

Resumen

RELACIÓN ENTRE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS Y LA EJECUCIÓN
DEL MALTRATO INFANTIL

Paula López de Mesa *, Adriana Marcela Ramírez*, Andrea del Pilar Gutiérrez*,
Christian Dueñas*, David Buitrago*, Genny Santos*, Ivon Marcela Achury*,
Magda Munevar*¹

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

La existencia de creencias constituye el marco para el procesamiento de experiencias posteriores, estas fueron agrupadas en once factores como esquemas cognitivos. Se pretendió identificar si existe relación entre los esquemas maladaptativos y el maltrato infantil. Así mismo, describir algunas variables demográficas de los participantes como Género, Edad, Estrato socio económico, Estado civil y Procedencia. Se empleó la prueba: Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ – L2). En el análisis de los datos se aplicaron los procedimientos estadísticos de correlación Pearson y no se encontraron asociaciones significativas entre el maltrato y los esquemas maladaptativos. Se el maltrato infantil es un factor cultural.

¹ pauanlo@hotmail.com, adiana_20m@hotmail.com, andgut@hotmail.com,
ltrockdj@hotmail.com, psicodavidbuitrago@gmail.com
gennysantospico@gmail.com, alecrami216@yahoo.com,
mmunevar0411@yahoo.es

Introducción

La existencia de sentimientos y creencias fijadas desde la infancia y que de manera recurrente y disfuncional constituyen el marco para el autoconcepto y el procesamiento de experiencias posteriores, fueron identificados en once factores como esquemas maladaptativos tempranos (EMS).

El presente estudio, pretendió identificar si existe relación entre los esquemas maladaptativos y las conductas que caracterizan el maltrato infantil. Así mismo, describir variables como el sexo, edad, el estado civil, el estrato socioeconómico y la procedencia.

De esta manera, ampliar el conocimiento de los trastornos de personalidad y orientar exitosamente los programas de intervención en la población de padres o cuidadores que emiten este tipo de conductas.

Crece en el país el número de denuncias por maltrato infantil ante el Instituto de Bienestar Familiar. Al 16 de junio del año 2009 se registraron 29 mil 700. La mayoría de las denuncias son contra los mismos padres de familia o familiares cercanos a los infantes. De las 29 mil denuncias recibidas, mil 463 están relacionadas con maltrato psicológico, 7 mil 859 con maltrato físico y 6 mil 140 por negligencia.

El mayor número de denuncias, en cualquiera de sus formas, se da en Bogotá con 8 mil 744 casos; Valle, con 2 mil 962; Cundinamarca, con 2 mil 328; Antioquia, con mil 970 y Santander con mil 650 denuncias registradas

Es urgente diseñar programas de intervención dirigidos a los padres o cuidadores que presentan conductas de maltrato hacia sus hijos.

El contexto del maltrato infantil abarca factores sociales , culturales y socioeconómicos , así como los individuos más cercanos al mundo social del menor: los padres y la familia para comprender la importancia del maltrato infantil en el desarrollo sólo se debe reconocer que el fracaso de los padres en proveer cuidados en la crianza sensibles , disponibles y comprensivos perjudica el desarrollo del menor , incluso en aspectos concretos y visibles , como un crecimiento físico deficiente , baja adquisición general de conocimiento , desarrollo , desarrollo deficiente de vocabulario emocional , baja tolerancia a la frustración , solicitud exagerada de atención de adultos desconocidos, etc. (Wekerle,Millar,Wolfe,Spindel 2007)

Este problema se incrementa y no tendrá como detenerse si se considera que los padres que maltratan a sus hijos frecuentemente han experimentado maltrato durante su propia infancia y por lo tanto serán potenciales maltratadores; se estima que aproximadamente una tercera parte de los niños abusados y abandonados, eventualmente maltratarán violentamente a sus propios hijos.

En Colombia crece el número de denuncias de maltrato infantil. Por consiguiente, es importante investigar en la población colombiana cuáles son las variables que median para que se ejecuten las conductas que caracterizan a este fenómeno. Así, el estudio de los perfiles cognitivos de los trastornos de la personalidad contribuye al análisis de los factores asociados con los problemas emocionales, cognitivos, del comportamiento e interpersonales relacionados con el maltrato infantil, con miras a diseñar programas de intervención adecuados para la población colombiana.

Esquemas cognitivos

La psicología cognitiva pretende explicar la conducta humana a partir del estudio de sistemas cognitivos, su organización y principios fundamentales (Patiño & Martín, 2000). De esa manera, dependiendo de los contenidos de los esquemas éstos orientan finalmente el comportamiento de las persona.

Según Beck, A (citado en Ruiz & Cano, 1999), la percepción y la estructura de las experiencias del individuo, determinan sus sentimientos y conductas. Esas estructuras conforman los esquemas o supuestos personales que determinan una especie de *reglas abstractas* que guían la conducta del individuo.

Dentro del modelo cognitivo de los trastornos de personalidad, Freeman (1988), conceptualiza la personalidad y los trastornos de personalidad como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. De acuerdo con este mismo autor, los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos lo activan, presentando el sujeto ciertos patrones de conducta. Las experiencias tempranas infantiles conformarían el contexto de formación de estos esquemas. Esto resultaría en que la persona está convencida de la credibilidad de sus significados, de modo que tendría dificultades para desarrollar esquemas más acomodativos de tipo alternativo a lo largo de su evolución personal.

El propósito primordial de la teoría de los esquemas es el de proporcionar una orientación para las intervenciones clínicas, explica la razón de por qué con frecuencia algunos pacientes con trastorno de personalidad, no

responden a la terapia cognitiva de corta duración. (Segal, citado en Young, 1999).

Young (1999) plantea tres características de los trastornos de personalidad: rigidez, evitación y dificultades interpersonales que dan lugar a una considerable dificultad en la aplicación de la terapia cognitiva de corta duración.

Propone los siguientes constructos teóricos: a) Esquemas Maladaptativos, b) Dominios de los Esquemas, c) Mantenimiento de los Esquemas, d) Evitación de los Esquemas y e). Compensación de los Esquemas.

Los Esquemas Maladaptativos (EMS), se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales.

Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencia posterior. Son creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Guidano y Liotti (1983) plantean que los esquemas poseen una estructura profunda.

Los EMS son autoperpetuantes; debido a que se desarrollan en etapas tempranas de la vida, con frecuencia conforman el núcleo del autoconcepto y su concepción del ambiente. Por definición, los EMS deben ser significativamente disfuncionales y recurrentes, así como indirectamente llevar a malestares psicológicos como la depresión, las relaciones destructivas, un desempeño laboral inadecuado, conductas adictivas o a trastornos psicósomáticos, entre

otros. Los EMS son generalmente activados por eventos del ambiente relevantes para el esquema que esta en juego. Esta activación esta ligada a altos niveles de afecto con las creencias subyacentes. Finalmente, parecen ser el resultado del temperamento innato del niño, en interacción con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y amigos, durante los primeros años de vida (Young, 1999).

Young (1999) en sus estudios ha identificado dieciocho EMT:

1. Abandono/ Inestabilidad. Implica la sensación de que los otros significativos no podrán continuar proporcionado apoyo emocional, conexión, fortaleza o protección, porque son emocionalmente inestables e impredecibles.

2. Desconfianza/ Abuso. La creencia de que los otros lo lastimarán, se aprovecharán o lo harán víctima de sus abusos, o mentiras. Generalmente involucra la percepción de que el daño es intencional o de que el resultado es de una negligencia extrema e injustificada.

