

I. INTRODUCCION

1.1. Descripción General

La presente investigación, es una propuesta de intervención cognitivo-conductual, que aborda una problemática clínica y social identificada por la psicología contemporánea, el maltrato infantil. Este es un problema social de consecuencias inmediatas y futuras. Cada niño maltratado de acuerdo a la duración y frecuencia del mismo, así como del tipo de apoyo social, tendrá problemáticas diversas a nivel psicológico. Entre una de estas manifestaciones se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada o sobre-ansiedad en niños, difícilmente diferenciado de la ansiedad normal, necesaria para el funcionamiento cotidiano, que de igual manera se manifiesta a lo largo del crecimiento. Sin embargo, son este tipo de trastornos los que afectan a un sinnúmero de niños y adolescentes maltratados que permanecen sin una atención profesional adecuada. Existe evidencia científica de que las técnicas cognitivo-conductuales son altamente efectivas para el tratamiento y control de esta problemática en la psicología. En esta investigación, partiendo de la teoría social cognitiva, se predice que el incremento en la ocurrencia, así como la generalización de la conducta cognitiva de auto-percepción de la eficacia personal o auto-eficacia, sirve como un recurso interno para afrontar y dar respuesta a demandas ambientales con consecuencias psico-sociales adaptativas, como generar cogniciones y acciones para controlar los propios niveles de ansiedad. Se toma pues el constructo de auto-eficacia desarrollado por Bandura como eje conceptual de la intervención aquí propuesta. Dicha intervención se llevó a cabo en la asociación civil de nombre "Casa de Asís", orientada al cuidado de niñas y adolescentes con antecedentes de maltrato. La investigación constó de tres evaluaciones pre-intervención y tres post-intervención de los niveles de ansiedad y la percepción de auto-eficacia generalizada. La intervención consistió en la participación activa de los sujetos tanto en un taller de Tae-Kwon-Do como en uno de artes visuales. Una vez obtenidos los puntajes pre y post intervención, se analizó la existencia de diferencias significativas tanto en los porcentajes de ansiedad como en los puntajes de auto-eficacia antes y después de la intervención. En esta

investigación se buscó observar si funciona o no una intervención social cognitiva en el tratamiento de la ansiedad generada como consecuencia del maltrato en infantes.

1.1.1. Antecedentes del Maltrato Infantil

El maltrato infantil ha sido un tema de estudio de gran importancia debido a su frecuencia y sus recientemente investigados trastornos bio-psico-sociales, los cuales sesgan la calidad de vida del niño, acompañándolo en su adultez. Actualmente ya existe un cuerpo sustancial de investigaciones que relacionan el abuso infantil con una variedad de distorsiones psicológicas a corto y largo plazo (*Nacional Research Council*, Consejo Nacional de Investigación; Wekerle y Wolfe, citados. por Thomas, 2003).

Los bebés maltratados, comentan Papalia y Olds (1981) reciben patadas, golpes, quemaduras, azotes contra paredes y radiadores, garrotazos, asfixia e incluso son enterrados vivos. Hay quien les rompe los huesos o tumba sus dientes, también se les destruye la vista o se lesionan sus órganos internos.

Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo y Herrera-Basto (1997) comentan el alarmante incremento del maltrato al infante y la falta de cifras precisas que informen sobre la magnitud del mismo. Sin embargo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente.

Algunos autores como Loredó y Martínez, (citados por Santana-Tavira y cols., 1997) afirman que “el maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad”. Y Torregosa (citado por Santana-Tavira y cols., 1997) complementa al especificar que este, también es un problema universal.

En la historia de México se describen a través del Códice Mendocino, diversos tipos de castigos impuestos a los menores, entre ellos: pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, someterlos a largas jornadas de trabajo, etcétera (Loredó, citado por Santana-Tavira y cols., 1997).

En cuanto a la epidemiología reportada en América y el Caribe se observa qué en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y

Venezuela, debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del desempleo y a la disminución del salario, se incrementaron los índices de violencia, a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad (Santana-Tavira y cols., 1997).

Los resultados obtenidos por Lloyd-Silis (citado por Papalia y Olds, 1981) indican que el abuso físico en los bebés de 1 a 6 meses es la segunda causa de muerte, después del síndrome de la muerte repentina de los infantes. En los niños de 6 a 12 meses, el maltrato causa más muertes que cualquier enfermedad específica como el cáncer, malformaciones o las infecciones y, después del año de edad, es la segunda después de los accidentes.

En 1999, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia atendió a 24,927 infantes maltratados, de los cuales 12,219 eran niñas y 12,916 eran niños (UNICEF México, 2001).

Una encuesta reciente en el Distrito Federal realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, muestra que la violencia intrafamiliar tiene lugar en 30.4% de todos los hogares - casi uno de cada tres - en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. El maltrato emocional ocurre en casi todos estos hogares y el abuso sexual en 1.1%. Cabe resaltar que sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% espera que se repita la violencia (UNICEF México, 2001).

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Terdieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados..., Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado con base en los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver. El concepto fue ampliado por Fontana al indicar que los niños podían ser agredidos físicamente y además emocionalmente o por negligencia, así se sustituyó el término golpeado por el de maltratado (Loredó; Kempe y Kempe; Martínez, citados por Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo y Herrera-Basto, 1997).

