	S	CS	A	N
14. Cuando les pasa algo malo a mi me da gusto	S	CS	A	N
15. A mis hijos les hablo con groserías	S	CS	A	N
16. A mis hijos les pego cuando me desobedecen	S	CS	A	N
17. Jaloneo a mis hijos cuando no me hacen caso	S	CS	A	N
18. Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
19. Castigo a mis hijos quitándoles lo que mas les gusta	S	CS	A	N
20. Insulto a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
21. Me molesta que mis hijos se rebelen	S	CS	A	N
22. Jaloneo a mis hijos porque son mas importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
23. Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
24. Les grito a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
25. Insulto a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
26. Me niego cuando mis hijos quieren hablar conmigo	S S	CS	A	N
27. Crítico la música que les gusta a mis hijos	S	CS	A	N
28. Les prohíbo ciertas amistades	S	CS	A	N
29. Cuando mis hijos no hacen lo que les digo los insulto	S	CS	A	N
30. Les niego permisos sin razón	S	CS	A	N
31. Golpeo a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N

32. Daño a mis hijos	S	CS	A	N
33. Les pego a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
34. Les pego a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
35. Chantajeo a mis hijos	S	CS	A	N
36. Controlo a mis hijos	S	CS	A	N
37. Menosprecio a mis hijos	S	CS	A	N
38. Les pego a mis hijos hasta cansarme	S	CS	A	N
39. Insulto a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
40. A mis hijos les exijo mas de lo que pueden dar	S	CS	A	N
41. Comparo a mis hijos con otros niños	S	CS	A	N
42. Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	S	CS	A	N
43. Les pego a mis hijos porque lloran	S	CS	A	N
44. Les grito a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
45. Educo a mis hijos como fui educada	S	CS	A	N
46. Soy muy fría con mis hijos	S	CS	A	N
47. Frente a mis hijos me cuesta trabajo aceptar mis errores	S	CS	A	N
48. En mi casa hago las cosas sin pedir opinión a mis hijos	S	CS	A	N
49. Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen	S	CS	A	N
50. Regaño a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
51. Jaloneo a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
52. Les digo a mis hijos que son unos buenos para nada	S	CS	A	N
53. Cuando me piden dinero se los niego	S	CS	A	N
54. Cuando una persona se queja de mi hijo, creo mas en la otra persona	S	CS	A	N
55. Escucho a mis hijos, cuando me cuentan sus problemas	S	CS	A	N
56. Entro al cuarto de mis hijos sin tocar la puerta	S	CS	A	N
57. Les pego a mis hijos porque son mas importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
58. Regaño a mis hijos porque me quitan mucho tiempo	S	CS	A	N
59. Subestimo las capacidades de mis hijos	S	CS	A	N
60. Protejo a mis hijos	S	CS	A	N
61. Atiendo a mis hijos como una obligación	S	CS	A	N
62. Cuando me enojo, tomo cualquier cosa para pegarles	S	CS	A	N
63. Les grito a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
64. Cuando mis hijos toman mis cosas les pego	S	CS	A	N
65. Apoyo a mis hijos	S	CS	A	N
66. Me molesta que mis hijos me abracen	S	CS	A	N
67. Les pego a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
68. Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	S	CS	A	N
69. Insulto a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
70. Presiono mucho a mis hijos	S	CS	A	N
71. Les grito a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
72. Soy intolerante con mis hijos	S	CS	A	N
73. Insulto a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
74. Les dejo de hablar a mis hijos	S	CS	A	N
75. Les grito a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
76. Les brindo un trato bueno a mis hijos	S	CS	A	N

77. Hago sentir culpables a mis hijos	S	CS	A	N
78. Regaño a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
79. Les pego a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
80. Les grito a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
81. Insulto a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
82. Insulto a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
83. Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	S	CS	A	N
84. Rechazo a mis hijos	S	CS	A	N
85. Me enojo con mis hijos sin saber porque	S	CS	A	N
86. Agredo a mis hijos cuando se burlan de mi	S	CS	A	N
87. Golpeo a mis hijos cuando ellos me retan	S	CS	A	N
88. Regaño a mis hijos porque me levantan la voz	S	CS	A	N
89. Les grito a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
90. Regaño a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
91. Cuando me enojo con mi pareja insulto a mis hijos	S	CS	A	N
92. Sé cómo tratar a mis hijos	S	CS	A	N
93. Insulto a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
94. Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos	S	CS	A	N
95. Cuando me enojo con mi pareja les grito a mis hijos	S	CS	A	N
96. Les grito a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
97. Les hablo con groserías cuando mis hijos hacen lo que se les da su gana	S	CS	A	N
98. Les pego a mis hijos cuando me contestan	S	CS	A	N
99. Insulto a mis hijos cuando llegan a casa a la hora que quieren	S	CS	A	N
100. Les pego a mis hijos porque hacen lo que les da su gana	S	CS	A	N
101. Insulto a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
102. Cuando mis hijos me contestan los insulto	S	CS	A	N
103. Les grito a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
104. Cuando recuerdo que fui abusada sexualmente me desquito con mis hijos	S	CS	A	N
105. Les pego a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
106. Jaloneo a mis hijos porque son mas importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
107. Les pego a mis hijos por cualquier cosa	S	CS	A	N

Anexo 2. IDARE. Inventario de Autoevaluación.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada				
2. Me siento segura				
3. Estoy tensa				
4. Estoy contrariada				
5. Estoy a gusto				
6. Me siento alterada				
7. Estoy preocupada actualmente por algún posible contratiempo				
8. Me siento descansada				
9. Me siento ansiosa				
10. Me siento cómoda				
11. Me siento con confianza en mí misma				
12. Me siento nerviosa				
13. Me siento agitada				
14. Me siento “a punto de explotar”				
15. Me siento reposada				
16. Me siento satisfecha				
17. Estoy preocupada				
18. Me siento muy excitada y aturdida				
19. Me siento alegre				
20. Me siento bien				

IDARE. INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN. (Segunda parte)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26. Me siento descansada				
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”				
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tomo las cosas muy a pecho				
32. Me falta confianza en mí misma				
33. Me siento segura				
34. Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades				
35. Me siento melancólica				
36. Me siento satisfecha				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38. Me afectan los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en los asuntos que traigo entre manos me pongo tensa y alterada				

Anexo 3. Escala de depresión de Zung.

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos. No deje elementos sin contestar. No hay respuestas buenas o malas, pero conteste honestamente.	Nada o pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Mayoría de las veces o siempre
1. Me siento abatida, desanimada y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche				
5. Como igual que antes				
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con hombres atractivos				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Soy más irritable que de costumbre				
16. Tomo las decisiones fácilmente				
17. Siento que soy útil y necesaria				
18. Siento que mi vida está llena				
19. Siento que los demás estarían mejor sin mi, si estuviese muerta				
20. Sigo disfrutando con lo que hacía				