3. Deprivación Emocional. La creencia de que el deseo de lograr apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Las tres principales formas de deprivación son: deprivación de cuidados, deprivación de empatía y deprivación de protección.

4. Defectuosidad/ Vergüenza. El sentimiento de que se es defectuoso, malo o inferior, de no ser digno de ser amado si fuera puesto al descubierto. Puede implicar hipersensibilidad a la crítica, el rechazo, la culpa, comparaciones, e inseguridad con respecto a los demás.

5. Aislamiento Social/ Alienación. El sentimiento de que se está aislado, es diferente de los demás y/o no hace parte de ningún grupo o comunidad.

6. Dependencia/ Incompetencia. La creencia de que se es incapaz de enfrentar las responsabilidades cotidianas sin la ayuda externa.

7. Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad. Un temor exagerado a que la catástrofe sobrevenga. Los temores se centran en uno o más de los siguientes aspectos: catástrofes médicas, emocionales, externas, por ejemplo accidentes aéreos, terremotos.

8. Atrapamiento Emocional / Yo Inmaduro. Una excesiva implicación y cercanía emocional con uno o más otros significativos a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal.

9. Fracaso. La creencia de que se ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que se es inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro.

10. Derecho/ Grandiosidad. La creencia de que se es superior a los demás, de que no está obligado por las reglas. Implica la insistencia en que se debe ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales o las implicaciones.

11. Autocontrol/ Autodisciplina Insuficientes. Se expresa en la dificultad generalizada a ejercer un autocontrol y una tolerancia a la frustración suficientes. Énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad.

12. Subyugación. Sujeción excesiva al control de los demás, se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono.

Las dos principales formas son: subyugación de necesidades y subyugación de emociones.

13. Auto sacrificio. Concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás. Se manifiesta en conductas para evitar causar dolor a los demás, y sentirse egoísta o culpable y mantener la conexión con aquellas personas que se percibe como necesarias.

14. Búsqueda de Aprobación/ Búsqueda de Reconocimiento. Énfasis en la obtención de la aprobación, el reconocimiento o la atención de los demás o en encajar.

15. Negatividad/ Pesimismo. Una concentración en los aspectos negativos de la vida mientras se minimiza los aspectos positivos u optimistas.

16. Inhibición Emocional. La inhibición excesiva de acciones y sentimientos para evitar la desaprobación de los demás y sentimientos de vergüenza.

17. Estándares Implacables / Hipercrítica. La creencia en que se debe esforzar por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, para evitar la crítica.

18. Condena. La creencia de que las personas deberían ser castigadas por cometer errores. Implica tendencia a ser de mal carácter, intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluyendo uno mismo) que no comparten los propios estándares o expectativas.

Por otro lado, diversos estudios se han realizado correlacionando las características de personalidad con otros factores como lo son por ejemplo la ira y la conducta criminal. Se ha encontrado que hay niveles muy significativos

de correlación entre personalidad e ira, a la vez que se han encontrado correlaciones significativas entre ira y conducta antisocial (Montaña, Acosta & Gerena, 2002).

En Suecia se estudió el impacto poblacional de la enfermedad mental grave sobre el crimen violento. Se concluyó que el impacto poblacional de los pacientes con una enfermedad mental grave sobre el crimen violento, calculando el riesgo atribuible a la población, varía en función del sexo y la edad.

La fracción de riesgo de los pacientes atribuible a la población era, en general, del 5 %, lo que indica que los pacientes con una enfermedad mental grave cometen uno de cada 20 crímenes violentos (Fazel, Seena, Graan & Martin, 2006).

El modelo del Young, ha sido utilizado para investigar el papel que median los EMS en el abuso sexual en niños y la severidad de depresión adulta (Cukor & McGinn, 2006).

La problemática del maltrato infantil y su relación con los EMS y con trastornos de personalidad como el límite y el antisocial (Azar, 2005; Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005).

La psicología cognitiva pretende explicar la conducta humana a partir del estudio de sistemas cognitivos, su organización y principios fundamentales (Patiño y Martín, 2000). Otorga gran importancia a los procesos de elaboración de la información y a las estructuras de significado (Semerari, 2002); ya que concibe a la persona como un sistema altamente

complejo de procesamiento de la información, tanto *cognitiva* como *afectiva* (Best, 2000).

De acuerdo con Beck (1992), la cognición es la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a través de eventos temporales pasados, actuales o esperados. El modelo cognitivo se basa en el supuesto teórico subyacente que los afectos y la conducta de un individuo está influenciada en gran medida por el modo en que la persona estructura el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos, desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Para Mahoney (citado en Ruiz & Cano 1999), la mente, es un sistema que genera significados de la experiencia a través de reglas de abstracción. Esas reglas de abstracción construyen una serie de patrones clasificatorios de las experiencias, esto supone un sesgo *continuo* a la búsqueda de ciertas conclusiones; una forma de repetir el mismo esquema de conocimiento o significado a pesar de la variabilidad de la experiencia.

Este concepto de esquema fue desarrollado con antelación por Piaget, (1967), como estructuras cognoscitivas básicas, que el infante emplea para interactuar con el ambiente. Asimismo, este concepto es fundamental en su teoría sobre la inteligencia. Según Beck, (citado en Ruiz y Cano, 1999), la percepción y la estructura de las experiencias del individuo, determinan sus sentimientos y conductas. Esas estructuras conforman los esquemas o supuestos personales que determinan una especie de *reglas abstractas* que guían la conducta del individuo.

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo o el de supuesto personal (Beck, 1992). Asimismo, los esquemas equivalen también a las creencias según la concepción de Ellis y Grieger, (1990), se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que se puede, o no ser concientes.

Según Riso (1992), los esquemas son una entidad cognitiva en la que se organiza de una manera estable la información que el sujeto posee y adquiere a lo largo de su vida. De acuerdo con Neisser (citado en Riso, 2006), los esquemas dirigen la atención, recordando o percibiendo estímulos relevantes y/o ignorando los de escaso valor.

Teóricos de la psicología social, también han definido los esquemas, Baron y Byrne (1998), los definen como marcos mentales que contienen información relevante de situaciones o acciones específicas, las cuales, una vez establecidas, ayudan a interpretar situaciones y lo que pasa en ellas, estos tienen gran impacto en la cognición social. Dentro de este mismo enfoque, se ha hablado acerca del esquema de decisión social, en el proceso de la toma de decisiones. Este esquema, es definido como reglas relativas a la distribución inicial de las opiniones de los miembros para la decisión final del grupo.

De esa manera, dependiendo de los contenidos de los esquemas éstos orientan finalmente el comportamiento de las persona. Así, para (Davis, 1984), los efectos evolutivos de comportamiento que han resultado efectivos, establecen el autoesquema sexual, Andersen y Cyranowski (1994)

hacen referencia sobre el esquema sexual del *self*, el cual es planteado como una generalización cognitiva sobre aspectos sexuales de una persona que se originan en experiencias pasadas y guían el comportamiento sexual.

Bem (citado en Papalia, 1998) teórico del enfoque social cognitivo, fundamenta su teoría del esquema de género, en que el organismo ayuda a que el niño clasifique información. En consecuencia un esquema de género es un patrón de comportamiento que se organiza alrededor del género.