1.1.2. Definición y Clasificación del Maltrato Infantil

Garbarino (citado por Thomas, 2003) define el maltrato como un juicio social al respecto de lo apropiado, así como del posible resultado del comportamiento parental. Maltrato es la no acreditación de los estándares de cuidado de la comunidad a la que se pertenece. Es un juicio social que permite que surja un acuerdo negociado entre la cultura (representada por los estándares comunitarios articulados) y la ciencia (encarnada en la “especialidad profesional”).

Investigadores y clínicos distinguen de forma típica tres categorías de abuso: físico (p.ej. castigo corporal severo, o lesiones físicas), sexual (p.ej. contacto genital del infante por parte de un “cuidador”) y emocional (p.ej. aterrorizar, o ridiculización sistemática). De forma generalizada el abuso se refiere al maltrato a través de actos de comisión; mientras negligencia se refiere al maltrato por omisión (Thomas, 2003)

En la actualidad la Comisión Nacional de Derechos Humanos incluye en su definición de maltrato infantil: “todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.

Como un término utilizado dentro de la psicología evolutiva y la psicología anormal, el maltrato infantil se refiere a las acciones del “cuidador” que son condenadas, por una combinación de estándares comunitarios y profesionales, de ser inapropiadas o poner en peligro la salud y desarrollo del infante (*National Research Council*, Consejo Nacional de Investigación; Zuravin, citados por Thomas, 2003).

En esta investigación se toman el alcoholismo, el abandono, el aprisionamiento de los padres y la pobreza extrema como formas de negligencia.

En la tabla 1 se sugieren los tipos de maltrato así como los indicadores del agredido frente a los diferentes tipos de maltrato.

Tabla 1. Indicadores físicos y comportamentales del infante ante el abuso físico, psicológico, sexual y la negligencia.

Tipo de Maltrato	Indicadores	
	<i>Físicos</i>	<i>Comportamiento</i>
Físico	Huellas del objeto agresor (cinturón, cadena,	Actitudes agresivas, destructivas,

	zapato, plancha, etc.) Eritema, equimosis, inflamación, deformación de la región, fractura, ruptura visceral. Ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara.	rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimiento de ser malo. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.
Sexual	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización, enuresis y encopresis. En adolescentes y adultas, dispareunia,	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes y adultos: atracción homosexual, anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, auto devaluación.
Psico-Emocional	Retraso psicomotor No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes	Deterioro de las funciones mentales, principalmente en el área cognitiva, auto devaluación y bajo rendimiento escolar. Apatía, retraimiento, aislamiento, depresión, poco sociables, problemas para relacionarse con los demás, callados, poco expresivos, tímidos, sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional
Negligencia	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima, habitación inadecuada. Sin asistencia médica oportuna, astenia y adinamia permanentes	Retraimiento, apatía, depresión, timidez, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo

La tabla 1 describe algunos indicadores físicos y comportamentales observados en el infante maltratado. Estos indicadores varían de acuerdo al tipo de maltrato al que el niño es sometido. A nivel comportamental se manifiestan de forma general miedo, apatía, retraimiento y altos niveles de ansiedad. A nivel físico las manifestaciones son mas específicas de acuerdo al tipo de maltrato, es decir, que los indicadores de abuso sexual se encontraran cercanos al área genital, mientras que en el abuso físico se pueden encontrar marcas del objeto agresor a todo lo largo del cuerpo.

1.1.3. Consecuencias del Maltrato Infantil

En principio la consecuencia pragmática de la detección de un caso de maltrato infantil es por lo regular la separación del agredido y el agresor, esto se realiza a través de las instituciones legales dedicadas al cuidado de la familia; en el caso de México, el DIF. Sobre esta acción Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf (2003) afirman que cuando la decisión de remover al niño de hogares maltratantes para ubicarlos en un ambiente más favorable, la decisión es tomada con el interés de obtener un parentesco más positivo para el infante. Sin embargo, como vemos a través de la investigación realizada por Farmer, (citado por Phillips, Burns, Wagner y Barth, 2004) los estudios sobre problemas

emocionales y conductuales en niños involucrados con las instituciones al cuidado de la familia han reportado índices de problemas y necesidad de intervención psicológica variando entre el 39% y el 80%.

La literatura especializada muestra que los infantes maltratados se encuentran en gran riesgo de funcionamiento mal adaptativo o psicopatológico a lo largo de su vida. Esto a causa de los negativos efectos biológicos, cognitivos, sociales, emocionales, representacionales y del desarrollo lingüístico, asociados al maltrato infantil (Cicchetti; Cicchetti y Lynch; Cicchetti y Rogosch; De-Bellis, Baum, y cols.; De-Bellis, Keshaven, y cols.; Malinowsky-Rummel y Hansen; Trickett y McBride-Chang; citados por Flores, Cicchetti y Rogosch, 2005).

Se han documentado las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil, indicando un incremento en el riesgo de comportamientos agresivos, embarazos en la adolescencia y deserción escolar (Herrenkohl, Egolf y Herrenkohl; Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf y Russo; Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf, citados por Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf, 2003).

Autores como Kurtz, Gaudin, Howing y Wodarski (citados por Shonk y Cicchetti, 2001) investigaron específicamente la relación entre el estrés, el uso de alcohol o drogas, así como la depresión severa en padres, encontrando que estos puntos son mediadores significativos en el bajo desempeño académico y conductual exhibido en niños maltratados. Otra investigación de Zingraff, Leiter, Johnson y Mayers (citados por Shonk y Cicchetti, 2001) encontró que la calidad del desempeño académico medía la relación entre el maltrato infantil y la delincuencia. En un estudio longitudinal de McGloing y Widow, (citados por Thomas, 2003) se encontró que en adultos que sufrieron de maltrato en la infancia, el 80% de la muestra no cumple con los criterios de un funcionamiento psico-social adaptado. La información aportada por el trabajo de Fellitti (citado por Thomas, 2003) en relación al abuso o exposición al maltrato en niños y su significativo correlato con un alto riesgo de muerte en adultos relacionados con enfermedades del corazón, hígado y pulmón, concluye: “el impacto de estas experiencias adversas en la infancia, es fuerte y acumulativo para la salud del adulto”.

Se analiza el problema de la negligencia, desde sus diversas causas, entre ellas el alcoholismo de los padres, bajos salarios o pobreza, así como

padres en encarcelamiento, pues existe evidencia que muestra la necesidad de intervenir con los problemas psicológicos que el niño comienza a manifestar como consecuencia de dicha negligencia. Entre estas investigaciones se cuenta con la de Phillips, Burns, Wagner y Barth (2004) quienes reportan que aproximadamente 2 de cada 5 niños de 2 o más años, cuyos padres han sido arrestados, manifiestan problemas emocionales y comportamentales significativos, pero únicamente 1 de 10 recibe servicio de salud mental. Investigadores como Chassin, Pitts, DeLucia y Todd (1999) reportan que, en una comparación entre hijos de padres alcohólicos e hijos de padres no alcohólicos, los primeros son blanco de un alto riesgo de diagnósticos de alcoholismo, uso de drogas, depresión y sobre todo un elevado riesgo en padecer trastornos de ansiedad. Otros estudios reportan que una significativa porción de hijos de padres alcohólicos exhiben impedimentos cognitivos, conductuales e interpersonales por una combinación de bajo autocontrol conductual, bajo desempeño académico, y conductas antisociales (Sher; West y Prinz; Windle y Searles, citados por Jacob y Windle, 1999). Además se han manifestado diferencias de género, Cotton (citado por Jacob y Windle, 1999) encontró que las niñas se ven mayormente afectadas por historias de alcoholismo, incrementando el riesgo de alcoholismo en la adultez. Asimismo, diversas investigaciones como las de Cicchetti y Lynch; Malinowsky-Rummell y Hansen (citados por Shonk y Cicchetti, 2001) han documentado las asociaciones entre el maltrato y una diversidad de resultados maladaptativos

Algunas investigaciones confirman de forma significativa que los niños de familias que viven en pobreza o bajos recursos económicos tienden a experimentar resultados negativos tales como fallo académico, tensión emocional y problemas de salud mental (Duncan y Brooks-Gunn; Duncan, Brooks-Gunn y Klebanov; Huston, McLoyd y Coll; Luthar; Mc Loyd; citados por Flores, Cicchetti y Rogosch, 2005). Además de lo anterior, Chemtob y Carlson (2004) reportan que dadas las descripciones del tiempo y seriedad de las diversas formas de abuso dirigida a madres y sus hijos (as), las condiciones para el desarrollo de serios trastornos psicopatológicos están claramente presentes.

En un estudio sobre comportamiento criminal en adultos y su reporte de maltrato infantil, Widow (citado por Jonson-Reid, 2002), encontró que el haber

sufrido de negligencia en la infancia es un factor de predicción tan robusto como el abuso físico. Jonson-Reid y Barth (citados por Jonson-Reid, 2002) encontraron que los niños que han sufrido negligencia tienen mayor riesgo de entrar en correccionales juveniles que aquellos quienes han sufrido abuso físico o sexual.

Cicchetti, Beeghly, Carlson y Toth (citados por Diehl y Prout, 2002) reportaron que los niños maltratados se perciben menos competentes y menos aceptados que los niños no maltratados de igual nivel socioeconómico.

La investigación de Paunovic (citado por Diehl y Prout, 2002) realizada sobre la cognición de adultos que fueron sujetos de abuso sexual en la infancia, indica que estos frecuentemente generan procesos de culpa y auto-denigración, así como una auto-eficacia minimizada. El infante maltratado manifiesta una excesiva dependencia, preocupación social y exploración reducida (Aber y Allen; Erickson y cols.; citados por Shonk y Cicchetti, 2001); así como, déficit en la regulación del afecto (Cummings, Hennessy, Rabideau y Cicchetti; Shields y Cicchetti; Shields, Cicchetti y Ryan; citados por Shonk y Cicchetti, 2001); e impedimentos en la dominancia autónoma (Egeland y Sroufe; Koenig, Cicchetti y Rogosch, citados por Shonk y Cicchetti, 2001). Como se puede observar por causa de conocimiento de las secuelas del maltrato infantil, los investigadores han incrementado su interés en examinar las relaciones del maltrato infantil y la psicopatología (Toth y Cicchetti, 1996). A este respecto, el abuso infantil se relaciona a algunos de los más severos e intratables problemas psiquiátricos y sociales, incluyendo la personalidad limítrofe, el abuso de sustancias, el trastorno disociativo, el suicidio, la personalidad sociopata y altos niveles de violencia (Herman, Perry y Van der Kolk; Jonson, Cohen, Brown, Smailes y Berstein; Kluft; *National Research Council*, Consejo Nacional de Investigación; citados por Thomas, 2003). Aunado a lo anterior, muchos de estos niños sufren de problemas neuropsicológicos, lesiones severas y en muchos casos la muerte (Amuerman, Cassisi, Versen y Van Hasself, citados por Thomas, 2003).