Por otro lado, la teoría cognitiva de la motivación, se centra en los procesos mentales o pensamientos como uno de los determinantes causales que llevan la acción. Algunos de los constructos cognitivos implicados en la motivación son los planes (Miller, Galanter y Pibram, 1960), las metas (Locke, Shaw, Saari y Latham, 1981), la disonancia (Festinger, 1957), los esquemas (Ortony, Clore y Cllins, 1988), las expectativas (Vroom, 1964), las evaluaciones (Lazarus, 1966), y las atribuciones (Weiner, 1986).

Asimismo, ha sido estudiada la coherencia del autoconcepto, donde se dice que gran parte de la información que se procesa esta relacionada con el *self*. La mayor parte de esta información, viene de experiencias vitales específicas. A partir de este procesamiento, el individuo construye una representación general del *self*. De acuerdo con Markus (1977), el *self* es un compuesto de varios esquemas correspondientes a distintos ámbitos, y surgen de las reflexiones sobre las evaluaciones sociales. Una vez contruidos los esquemas sirven de etiquetas para resumir y organizar toda la riqueza de experiencias sociales pasadas y futuras del individuo (Harter, 1988. Markus y Sentisk, 1982. Scheier y Carver, 1988). Cuando una

experiencia se ajusta al esquema de lo que va a ocurrir entonces se produce la congruencia de esquema. La congruencia e incongruencia de esquemas produce reacciones emocionales (Mandler, Citado en Reeve, 1997).

Desde el campo que estudia la inteligencia artificial, se ha retomado el concepto de esquema para explicar la inteligencia como la capacidad de asimilar, guardar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas (Goleman, 2002). Asimismo, el procesamiento de la información en el cerebro ha tratado ser explicado Pinker (2000), utilizando el concepto de esquema como una ley o una regla. Del mismo modo, ha tratado de explicar la inteligencia como la capacidad de alcanzar metas, superando obstáculos, mediante decisiones que se basan en reglas racionales. De acuerdo con este autor, la información que se procesa en el cerebro se da conforme a unas leyes o reglas, y el pensamiento consiste en aplicar el conjunto de reglas.

Del mismo modo, dentro de este enfoque se utilizan los conceptos de distorsión cognitiva y pensamientos automáticos, que son los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos (Riso, 2006). De esta forma, los sentimientos y la conducta son hasta cierto punto determinados y mantenidos por la percepción y la estructura de las experiencias del individuo. Por consiguiente, una de las bases de la intervención cognitiva, consiste en pasar de un procesamiento de información automático a uno controlado (Riso, 2000; 2004).

Esta teoría piagetiana ha sido utilizada por Cottraux (citado en Ruiz y Cano, 1999), para explicar la estabilidad y el cambio terapéutico; los esquemas situados en la memoria a largo plazo funcionan automáticamente

y contienen conocimiento sobre el mundo, pueden ser activados por emociones que son análogas. Igualmente, regulan los comportamientos con base en la información que los conforman (asimilación de la realidad al esquema) o lo modifican (acomodación del esquema a la realidad).

Se considera que mediante la modificación de las estructuras cognitivas un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas y corregir los *constructos* erróneos para producir una mejoría clínica (Caro, 1997).

El contenido de los esquemas nucleares negativos, crean en el sujeto sentimientos de impotencia y de inconformidad frente a la posible solución del problema, estos son un blanco terapéutico donde la meta se sistematiza de la siguiente manera: acomodación esquemática, activación y desactivación esquemática, creación o instalación de esquemas, resolución o complementación cognitiva (Riso, 2006).

Siguiendo esta misma línea, el modelo de Young (1999), expande la terapia cognitivo-conductual, denominada *Terapia Centrada en Esquemas*, permite la conceptualización y el tratamiento más completo de los pacientes con trastornos de personalidad. No tiene la intención de ser una teoría comprensiva de psicopatología o de personalidad, sino más bien un *heurístico clínico conveniente* (Segal, citado en Young, 1999). Sin embargo, la Terapia Centrada en Esquemas, combina las técnicas cognoscitivo-conductuales e incluye protocolos detallados para tratar desordenes de personalidad (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

El propósito primordial de la teoría de los esquemas es el de proporcionar una orientación para las intervenciones clínicas, explica la razón de por qué con frecuencia algunos pacientes con trastorno de personalidad, no responden a la terapia cognitiva de corta duración. En resumen, Young (1999) plantea tres características de los trastornos de personalidad: rigidez, evitación y dificultades interpersonales que dan lugar a una considerable dificultad en la aplicación de la terapia cognitiva de corta duración y propone los siguientes constructos teóricos: a) Esquemas Maladaptativos, b) Dominios de los Esquemas, c) Mantenimiento de los Esquemas, d) Evitación de los Esquemas y e). Compensación de los Esquemas.

Los Esquemas Maladaptativos (EMS), se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales. Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencia posterior. Son creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Guidano y Liotti (1983) plantean que los esquemas poseen una estructura profunda.

Los EMS son autoperpetuantes; debido a que se desarrollan en etapas tempranas de la vida, con frecuencia conforman el núcleo del autoconcepto y su concepción del ambiente. Por definición, los EMS deben ser significativamente disfuncionales y recurrentes, así como indirectamente llevar a malestares psicológicos como la depresión, las relaciones destructivas, un desempeño laboral inadecuado, conductas adictivas o a trastornos psicósomáticos, entre otros. Los EMS son generalmente activados

por eventos del ambiente relevantes para el esquema que esta en juego. Esta activación esta ligada a altos niveles de afecto con las creencias subyacentes. Finalmente, parecen ser el resultado del temperamento innato del niño, en interacción con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y amigos, durante los primeros años de vida.

Young (1999) en sus estudios ha identificado dieciocho EMT:

1. Abandono/ Inestabilidad. Implica la sensación de que los otros significativos no podrán continuar proporcionado apoyo emocional, conexión, fortaleza o protección, porque son emocionalmente inestables e impredecibles.

2. Desconfianza/ Abuso. La creencia de que los otros lo lastimarán, se aprovecharán o lo harán víctima de sus abusos, o mentiras. Generalmente involucra la percepción de que el daño es intencional o de que el resultado es de una negligencia extrema e injustificada.

3. Deprivación Emocional. La creencia de que el deseo de lograr apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Las tres principales formas de deprivación son: deprivación de cuidados, deprivación de empatía y deprivación de protección.

4. Defectuosidad/ Vergüenza. El sentimiento de que se es defectuoso, malo o inferior, de no ser digno de ser amado si fuera puesto al descubierto. Puede implicar hipersensibilidad a la crítica, el rechazo, la culpa, comparaciones, e inseguridad con respecto a los demás.

5. Aislamiento Social/ Alienación. El sentimiento de que se está aislado, es diferente de los demás y/o no hace parte de ningún grupo o comunidad.

6. Dependencia/ Incompetencia. La creencia de que se es incapaz de enfrentar las responsabilidades cotidianas sin la ayuda externa.

7. Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad. Un temor exagerado a que la catástrofe sobrevenga. Los temores se centran en uno o más de los siguientes aspectos: catástrofes médicas, emocionales, externas, por ejemplo accidentes aéreos, terremotos.

8. Atrapamiento Emocional / Yo Inmaduro. Una excesiva implicación y cercanía emocional con uno o más otros significativos a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal.

9. Fracaso. La creencia de que se ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que se es inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro.

10. Derecho/ Grandiosidad. La creencia de que se es superior a los demás, de que no está obligado por las reglas. Implica la insistencia en que se debe ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales o las implicaciones.

11. Autocontrol/ Autodisciplina Insuficientes. Se expresa en la dificultad generalizada a ejercer un autocontrol y una tolerancia a la frustración suficientes. Énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad.

12. Subyugación. Sujeción excesiva al control de los demás, se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono. Las dos principales formas son: subyugación de necesidades y subyugación de emociones.

13. Auto sacrificio. Concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás. Se manifiesta en conductas para evitar causar dolor a los demás, y sentirse egoísta o culpable y mantener la conexión con aquellas personas que se percibe como necesarias.

14. Búsqueda de Aprobación/ Búsqueda de Reconocimiento. Énfasis en la obtención de la aprobación, el reconocimiento o la atención de los demás o en encajar.

15. Negatividad/ Pesimismo. Una concentración en los aspectos negativos de la vida mientras se minimiza los aspectos positivos u optimistas.

16. Inhibición Emocional. La inhibición excesiva de acciones y sentimientos para evitar la desaprobación de los demás y sentimientos de vergüenza.

17. Estándares Implacables / Hipercrítica. La creencia en que se debe esforzar por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, para evitar la crítica.

18. Condena. La creencia de que las personas deberían ser castigadas por cometer errores. Implica tendencia a ser de mal carácter, intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluyendo uno mismo) que no comparten los propios estándares o expectativas.

Posteriormente Young (citado en Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín & Schnitter, 2005), identifica dieciséis esquemas agrupados en seis áreas superiores de funcionamiento o dominios:

1. Dominio de inestabilidad/desconexión: abandono, abuso/desconfianza y privación emocional.

2. Dominio de autonomía deteriorada: dependencia funcional, vulnerabilidad al daño/enfermedad y entrapamiento.

3. Dominio de indeseabilidad: defectuosidad, indeseabilidad social e incapacidad de logros.

4. Dominio de autoexpresión restringida: subyugación e inhibición emocional.

5. Dominio de satisfacción restringida: autosacrificio, estándares inflexibles y negatividad/pesimismo.

6. Dominio de límites insuficientes: derecho y autocontrol insuficiente.

De esta manera, el modelo de los EMS ha sido ampliamente utilizado para diferentes investigaciones en los diversos campos de la psicología clínica; otras investigaciones que sustentan la utilización de dicho modelo son por ejemplo; la relación entre el dolor psicológico, dificultades psicológicas comunes y estilo de apego (Platts, Mason & Tyson, 2006), la problemática del maltrato infantil y su relación con los EMS y con trastornos de personalidad como el límite y el antisocial (Azar, 2005; Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005).

Maltrato Infantil

En cuanto al maltrato infantil este uno de los actos más doloroso que puede vivir un menor, esta situación ha venido en aumento en el mundo generando cada día mas alarmas por ser uno de los problemas más graves de la sociedad moderna ya que se ha convertido en una de las principales causas de lesiones y muerte en la infancia. Sin embargo, pasa desapercibido en la comunidad, e incluso a la propia familia que lo consideran “normal”, propio de la educación del menor, por un sentimiento ancestral de propiedad de los hijos. Tradicionalmente, la cultura de la violencia contra la infancia está presente en la vida cotidiana, sin embargo, no es reconocida como tal, se acepta como parte del orden social establecido , va en aumento, y afecta a todas las edades, especialmente a la infancia (Sáez, Benguigui & Rey,2006).

Por esta razón el estudio del Maltrato infantil pasa por definir de forma consensuada y universal los conceptos de Infancia y maltrato. El concepto de infancia está condicionado históricamente por lo que a lo largo de los siglos se entiende por "niño", y que ha ido variando según las distintas culturas y su respectivo desarrollo. En la actualidad, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 1, se entiende por niño “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.” La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria, vinculante para los estados que la han firmado sin embargo, se entiende que

esto no se aplica, a menos que las leyes nacionales reconozcan la mayoría de edad más temprano.

Al revisar la historia de la psicopatología infantil, se encuentran diferentes formas en el manejo y prácticas disciplinarias de tipo coercitivo impuestas por una sociedad que no tenía otros recursos para guiar a los niños y exigir comportamientos de adulto, ya que el niño era concebido como un adulto en miniatura. Incluso antes de la Revolución Industrial era común ver a los niños desarrollando trabajos pesados con jornadas laborales de más de 12 horas.

En 1970, Gil.GD definió el maltrato infantil como Cualquier acto, efectuado o no, realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, así como todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia o que priven a los niños de su libertad o sus derechos correspondientes o dificulten su óptimo desarrollo (Casado, Díaz & Martínez, 2003).

A partir de estos conceptos y de la descripción del maltrato infantil del Centro Internacional de la infancia de París establece el maltrato infantil como: Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar que amenace o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

Es así como en 1981 el Consejo Europeo cataloga maltrato infantil a los actos y las carencias que afectan gravemente el desarrollo, físico, psicológico, y moral del niño o niña, ejecutado por los padres, cuidadores o personas adultas alrededor de ellos (Prieto, 2005).

Posteriormente el 20 de noviembre de 1989 se establece la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas; aprobada por la Asamblea General, y en ella se define el maltrato como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución, que le tenga a su cargo" (UNICEF Convención sobre los Derechos del Niño 1990).

Por la gran cantidad de definiciones del Maltrato Infantil que dificultan notablemente establecer comparaciones entre diversos estados o países, la OMS en su reunión de consulta sobre la prevención del maltrato infantil redactó la siguiente definición en el año 1999. "El maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Fernández & Perea, 2004)

Esto en otras palabras como lo señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sostiene que: "UNICEF entiende a los menores víctimas del maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, e

incluye el abandono completo o parcial." (Foro de discusión. UNICEF. Marzo de 2006).

En efecto en el año de 2006, según la ley de infancia y de adolescencia define el Maltrato Infantil como toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación, y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente, por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona se considera maltrato infantil. (Republica de Colombia-Ley de infancia y Adolescencia ,2006)

Para empezar en el antiguo Testamento, específicamente en los libros de Levítico capítulo veinte, versos del uno al cinco y Números capítulo treinta y uno diecisiete, encontramos pasajes que describen cuando los padres sacrificaban sus hijos al dios de los Anomitas moloc, y cuando el patriarca Moisés ordenaba a sus guerreros que matasen a todos los prisioneros de guerra, incluyendo los niños (Sotomayor, 2005).

Es así como en Roma, Plautus nacido en el 254 A.C., enmarcó en la locución latina *homo homini lupus*, la agresión del hombre hacia sí mismo, más tarde el "amic Caesaris" Herodes, cerca del 1 D.C., ordena la ejecución de todo primogénito menor de dos años. El infanticidio se practicó justificadamente sobre los niños con defectos congénitos, hijos de uniones ilícitas y prostitutas, de manera indirecta por actos de omisión (Hernández, Venegas,Ventura 2006). De la misma forma, en Mesopotamia o el Antiguo Egipto para satisfacer a los dioses se realizaban sacrificios humanos, a menudo infantiles, el cual consistía

en un ritual, una práctica litúrgica, que llegó también a la Grecia clásica y a distintas culturas en otros continentes como lo fue en la ciudad Tiro y Sidón donde se sacrificaba a los niños para calmar la ira de los dioses. Los moravitas, amonitas y fenicios adoraban al dios Moloch, que tenía figura de hombre y cabeza de ternero, con una amplia parrilla en su diestra mano; construida de bronce y hueca, se rellenaba de leña, y cuando la parrilla se ponía al rojo se colocaban sobre ella los niños vivos para pedir su clemencia. (Sotomayor, 2005).