De igual forma la investigación indica que los niveles altos de atribución interna del abuso, están relacionados a más síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático, así como baja autoestima (Feiring, Taska y Chen; Spaccarelli y Fuchs; Wolfe, Sas y Wekerle; Ackerman, Newton, McPherson,

Jones y Dykman; Money-McCoy y Finkelhor; Feiring, Taska y Lewis; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor; Widow; citados por Feiring, Taska y Lewis, 2002). Chemtob y Carlson (2004) reportan un incremento significativo del estrés post-traumático en madres y niños expuestos a violencia doméstica.

Harter (citado por Diehl y Prout, 2002) sostiene que el abuso psicológico, físico y sexual interrumpe el desarrollo de ciertos componentes cognitivos del Yo. Por lo tanto, el infante maltratado por lo general se compara a sí mismo de forma menos favorable en relación a sus compañeros, además tiende a incorporar creencias de inferioridad. El niño que ha sufrido de abuso, se ve obligado a dirigir su atención a peligros externos en lugar de desarrollar habilidades de auto-percepción, como la habilidad para atender sus propias necesidades, pensamientos y deseos.

Como ya se mencionó anteriormente los niños involucrados en Instituciones para el Cuidado de la Familia (ICF) indistintamente sufren los efectos psico-sociales del maltrato por un lado y la separación familiar por el otro. Dos estudios (Dicker, Gordon y Knitzer; Dicker y Gordon; citados por Lederman y Osofsky, 2004) confirman el alto grado de riesgo cognitivo y retraso en el desarrollo individual de niños involucrados con ICF, pues por lo menos la mitad de estos niños manifiestan los problemas antes mencionados, lo que representa aproximadamente cuatro o cinco veces el número de retraso en el desarrollo en comparación de los niños en la población general.

Shonk y Cicchetti (2001) citan investigaciones de Dodge, Bates y Pettit; Rogorsch y Cicchetti; Cicchetti, Lynch, Shonk y Manly, en donde los resultados sugieren que los niños maltratados muestran percepciones erróneas sobre las intenciones, sentimientos y comportamientos de otros, así como conflictos de aproximación-evitación que resultan contradictorios, y comportamientos sociales hostiles. Estos niños son menos atentos a claves sociales relevantes, y es menor la probabilidad de generar soluciones competentes a situaciones interpersonales, en comparación a infantes no maltratados. En general el infante maltratado manifiesta un empobrecimiento en habilidades sociales pro-activas tales como comprender los sentimientos de otros y estar concientes del efecto de su propio comportamiento en otras personas.

Se resalta que actualmente existe significativa cantidad de investigaciones que indican que experiencias de maltrato en la infancia tienen

como algunas de sus consecuencias que el niño se describa a sí mismo en términos negativos, reporte sentimientos de incompetencia y manifieste una baja autoestima (Bagley y Mallick; Dinwiddie y cols.; Gagnon y Herson; Higgins y McCabe; Paunovic; citados por Diehl y Prout, 2002); Los niños abusados sexualmente están en particular riesgo pues es poco probable que utilicen habilidades para su autorregulación emocional, o buscar apoyo social, incluso es muy baja la probabilidad de que estos infantes lleguen a utilizar estrategias no violentas para la solución de problemas (Saarni citado por Diehl y Prout, 2002).

Muchos estudios han reportado el vínculo entre abuso sexual y subsecuentes distorsiones en la sexualidad incluyendo alta actividad sexual y actitudes permisivas, prostitución, embarazo temprano, comportamientos de alto riesgo sexual, disfunción sexual o evitación sexual y comportamientos sexuales compulsivos (Browning y Laumann; Miller, Monson y Norton; Cunningham, Stiffman, Dore y Earls; Widom y Kuhns; Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora, y Olds; Stock, Bell, Boyer y Connell; Brown, Kessel, Lourie, Ford y Lipsitt; Brown, Lourie, Zlotnick y Cohn; Jackson, Calhoun, Amock, Maddever y Habif; Wyatt; Friedrich, Urquiza y Beilke; McClellan y cols.; citados por Noll, Trickett y Putnam, 2003).

Van der Kolk y Fislser (citados por Diehl y Prout, 2002) encontraron que adolescentes con un historial de abuso fuerte y temprano, disociaban sus emociones, por ejemplo, estos adolescentes no reconocían o volvían conciente que el abuso tenía un efecto en ellos o en sus relaciones actuales.

Grof (2001) comenta que, a lo largo de su trabajo como psicoterapeuta experiencial, se muestra claramente que los traumas procedentes de situaciones en las que haya peligrado la vida del infante dejan un rastro permanente en el sistema y contribuyen significativamente al desarrollo de trastornos emocionales y psicosomáticos, tales como depresiones, cuadros de ansiedad y fobias, tendencias sadomasoquistas, problemas sexuales, jaquecas, o asma.

Para finalizar con la información correspondiente al maltrato infantil y sus repercusiones psicológicas utilizo las palabras de Cicchetti y Rogosch (citados por Cicchetti, 2004) quienes nos dicen “porque no todos los niños que han sufrido de abuso o negligencia son afectados por sus experiencias de la misma

forma (a este fenómeno se le llama multifinalidad), el maltrato introduce al niño en un viaje que tendrá puntos de quiebre que apuntan a direcciones negativas a lo largo de su vida.

La siguiente tabla condensa los resultados expuestos por la investigación científica de los efectos negativos y el posible desarrollo de enfermedades psicopatológicas por consecuencia del maltrato infantil.

Tabla 2. Listado de posibles consecuencias negativas del maltrato infantil a corto y largo plazo.