Por otra parte en las tribus Tamala de Madagascar, la práctica del infanticidio surge del deseo de mantener el honor en la familia. Si el niño nacía de acuerdo al calendario, en un día nefasto, se le eliminaba, porque estaba predestinado a convertirse en un ladrón o traer desgracias al grupo familiar. En tiempos antiguos, el infanticidio ejecutado por el padre se basaba en su derecho a aceptar al recién nacido o rechazarlo; así se eliminaba a la criatura si era una mujer o tenía ciertas incapacidades o mal formaciones. (Sotomayor, 2005).

Al igual las crónicas escandinavas cuentan que el rey sueco Aun sacrificó al dios Odín, en Upsala, a nueve de sus hijos, pues un oráculo le dijo que viviría reinando mientras sacrificara un hijo cada diez años. En Atenas, el padre era el dueño absoluto del hijo recién nacido. En Esparta, cada recién nacido era sometido al juicio de la Asamblea de ancianos; si le juzgaba útil, respetaban su vida; en caso contrario era enviado al monte Taijeto, lanzado a sus simas Baratro y Apotetes para alimento de las fieras (Sotomayor, 2005).

Por otra parte las sociedades basadas en la esclavitud y la servidumbre abusaron sexualmente de niñas y niños. En Roma antigua un hombre libre

podía elegir entre las esclavas nacidas bajo su techo a una para que fuesen su concubinas, alcanzar los doce años, recibía la condición legal de concubina, de la misma manera que a esta edad, la joven nacida libre y comprometida por su padre antes de los doce años, recibía el estatus legal de esposa legítima (Sotomayor, 2005).

Es así como también en China, las niñas sufrían graves situaciones de maltrato que terminaban en la muerte, pues eran llevadas a las puertas de la ciudad para saciar a los lobos hambrientos. Según antiguas tradiciones conservadas por algunas etnias, como los baatonous, los bokos o los peuls, los niños que salen del vientre de su madre en posiciones anormales, como por ejemplo con la cabeza girada hacia arriba, son calificados inmediatamente de brujos y de malditos, y debían ser sacrificados con el acuerdo de sus propios padres. Estas practicas en contra de los niños son constante a lo largo de la historia lo único que cambia es su justificación y en la Edad Media en Europa algunas veces se practicaba el lanzamiento del niño fajado .Un hermano de Enrique IV murió porque lo dejaron caer cuando jugaban con él pasándolo de una ventana a la otra. Los médicos se quejaban de que los padres rompían los huesos a sus hijos pequeños con la costumbre de lanzarlos como pelotas. Las nodrizas decían a menudo que los corsés, en que iban embutidos los niños eran necesarios porque sin ellos no se les podía lanzar de un lado a otro. Los médicos denunciaban también la costumbre de mecer violentamente a los niños pequeños ,que dejaba a la criatura atontada para que no moleste a los encargados de su cuidado (Sotomayor, 2005).

Posteriormente en el siglo XIX Cuando los hijos no habían sido deseados, la mortalidad alcanzaba elevadas cuotas. Así, en Londres, perecían el 80 % de los hijos ilegítimos que habían sido encomendados a nodrizas, quienes exentas de escrúpulos, cobraban salarios y se desembarazaban prontamente de los lactantes. Cuando podían obtenerse ganancias, los adultos vendían, en ocasiones, a los niños como esclavos o los explotaban como mano de obra barata. El infanticidio era una amenaza en las familias de la época, y en determinadas culturas, era ampliamente aceptado como medio para controlar el aumento de población y eliminar niños con defectos congénitos. En muchos casos, los abandonos implicaban la muerte directa del menor abandonado, y en el resto representaba una vida muy precaria y marginal, dada la consideración de "expósito" que se arrastraba y los pocos recursos a los que se podía acceder. "Al no tener estos niños padres conocidos, se les ponían apellidos que delataban su condición de niños abandonados: el más cruel era el ponerles directamente 'Expósito' de apellido"(Sáez ,Benguigui & Rey 2006).

Ya a finales del siglo XIX en España la mortalidad infantil era dramática: uno de cada cinco recién nacidos moría antes de cumplir un año y dos no llegaban a cumplir los cinco años. La mortalidad de las madres también era alarmante. Esto, junto con enfermedades crónicas y pobreza, daba origen a situaciones familiares muy graves. En este contexto se fundaron instituciones médicas dedicadas exclusivamente a la atención infantil. En 1876, en Madrid se funda el Hospital del Niño Jesús, cuyo primer director fue el Dr. Benavente, padre del dramaturgo Jacinto; en Valencia, el de niños "nerviosos y coléricos" (1880); en Barcelona, el Hospital de Niños Pobres y la institución de la "Gota de

leche”, por el Dr. Francisco Vidal Solares (1892); en Madrid, el hospital de San Rafael, impulsado por los hermanos de San Juan de Dios (1892). Este mismo año, el Dr. Tolosa-Latour levanta, a sus expensas, el Hospital Marítimo de Chipiona (Cádiz), con el fin de aplicar los beneficios del sol y los baños de mar a la curación de enfermedades infantiles, como la escrofulosis y el raquitismo. Otra forma de Maltrato Infantil que a pesar de ser una práctica tan antigua aun en estos días se sigue realizando y es la mutilación genital la cual ha constituido un rito religioso que se inicia en Egipto hace 2.000 años hasta nuestros días. En la actualidad sigue siendo un fenómeno muy grave: se estima que más de 135 millones de niñas y mujeres la han sufrido y que cada año dos millones de niñas corren el riesgo de padecerla. Las principales razones aducidas para la continuación de esta práctica son la costumbre y las estructuras de poder patriarcales para controlar la vida de la niña y de la futura mujer. Ahora bien, haciendo un recopilación de datos, en el mundo ha reconocido la importancia de la infancia y es así como lo recopilan Sáez, Benguigui, Rey (2006)

Inicialmente en el año 1919 Eglantyne Jebb pone en marcha Save the Children Fund, como respuesta a la miseria en que la guerra hunde a miles de niños en Europa. Aspira a algo más que a ofrecer un socorro inmediato y, en 1920, se traslada a Ginebra para crear Save the Children International Unión (que más tarde se convertiría en la Unión Internacional de Protección de la Infancia).

Luego ya en el año de 1924 La Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra o Tablas de los Derechos del Niño, redactada por la

Unión Internacional de Protección de la Infancia. La Declaración establece que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando esté hambriento, enfermo, discapacitado o huérfa no; a que se le socorra en primer lugar en situaciones graves; a estar protegido contra cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social.

Así mismo en el año 1948 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 25 se refiere al niño como poseedor de “derecho a cuidados y asistencia especiales” y en el año de 1959 la Asamblea de las Naciones Unidas aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño, que reconoce derechos como el derecho a no ser discriminado y el derecho a tener un nombre y una nacionalidad. También consagra en la práctica los derechos de la infancia a la educación, a la atención de la salud y a la protección especial.

Posteriormente en el año 1979 Las Naciones Unidas declaran 1979 como Año Internacional del Niño. El mayor logro del Año es que la Asamblea General acuerda que se establezca un grupo de trabajo de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, con el fin de redactar una Convención que sea jurídicamente vinculante. Ya para el año de 1989 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por unanimidad la Convención sobre los Derechos del Niño, que entra en vigor al año siguiente. De igual forma en 1990 Se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. A ella asisten 71 Jefes de Estado y de Gobierno. Los dirigentes mundiales firman la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y

el Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción para aplicar la Declaración, que establece metas que deben lograrse para el año 2000.

Teniendo en cuenta el reconocimiento y la importancia con la cual se ha tratado el tema del maltrato infantil en 1999 Se aprueba el Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.