Biológica	Psicológica (cognitivo-emocional)	Social	Psicopatológica
Problemas Neurofisiológicos.	Genera Ideación Suicida.	Abuso de Sustancias	Personalidad Límitrofe
Lesiones Severas.	Afecta componentes cognitivos del Yo: autoestima, autorregulación, auto-eficacia.	Tendencia a la Violencia	Trastorno Disociativo
Retraso general del desarrollo y la maduración.	Percepciones erróneas sobre las intenciones, sentimientos y comportamiento de otros.	Hostilidad.	Personalidad Sociopata.
Desnutrición.	Auto-percepción disminuida o expresada en términos negativos.	Delincuencia y comportamiento criminal.	Depresión.
Perdida de la visión.	Distorsiones de la sexualidad: alta actividad sexual o actitud permisiva.	Menor probabilidad de generar soluciones competentes a situaciones interpersonales.	Elevado riesgo en padecer trastornos de ansiedad: Estrés post-traumático. Trastorno de ansiedad generalizada y fobia social.
Correlación con muerte en adultos: enfermedades del corazón, hígado y pulmón.	Bajo desempeño intelectual.	Empobrecimiento de habilidades sociales pro activas.	Compulsión Sexual.
Aumenta el riesgo de enfermedades asociadas a la prolongada activación del sistema nervioso simpático.	Bajo autocontrol conductual.	No buscan apoyo social y exploración reducida.	Disfunción o evitación sexual.
	Procesos cognitivos de culpa y auto denigración.	Prostitución.	
	Menor atención a claves sociales relevantes.	Alta probabilidad de embarazo en la adolescencia.	
		Deserción Escolar.	

Como se observa en la tabla anterior existen múltiples problemas para el infante maltratado, uno de estos problemas es el denominado trastorno de ansiedad generalizada o sobre-ansiedad en niños. Costello y Angold, (citados por Velting, Setter y Albano, 2004) reportan que los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental prevalecientes en niños y adolescentes.

Además, se reporta que el crecimiento durante condiciones de maltrato afecta componentes cognitivos del Yo, como la autoestima, la autorregulación y la auto-eficacia; en general el individuo del que se ha abusado genera una auto-percepción disminuida o expresada en términos negativos de sí mismo. Algo interesante a este respecto es la hipótesis cognitiva sobre la activación fisiológica. Beck (1976) se refiere con esto a que cada persona activa estados fisiológicos específicos a través de pensamientos recurrentes asociados a dicho estado, es decir, que la gente se asusta por pensar en cosas que dan miedo, se excita sexualmente pensando cosas eróticas y entran en estados de ansiedad por pensar que algo los amenaza. Existe evidencia suficiente para pensar que esta hipótesis es correcta, pues algunos investigadores como McKay, Davis y Fanning (1988) afirman que la terapia cognitiva protagonizada por Beck y Ellis ha demostrado ser efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la ansiedad tanto interpersonal como general, así como la depresión, la cólera crónica y el perfeccionismo compulsivo entre otras.

1.2. Definición de Ansiedad

Halgin y Krauss (2003) definen la ansiedad como un estado global de tensión y aprensión, acompañado por una sensación de que algo terrible va a suceder. La ansiedad, reconocen estos autores, se compone de elementos tanto afectivos como cognitivos.

El Manual Merck (1999) define la ansiedad como un estado emocional displacentero que a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo.

Nicholi (1988) lo define como una aprensión o falta de calma que resulta de la anticipación del peligro, normalmente de origen desconocido, a diferencia del miedo de origen conocido.

El Manual Merck (1999) hace una distinción entre ansiedad adaptativa y ansiedad mal adaptativa. La ansiedad adaptativa ayuda a las personas a prepararse, a practicar y a ensayar de forma que mejore su actividad, ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas. En contraste, la ansiedad maladaptativa genera malestar y alteraciones funcionales.

Halgin y Krauss (2003) señalan que la ansiedad adquiere importancia clínica en el momento en que alcanza niveles tan altos que interfiere con la habilidad de funcionar en la vida diaria, una persona que entra en estado mal adaptativo se caracteriza por extremas reacciones tanto fisiológicas como psicológicas. Las personas con algún trastorno de ansiedad están incapacitadas tanto por lo intenso y lo crónico que el estado puede resultar.

Velting, Setter y Albano (2004) comentan como antes la ansiedad se pensaba era parte normal del crecimiento humano, ahora los profesionales reconocen que excesiva ansiedad se relaciona con consecuencias a largo plazo, especialmente cuando son dejadas sin tratamiento. Y aseguran que los tres de los más comunes trastornos de ansiedad debido a su comorbilidad son: trastorno de ansiedad por separación, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (TAG); sin embargo también estos tres trastornos tienden a responder a similares tratamientos psico-sociales y farmacológicos.

1.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada: Diagnóstico

En lo que respecta a contextos clínicos, este trastorno de ansiedad generalizada afecta mayormente a mujeres que a hombres. Alrededor de 55%-60% de los sujetos que presentan el trastorno son mujeres (APA, 2000).

Las teorías más importantes para el tratamiento de este trastorno son la perspectiva biológica, la psicológica y sociocultural. La primera sostiene la hipótesis de un funcionamiento anormal del GABA, la serotonina y la noradrenalina (Nutt, citado por Halgin y Krauss, 2003). Mientras la teoría psicológica de perspectiva cognitiva-conductual, afirma que el TAG es el resultado de distorsiones cognitivas, que disparan el proceso de preocuparse (Aikens y Craske, citados por Halgin y Krauss, 2003). Además, la importancia de los estresores en la vida cotidiana es otro factor de peso en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada desde un enfoque sociocultural.

La tabla 3 ilustra los criterios de diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada tomado del DSM-IV (APA, 2000).

Tabla 3. Criterios de diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

A.	Excesiva preocupación y ansiedad (expectativas aprehensivas), con una ocurrencia mayor a los 6 meses, en determinado número de eventos o actividades.
B.	La persona encuentra difícil controlar la preocupación.
C.	La ansiedad y preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes síntomas. (NOTA: para el diagnóstico en niños solo uno de los signos es necesario).
	<ul style="list-style-type: none"> (1) sentirse al “borde” o “enjaulado”. (2) Fatigarse con facilidad (3) Dificultad al concentrarse o tener la mente en blanco (4) Irritabilidad (5) Tensión muscular (6) Problemas de sueño.
D.	El foco de la ansiedad o la preocupación no está catalogada por algún elemento del Eje 1.
E.	La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan significativos problemas clínicos, o problemas sociales, ocupacionales, o de cualquier otra área de funcionamiento importante.
F.	El malestar no se debe a los efectos fisiológicos del consumo de alguna sustancia, ni a una condición médica general, y tampoco ocurre exclusivamente durante algún trastorno del ánimo, sicótico o trastorno del desarrollo.

Otra relación señalada por Gillis (1980) es que un elevado porcentaje de conductas antisociales (p.ej., drogadicción, alcoholismo, delincuencia) tienen como causa explicativa los elevados niveles de ansiedad de los respectivos sujetos.

1.2.2. Tratamientos cognitivos conductuales

Los beneficios de la intervención clínica en niños maltratados siguen siendo mínimos. Ratinar (citado por Thomas, 2003) comenta que aun después de varias décadas de intensivo interés clínico y científico, se sabe poco, empíricamente hablando, sobre los medios efectivos para prevenir el abuso

infantil y moderar sus efectos. Thomas (2003) afirma que son pocos los psicólogos que han estudiado los efectos de la protección del tutor en el desarrollo de habilidades interpersonales de auto-protección en el niño.

Las teorías cognitivas de la psicopatología han tenido mayor influencia en el actual entendimiento de la naturaleza, asesoramiento y tratamiento del trastorno emocional (Schniering y Rappe, 2004). Lyddon y Jones (2002) afirman que con la información proporcionada por Aaron Beck sobre la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, se comenzó a establecer el fundamento para una base empírica en la práctica de la terapia cognitiva. Hoy esta terapia continúa demostrando su eficacia para el tratamiento de un amplio rango de problemas psicológicos en más de 325 investigaciones.

Saight y cols. (Citados por Diehl y Prout, 2002) investigaron correlatos entre las expectativas y la percepción de la auto-eficacia en adolescentes maltratados encontrando una relación entre las variables. En otro documento Leung y Poon (citados por Mahtani, Kennard, Lee, Hughes, Mayes, Emslie y Lewinsohn, 2004) investigaron si las distorsiones cognitivas eran específicas a problemas emocionales y comportamentales, a través de auto-reportes cognitivos en una población de niños entre 12 y 18 años de edad. Estos investigadores señalan que si existe evidencia significativa que relaciona las cogniciones específicas y la presencia de ansiedad, depresión y agresión. Otra investigación previa han mostrado que altos niveles de auto-eficacia se correlacionan con mejor salud emocional (Saarni, citado por Diehl y Prout, 2002). La investigación de Cheever y Hardin (citados por Diehl y Prout, 2002) examinó la relación entre exposición a eventos traumáticos en la adolescencia y las conductas orientadas al mantenimiento de la salud. Además se examinaron los efectos protectores del apoyo social y la auto-eficacia; los resultados muestran que un mayor apoyo social y una alta percepción de la auto-eficacia aminoran las asociaciones negativas entre los eventos traumáticos y aumenta las conductas orientadas al mantenimiento de la salud. Shonk y Cicchetti (2001) sugieren que el maltrato tiene una influencia negativa en la motivación relacionada con las competencias percibidas en uno mismo.

Según Zeman y Shipman (1997) la auto-eficacia es un constructo importante para considerar, cuando examinamos la auto-regulación emocional

en niños, pues ellos, pueden controlar sus manifestaciones emocionales, pero creen que no poseen las habilidades de regulación adecuadas. Otra investigación (Lewis, citado por Feiring, Taska y Lewis, 2002) sugiere que los procesos cognitivos están relacionados con la auto-evaluación y tomando en cuenta que el infante maltratado desarrolla pobremente sus procesos cognitivos, cabe esperar un bajo nivel de auto-control pues el sujeto no desarrolla habilidades para auto-evaluar su desempeño conductual.

Spence, Donovan, y Brechman-Toussaint (1999) citando a Treadwell y Kendall; y Yeager reportan que la reducción de cogniciones negativas media la reducción de ansiedad en el tratamiento de niños con TAG; y que los niños socialmente retraídos, tienden a reportar cogniciones que reflejan la anticipada preocupación por el rechazo, en lugar de cogniciones que faciliten el encuentro social efectivo. Bandura (1989a) afirma que las personas quienes creen que pueden ejercer control sobre potenciales amenazas, no evocan cogniciones aprehensivas y por lo tanto, no son perturbados por estas, pero aquellos que creen no poder manejar estas experiencias amenazantes experimentan altos niveles de ansiedad. En su estudio, Schniering y Rapee, (2004) muestran un patrón en la relación entre cogniciones y síntomas afectivos, físicos y comportamentales. Algunas de sus conclusiones del análisis multivariable demuestra que: (1) los pensamientos sobre fallas o pérdidas personales son los más fuertes predictores de síntomas depresivos no-cognitivos, (2) los pensamientos sobre amenaza social o evaluación negativa son predictores robustos de síntomas de ansiedad no-cognitiva, y (3) las creencias de hostilidad y venganza son los predictores más fuertes en presentar sintomatología externa.