En el año 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio incorporan metas específicas relacionadas con la infancia, entre ellas la reducción de la mortalidad mundial de niños menores de cinco años en dos terceras partes, y el logro de la educación básica universal a lo largo del período comprendido entre 1990 y 2015. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de los niños en conflictos armados, y otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

Finalmente en el 2002 La Asamblea General de las Naciones Unidas celebra la Sesión Especial en favor de la Infancia, reuniéndose por primera vez para debatir específicamente cuestiones relacionadas con la infancia. Cientos de niños participan formando parte de las delegaciones oficiales. Los dirigentes mundiales se comprometen a crear “Un mundo apropiado para los niños”, y reafirman que la familia tiene la responsabilidad básica de la protección, la crianza y el desarrollo del niño, y que tiene derecho a recibir una protección y un apoyo integrales.

A partir de aquí y en adelante diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han trabajado fuertemente sobre el

tema del maltrato y actualmente en la literatura son reconocidos diferentes tipos de maltrato .Según clasificación propuesta por Palacios, Moreno y Jiménez (1995) y Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña (1998) que proponen los siguientes tipos de abandono.

En primer lugar abandono o negligencia: Se da cuando las necesidades físicas básicas de un niño y su seguridad no son atendidas por sus adultos responsables.

Maltrato emocional: Las necesidades psicológicas del niño, especialmente las relativas a las relaciones interpersonales y la autoestima no son tenidas en cuenta.

Los indicadores son: insultos, conductas de rechazo, frialdad afectiva, ignorancia de necesidades afectivas del niño, privación del contacto con pares etc.

Maltrato físico: se da cuando existen acciones no accidentales de un adulto que provocan daño físico o enfermedad en el niño o ha colocado al niño en grave riesgo a raíz de una negligencia intencionada. (Casado, Díaz, Martínez, 2003)

Los indicadores son: heridas, quemaduras, moretones, fracturas o torceduras, cortes, lesiones internas etcétera.

Abuso Sexual: Se da cuando un adulto utiliza a un menor para satisfacer sus deseos sexuales.

Los indicadores de este son: dificultades del niño para sentarse, caminar, conductas precoces que no corresponden a la edad.

Maltrato prenatal: Existen cuando las características del estilo de vida de la pareja que espera un hijo perjudican el desarrollo del feto.

Por otra parte los indicadores son: continuación de hábitos tales como fumar, tomar alcohol, recurrir a las drogas durante el embarazo, sin cuidar la salud del feto.

Mendicidad: el niño es utilizado para mendigar ya sea permanente o esporádicamente.

Corrupción: Se genera cuando el adulto orienta al niño a conductas antisociales tales como el consumo o tráfico de drogas, el hurto, conductas agresivas, etcétera.

Explotación laboral: Sucede cuando el adulto obliga a trabajar al niño para beneficio propio en tareas que exceden su capacidad e interfieren en las necesidades propias de.

Síndrome de Munchausen por poderes: Aparecen en el niño frecuentemente síntomas físicos patológicos reiterados, que ocasionan hospitalizaciones o atamientos médicos reiterados que no desembocan en diagnósticos precisos. Los síntomas en general desaparecen cuando el niño está lejos de la familia.

Maltrato institucional: Se da en el caso de los niños que están institucionalizados, cuando no se respetan sus derechos al cuidado, la protección y a la estimulación (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

Tratado el tema de maltrato de forma cuantitativa se puede determinar la magnitud de esta problemática a nivel mundial es así como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia informa que en Asia, al menos 60 millones de

niñas han “desaparecido” debido a la selección prenatal del sexo, el infanticidio o el abandono. (UNICEF, 2005)

Es así como en Europa se están desarrollando cada vez mas investigaciones sobre el maltrato a la infancia, analizando las situaciones de la familia escolarización , ocio y tiempo libre , legislación , toxicomanías , etc., para mejorar el bienestar y protección infantil y según el trabajo de la National Society for the Prevention of Cruelty of Children (NSPCC) que , basados en los datos de sus registros que abarcan el 9% de la población infantil de Inglaterra y Gales , estimaban en 1986 que aproximadamente 16.000 niños eran víctimas de malos tratos , 9.590 niños por maltrato físico y 6.330 por abusos sexuales .

Una investigación realizada en Finlandia en 1985 con 9.000 niños escolarizados recogía que el 72% reconocían haber sufrido malos tratos físicos leves (empujones, cachetadas, etc...) en algún momento de su vida, y el 8% maltrato físico importante como patadas, puñetazos, amenazas con cuchillos o armas de fuego siendo la incidencia en año anterior del 18 por 100 para las formas leves y 5 por 100 para graves. (Casado, Díaz, Martínez, 2003)

Esta situación no era diferente en Estocolmo (Suecia) ya que se investigaron durante 1990 los casos sospechosos de maltrato infantil en 841 escuelas infantiles para niños con edades entre 1 y 6 años de los 3.737 niños que atendían, en 112 niños correspondiente al 3% existían sospechas fundadas de maltrato, de los cuales solo 37% fueron notificados a las Agencias de protección infantil, y a los cinco años de seguimiento todavía el 43% de estos casos no era conocido por el sistema de protección.

La falta de registros dificulta la aproximación al conocimiento del problema en una encuesta realizada en 1992 en treinta países, 14 en vías de desarrollo y 16 desarrollados, solo la mitad de los países desarrollados y un tercio de los países en vías de desarrollo disponían de registros centralizados, y en muchos países incluyendo Estados Unidos, Canadá, Francia y Alemania, la recogida de datos era fragmente con escasa comparabilidad (Casado, Díaz & Martínez 2003).

La situación de la infancia en España, como se deriva del informe al Comité de los Derechos del Niño de la Naciones Unidas sobre la aplicación de la Convención de los derechos de los niños de 1989, se corresponde con la de un país desarrollado con niveles de servicios educativos, sanitarios y sociales que cubren a la practica totalidad de la población.

Los servicios de Protección de Menores en España en los años 1991 y 1992 abrieron 32.483 expedientes y se detectaron 8.565 niños maltratados, lo que presenta una media anual de 0.44 por 1000 de la población infantil española, la mayor parte afectada por negligencia (79%, siendo el maltrato emocional (42%) y el maltrato físico 30% el segundo y tercer tipo mas frecuente (Casado, Díaz & Martínez, 2003).

En Montreal (Canadá) los servicios de protección infantil detectaron en diez meses (1988-1989) 2.854 casos, siendo la incidencia en la población de niños haitianos (13%) ligeramente más alta que la francocanadiense (11 por 1.000), con mayor proporción de maltrato físico y pocos casos de abuso sexual.

Por otra parte la situación en América Latina está marcada por la pobreza extrema que aproximadamente afecta a la mitad de la población total, de la 200

millones de niños 45%, situación que, por la evolución de la deuda externa y la disminución del gasto público social, tiende a aumentar el porcentaje de pobres en relación con la población mundial. (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

Es así como los hospitales no notificaron más de la mitad de los 77.000 casos detectados en Estados Unidos entre mayo 1979 y abril de 1980 siendo notoria esta falta de información en los casos de maltrato emocional y en familias de clase social alta (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

De igual forma, en Estados Unidos en 1980 se estimaba que entre 1.4 y 1.9 millones de niños al año se encontraban en situación de grave riesgo de ser maltratados con unas tasas de maltrato infantil del 15 por 1000 del total de niños. (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

Dos grandes estudios de incidencia en el conjunto de todo el país se realizaron en 1979-1980 (National Incidence Study 1, NIS-1) y en 1986 (National Incidence Study 2, NIS-2). La incidencia del maltrato en el primer estudio era del 10.5 por 1.000 niños, dato calculado basándose en los casos detectados por los servicios de protección a la infancia 3.4% y las informaciones procedentes de otros profesionales y excluyendo los casos en los que el daño resultó ser leve. La incidencia en el segundo estudio fue del 15 por 1.000 de la población infantil, distribuidos en abandono físico 8%, maltrato físico 5%, maltrato emocional 3% y abuso sexual 2%.

El Second National Family Violence Survey, en 1985, destaca que en familias con al menos un hijo menor de 18 años la prevalencia de formas leves de maltrato físico y maltrato verbal era del 61% de la población infantil, y de formas graves (golpeados, pateados, heridos, amenazados con cuchillos o

armas de fuego) era de 11% ,estableciendo un perfil de niños entre 3 a 6 años y familias con pobreza –desempleo , toxicomanías , agresor varón y edad de la pareja inferior a 30 años (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

Un total de 2.400.000 casos de niños maltratados se registraron en 1989, del los que aproximadamente un 27% presentaban maltrato físico, 16% abuso sexual, 8% maltrato emocional y 55% negligencia y 1.237 fallecieron por esta causa.

La cifras en latino America son desalentadoras, en Brasil una revisión de 63 familias, cuyos hijos habían sido diagnosticados de malos tratos en el Hospital de Crianca Santo Antonio (Porto Alegre), con la edad inferior a 3 años en el 66% niños presentaban signos de maltrato infantil . La dificultad de reconocer el abuso sexual antes de los 5 años, la disposición de abandono del niño en el hospital y la escasez en los países en vías de desarrollo de recursos y servicios de terapia y resolución de conflictos y provisión de necesidades básicas de la familia sigue acrecentando el problema (Casado, Díaz, Martínez, 2003).

La situación en Colombia es crítica; los periódicos y las noticias a diario califican el maltrato infantil como una “patología social”. Entre enero y septiembre de 2005, Bienestar Familiar recibió 37.831 denuncias por distintas formas de abusos contra menores lo que indica que cada día son maltratados en el país 140 niños, sin desconocer que el subregistro de esta practica violenta es muy alto. Dentro de los casos reportados, los signos físicos (tal vez por ser los más evidentes en un plazo inmediato) son los más comunes, seguidos por las lesiones sicológicas. A diario se registran casos de niñas abusadas

sexualmente incluso por sus familiares. Denuncias como estas prendieron de nuevo las alarmas por el maltrato infantil en Colombia. (Foro de discusión. UNICEF. Marzo de 2006)

Así mismo el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) registra las cifras de maltrato en Colombia hasta el año 2001 evidenciando como ya se ha mencionado anteriormente la magnitud del problema del maltrato infantil.

En el año 2000 se registraron 68.585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10.900 fueron por maltrato infantil, 43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos y se estableció que 2 millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1.000 sufren de algún tipo de maltrato y en promedio, mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente.

Con respecto a la situación de abuso sexual, en 2001 Medicina legal practicó 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, de los cuales 8.745 se practicaron en mujeres y 1.210 en hombres. El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%).

En este tipo de abuso contra menores de 18 años Medicina Legal constató que en el 78% de los casos, el agresor era un conocido del niño o niña, especialmente padre, padrastro u otro familiar.

También Medicina Legal viene constatando un aumento de las denuncias en los últimos años; de un total de 10,716 dictámenes en 1997 se pasó a 12.485 en 1999 y a 13.352 en 2001.

La situación de la explotación sexual también hace a este tema y se estima que aproximadamente 35 mil niños y niñas menores de 18 años son explotados sexualmente en Colombia. Se ha detectado en la última década un aumento del número de niños y niñas inducidos a la prostitución y una creciente inducción en edades más tempranas, inclusive antes de los 10 años. En su gran mayoría los niños y niñas han sido víctimas de violencia en el hogar, de abandono, de abuso sexual o de expulsión del sector educativo.

De igual forma, los niños presentan otro escenario de maltrato que es el conflicto armado, se estima entre 6.000 y 7.000 la cifra de los niños y niñas vinculados a los grupos armados irregulares, en su mayoría entre los 15 y 17 años de edad. La guerrilla de las FARC es la organización que más niños mantienen en su poder, seguida por el ELN y después por las Autodefensas ilegales.

En los últimos 4 años el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), ha atendido a 752 menores de 18 años desvinculados de los grupos alzados en armas, 92 de ellos huyeron y se entregaron a las autoridades; 660 fueron capturados. 512 de estos eran hombres y 240 mujeres, con edades entre los 9 y 17 años. El Ejército Nacional ha informado que en 2001 murieron, huyeron o se entregaron, 101 menores de edad, 33 mujeres y 68 hombres entre 9 y 17 años de edad. Del total de desmovilizados en Colombia en el año 2000, el 48% eran menores de 18 años.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar confirma la desvinculación de un significativo número de menores entre los 9 y los 11 años, lo que demuestra que los grupos armados ilegales están reclutando a más temprana edad a los niños y niñas para la guerra.

Solamente el 14% de los menores de 18 años se vinculan forzosamente a los grupos armados ilegales. Sin embargo en su gran mayoría estos declaran que después del ingreso no hay libertad para dejar el grupo. De los que reportan vincularse voluntariamente, 33.3% lo hacen por atracción a las armas y uniformes, otro 33.3% por pobreza, un 16.6% por relación cotidiana con los grupos armados y un 8.3% por enamoramiento o decepción amorosa.

Viendo el asunto más a fondo, en 1996 se reconocía la existencia de aproximadamente 2.000 niños y niñas vinculados a los grupos armados ilegales (Pacto por la Infancia). En este mismo año aproximadamente el 22% de los 57.600 jóvenes incorporados al servicio militar obligatorio eran menores de 18 años. Estos han sido excluidos de las Fuerzas Armadas a partir de la aprobación de las leyes 418 de 1997 y 548 de 1999, en concordancia con la Convención de Los Derechos de la Niñez y el Protocolo Facultativo sobre Niñez y Conflicto Armado. En medida muy importante el crecimiento más reciente de los grupos armados irregulares se ha hecho a expensa de los menores de 18 años de edad, por ello considerados más maleables. Hoy aproximadamente entre un 15% y un 20% de los miembros de las guerrillas y de los grupos de autodefensas son menores de 18 años

De igual modo, la explotación laboral hace parte de la gran problemática del maltrato infantil puesto que en Colombia trabajan más de 2.500.000 niños y

niñas. De este total 1.700.000 son adolescentes entre 12 y 17 años y 800.000 son niños y niñas de entre 6 y 11 años. El 80% trabaja en el sector informal. 323.000 niños y niñas se encuentran trabajando en el servicio doméstico en hogares de terceros.

En 1996 la Encuesta Nacional de Hogares y la Encuesta de Niñez y adolescencia establecieron que, de la población entre 7 y 11 años que trabaja en las 8 ciudades principales colombianas, el 49.3% de los niños y el 64.9% de las niñas lo hacía en el comercio y en las ventas.

En la zona rural se encontró que el 87% de los niños y el 50% de las niñas de 10 a 11 años son trabajadores agropecuarios, que laboran diariamente entre 12 y 15 horas, en promedio. Entre el 20% y el 25% de los niños trabajadores desempeña ocupaciones de alto riesgo. Este porcentaje sube a 70% en el sector agropecuario.