Desde la teoría de cognición social (Bandura, 1997) la percepción de auto-eficacia a ejercer control sobre las amenazas potenciales, juega un papel central en el control de la ansiedad, ya que la amenaza es observada como la relación existente entre las propias capacidades de afrontamiento y el potencial dañino del ambiente.

1.3. La teoría de Cognición social

La teoría social cognitiva favorece un modelo de causalidad que involucra un determinismo triádico y recíproco. En este modelo de reciproca causalidad, tanto el comportamiento, como la cognición y otros factores personales, además de las influencias ambientales, todas operan como determinantes que se influyen la una a la otra de forma bidireccional (Bandura, 1989b). Esta teoría se suscribe como un modelo de crecientes interacciones de la acción, es decir que según Bandura, (1989a), las personas generan una contribución causal a su propia motivación, acción, cognición, proceso afectivo y otros factores personales, así como eventos ambientales que operan todos como determinantes en interacción. Bandura (1989b) sugiere que el desarrollo no es un proceso monolítico y que las capacidades humanas varían de acuerdo a sus orígenes psico-biológicos y las condiciones ambientales necesitadas para mejorarlas y mantenerlas. Así el desarrollo humano, por lo tanto, está acompañado por distintos tipos y patrones de cambios. La diversidad en prácticas sociales produce sustanciales diferencias individuales en las capacidades que son cultivadas o aquellas que permanecen sin desarrollar. Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, y Caprara (1999), comentan como desde esta perspectiva las contribuciones positivas a una adaptación exitosa representan una activación que opera de forma pro-activa; y no sólo como forma de protección o atrincheramiento, pues el proteccionismo escuda al individuo de realidades adversas o por lo menos disminuye el impacto de las mismas. Mientras que la activación pro-activa nos equipa de recursos personales para seleccionar y estructurar ambientes que cultiven nuestras competencias y así, emprender el curso de nuestras vidas de la forma que consideremos exitosa. Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa y Bandura (2001), comentan desde una perspectiva evolutiva que, el ejercicio del control personal es progresivamente adquirido a través de la percepción y el entendimiento de la relación causal entre eventos, así como a través del reconocimiento de uno mismo como agente de acción. Desde esta perspectiva social cognitiva, el ambiente se manifiesta como una influencia importante para la adquisición del conocimiento sobre si mismo y el mundo externo. En el niño, el funcionamiento puede progresar gradualmente desde el control externo hasta el control personal. Una vez que el niño ha adquirido una sensación o percepción de

acción personal o auto-eficacia, puede hacer que cosas sucedan, generando reacciones afectivas que sirven de guía y motivadores para la acción.

1.3.1 La auto-eficacia

Bandura (1997) habla de la auto-eficacia como una capacidad generativa (productiva) en la cual las habilidades cognitivas, emocionales y conductuales deben estar perfectamente organizadas en los seres humanos a fin de que puedan servir para innumerables propósitos (p.ej., aprendizaje, resolución de problemas). El mismo autor resalta la diferencia entre tener habilidades para resolver todo tipo de problemas y ser capaz de integrarlas en acciones para aplicarlas en situaciones difíciles. Así pues, Bandura (1994) define la auto-eficacia como el conjunto de creencias personales sobre las capacidades para producir designados niveles de actuación, que ejercen influencia sobre eventos que afectan nuestra propia vida. Algunos años después, Bandura (1997) la define de nuevo como la sensación individual de control-acción o la creencia sobre la propia habilidad de realizar cierta acción, así como la representación cognitiva de que esa acción va a ser realizada apropiadamente. Para fines de esta investigación se define la auto-eficacia como la sensación interna, cognitiva-emocional, de percibirse a sí mismo efectivo para la ejecución de una acción elegida.

La teoría de auto-eficacia ha generado investigación en los diferentes grupos de edad a lo largo de periodo de vida humana, cubriendo múltiples dominios conductuales, incluyendo logro académico, relaciones interpersonales, metas profesionales, comportamientos relacionados a la salud, desempeño atlético, estilos parentales y una diversidad de trastornos clínicos (Berry, 1989).

Se muestra que las creencias de eficacia de los alumnos regulan los estados emocionales induciendo acciones efectivas que transforman el ambiente de tal manera que no alteran su potencial emotivo. De esta manera, el afecto orientado, influye en las creencias de eficacia para mejorar los estados emocionales adversos que controlarán el inicio de la ansiedad, la depresión y el estrés (Bandura, 1997).

En dos estudios (Pajares y Kranzler; Pajares y Miller; citados por Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa y Bandura, 2001) se identifican diferencias entre percepción de auto-eficacia y el auto-concepto. La auto-eficacia acepta la diversa y multifacética naturaleza de las capacidades humanas, mientras que el auto-concepto es un juicio global que realiza la persona de sí mismo. En un estudio comparativo del poder predictivo, los dominios relacionados a la creencia de auto-eficacia personal, eran predictores de comportamiento, mientras la relación entre el auto-concepto era débil en este aspecto.

Bandura (citado por Schunk y Hanson, 1989) asevera que los procesos psicológicos modifican el comportamiento en parte por crear y fortalecer la percepción de auto-eficacia, pues está, influencia la selección de actividades, el esfuerzo generado, persistencia y logro de la tarea. A través de las investigaciones generadas por Locke, Frederick, Lee y Bobko, así como las de Taylor, Locke, Lee y Gist, (citados por Bandura, 1989a) se ha encontrado que entre más poderosa sea la auto-eficacia percibida, más altas son las metas que la persona se propone y más firme su compromiso a lograrlas.

Bandura (1997) describe el mecanismo de auto-eficacia como pivote que sirve para la autorregulación de los estados afectivos. Distingue tres formas principales en las cuales las creencias de eficacia personal afectan la naturaleza y la intensidad de las experiencias emocionales: (1) el ejercicio del control personal sobre el pensamiento, (2) la acción y (3) el afecto. También comenta que la percepción de eficacia personal, regula los estados emocionales, apoyando cursos efectivos de acción que transforman el ambiente de tal forma que altera su potencial emotivo.

Bandura (1994) sugiere los siguientes dos puntos, que son importantes para esta investigación: (a) la percepción de auto-eficacia para ejercer control sobre los estresores juega un papel central en el control de la ansiedad; y (b) existe un gran cuerpo de investigación que evidencia que los logros humanos y el reporte de bienestar requiere un optimista sentido de auto-eficacia. Lo anterior es porque las realidades sociales ordinarias están llenas de dificultades, impedimentos, adversidades, retrocesos, y frustraciones, por lo tanto, las personas deben tener una sensación robusta de auto-eficacia para lograr mantener el esfuerzo necesario y trascender las dificultades anteriores.

Mientras que aquellos abordados por la duda en su eficacia personal, cada vez se vuelven más erráticos en su proceso de pensamiento analítico, bajan sus aspiraciones y finalmente la calidad de su actuación se deteriora, en contraste, aquellos que se perciben eficaces en la tarea, mantienen como reto la tarea, usando un buen pensamiento analítico que prospera en el logro de la actuación necesaria.

1.3.2. Fuentes del desarrollo de la auto-eficacia

Según Bandura (citado por Nieves-Alcalá, 2003) para obtener la percepción de auto-eficacia en diversas áreas de su funcionamiento, la persona tiene que, desarrollar, evaluar, y probar sus capacidades físicas, sus competencias sociales, sus habilidades lingüísticas y sus habilidades cognitivas para comprender y manejar las múltiples situaciones que encuentra diariamente.

En su artículo Bandura (1994) identifica cuatro fuentes de influencia para el desarrollo de la auto-eficacia.

1. Una fuerte sensación de eficacia requiere experimentar y trascender obstáculos a través del esfuerzo constante. Algunas dificultades en el logro de metas sirven para enseñar que el logro requiere esfuerzo sostenido. Después que las personas se convencen a sí mismas de que tienen lo que se necesita para trascender el problema, perseveran frente al rostro de la adversidad. En tiempos difíciles emergen con mayor fuerza de la adversidad.
2. La segunda estrategia para la creación y el fortalecimiento de la auto-eficacia es a través de experiencias vicarias provenientes de modelos sociales.
3. La persuasión social es el tercer camino para el fortalecimiento de la auto-eficacia. Las personas que son persuadidas verbalmente en poseer capacidades para el dominio en alguna actividad, manifiestan mayor esfuerzo y sostenimiento del mismo en situaciones problema, que aquellos abordados por dudas internas y cogniciones de deficiencia personal.

4. El cuarto camino para el aumento de la auto-eficacia es el reducir las reacciones de estrés, así como, alterar las mal interpretaciones cognitivas de sus estados físicos.

En conclusión para que cualquier persona aumente su percepción de auto-eficacia, es necesario el esfuerzo constante, observar modelos sociales de logro, retroalimentación positiva y una correcta interpretación de los signos corporales, además de cierto grado de control fisiológico de la activación-relajación.

1.4. Planteamiento del Problema

Como se ha podido observar a lo largo del recorrido teórico sobre el maltrato infantil, una de sus consecuencias es ocasionar trastornos de ansiedad; por otro lado, la teoría parece mostrar una relación entre el aumento de la percepción de auto-eficacia y la disminución de los niveles de ansiedad de estos sujetos.

La presente investigación consistió en observar los puntajes de ansiedad en niñas maltratadas e institucionalizadas y el efecto que ejerce el incremento en la percepción de la auto-eficacia en esta variable. Además, de forma general se ha buscado que el presente documento sirva como un estudio exploratorio y antecedente para la futura investigación sobre el constructo cognitivo de auto-eficacia y su implicación con la modificación en la calidad de vida del niño maltratado en México.

Se propone que el incremento en la percepción de auto-eficacia, a través de un programa de intervención, conduce a la reducción de la ansiedad que sufre el infante maltratado. Formulando la hipótesis de que un nivel de percepción de auto-eficacia alto, conduce a un nivel de ansiedad baja, se busca igualmente comprobar la información que la teoría de cognición social provee.

De forma específica los objetivos de este proyecto son (1) aplicar dos talleres que promuevan el desarrollo, incremento y generalización de la auto-eficacia percibida, (2) medir en tres ocasiones antes de la intervención y en tres ocasiones después de la intervención la percepción de auto-eficacia generalizada a través de un cuestionario validado y (3) medir de igual forma en tres ocasiones antes y tres después de la intervención los niveles de ansiedad de los sujetos a través de cuestionarios validados.