Aproximadamente el 50% de los niños y niñas trabajadores de entre 12 y 13 años no recibe ingresos directos, sino que tienen otro tipo de remuneración. Cuando reciben salario, los menores de 18 años reciben entre 25% y 80% del salario mínimo legal diario. Solamente el 23% de los niños y niñas trabajador tiene seguridad social, un gran porcentaje de ellos como beneficiarios indirectos, a través de la afiliación de algún familiar.

De igual forma, un estudio reportado por la UNICEF en el año 2000, declara que analizando diversas regiones del mundo y grupos socio-económicos, solo un 26.4% de los niños y niñas no recibe ningún tipo de violencia. El 73.6% es maltratado en algunas de las formas de maltrato o en varios de ellos. De este porcentaje, el 53.9% recibe algún tipo de violencia física

y un 25.4% recibe violencia física grave. De igual manera, según estimaciones del ICBF, “en Colombia 30.000 niños y niñas pasan en la calle gran parte de su tiempo. La mayoría de ellos abandona la familia debido al maltrato infantil, lo que los obliga a sobrevivir de la mendicidad, el robo, la explotación sexual y el trabajo informal. Esta problemática constituye una de las causas de mayor vulneración de sus derechos, sin dejar de lado que se les niega el acceso a la educación, salud e integración familiar, exponiéndolos frecuentemente a la indiferencia social, al maltrato y a la violencia generalizada”.(Foro de discusión. UNICEF. Marzo de 2006).

Para finalizar los reportes de cifras de esta problemática y según el Primer Congreso Iberoamericano sobre Maltrato Infantil de 2007:

Durante el año 2006 aumentó en un 6% el abuso infantil en Colombia.

- El rango más alto se encuentra en niños y niñas entre 5 y 14 años de edad.
- Bogotá y Antioquia son identificadas como las zonas en donde más se cometen abusos.
- Se denunciaron 14.840 casos ante Medicina Legal en el último año.
- El 86% de las víctimas de abuso sexual que se presentan en Medicina Legal es población menor de edad.
- 12.247 niñas y 2.593 niños fueron abusados sexualmente durante el año pasado.
- 3 de cada 100 menores asistieron a Medicina Legal por abuso sexual.

- El silencio es la cifra más importante pues se estima que el 70% de los casos no es denunciado por temor, conflictos sociales o coerción.
- Existen 2.406 casos reportados indirectamente por institutos médicos o servicios sociales obligatorios.
- Cada 14 minutos se presume que se presenta un caso de abuso sexual contra un menor de edad en Colombia, que es denunciado. Se cree que la cifra de casos no denunciados es mucho más mayor.

Según Pontón, Franco y Ramírez (2006) Se supone que los factores de situaciones de estrés se derivan de los siguientes cuatro componentes:

1. Relaciones entre padres: segundas nupcias, disputas maritales, padrastros cohabitantes o padres separados solteros.
2. Relación con el niño: espaciamiento entre nacimientos, tamaño de la familia, apego de los padres al niño y expectativas de los padres ante el niño.
3. Estrés estructural: malas condiciones de vivienda, desempleo, aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.
4. Estrés producido por el niño: niño no deseado, niño problema, un niño que no controla sus esfínteres, difícil de disciplinar, a menudo enfermo, físicamente deforme o retrasado. Las posibilidades de que estos factores desemboquen en maltrato infantil o abandono, determinan la relación padres-hijo y dependen de ella. Una relación segura entre éstos amortiguará cualquier efecto del estrés y proporcionará estrategias para superarla a favor de la familia. En cambio, una relación insegura o ansiosa no protegerá a la familia que esté bajo tensión; la

sobrecarga de acontecimientos, como las discusiones o el mal comportamiento del menor, pueden generar diversos ataques físicos o comportamientos contra el niño.

En suma, lo anterior tendrá un efecto negativo en la relación existente entre los padres y el niño, y reducirá los efectos amortiguadores aún más. Así, se establece un círculo vicioso que lleva a una sobrecarga del sistema familiar y en el cual el estrés constante ocasiona agresiones físicas reiteradas. La situación empeora en forma progresiva, si no se interviene prontamente, y puede calificarse como una espiral de violencia (Pontón, Franco, Ramírez 2006).

De aquí se desprende que la relación padres-hijo debe ser el punto central para el trabajo en la prevención, el tratamiento y el manejo del maltrato y el abandono infantiles.

Finalmente, los valores culturales y comunitarios pueden afectar las normas y estilos del comportamiento de los padres. Éstos recibirán la influencia de su posición social, en lo que se refiere a edad, sexo, educación, posición socioeconómica, grupo étnico y antecedentes de clase social.

Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han sufrido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de la crianza, las inseguridades y perspectivas o expectativas que no se ajustan a lo esperado en cada etapa evolutiva de sus hijos, lo cual genera trastornos en el vínculo y la relación con los niños (Pontón, Franco, Ramírez 2006).

Entonces todo hecho de la vida cotidiana por insignificante que sea, toda actuación que se considere irritante, encuentra un padre o una madre en situación

de crisis, con escasa tolerancia y con dificultad para solicitar apoyo externo, situación que facilita el estallido de violencia (Pontón, Franco, Ramírez 2006).

Ningún factor demográfico predice el maltrato físico. Solo el abuso físico, en sí mismo es un factor de predicción de la aceptación de la disciplina basada en métodos físicos y se considera un privilegio o un derecho de los padres en las diferentes culturas Sin embargo, parece que el abuso sexual en niñas es más frecuente en hispanos que viven en Estados Unidos (Pontón, Franco, Ramírez 2006).

Por otro lado según Luján, Vandemeulebroecke y Colpin (2004) se deben tener en cuenta diferentes aspectos para prevenir el Maltrato Infantil:

1. El maltrato infantil es difícil de predecir y los cuestionarios diseñados para identificar a familias de riesgo, que maltratarían eventualmente a sus hijos, se han revelado ineficaces. Con una prevalencia del maltrato infantil de 15 por mil, sensibilidad del 80% y especificidad del 90% de los cuestionarios se señalarían un 30% de falsos positivos. Se recomienda la búsqueda sistemática de casos de familias de riesgo en la apertura de la Historia de Salud en Atención Primaria recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar y otros factores de riesgo de la población infantil atendida. Igualmente, se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: Azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.

2. Erradicación del castigo físico como una práctica educativa y de crianza infantil, por medio del desarrollo e programas e iniciativas legislativas.

3. Eliminar los contenidos de violencia existentes en los medios de comunicación de masas.

4. Potenciar la vida familiar: eliminar las desigualdades por razón de género, entre padres y madres, y entre hermanos; introducir valores de respeto hacia las opiniones que puedan mantener cada uno de sus miembros; compartir espacios, valores y creencias que ayuden a integrar experiencias y den un sentido a la vida; introducir prácticas sobre cómo comunicarse mejor, cómo desarrollar expectativas más ajustadas en relación con el comportamiento de los hijos, y cómo negociar y resolver los problemas que plantea la convivencia familiar diaria. La Escuela de Padres es el instrumento ideal para trabajar estas actividades en el medio escolar.

5. Potenciar gabinetes de orientación familiar, en los medios, escolar, en centros de salud, o en otros centros comunitarios, para el diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones en la vida familiar.

6. Búsqueda de casos de abuso a la mujer e intervenir como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, pues en 30 a 70 % de las familias en que se abusa de la mujer, también encontramos abuso en menores.

7. Remitir a centros de salud mental a los padres con adicción a alcohol, drogas y/o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

8. Conocer e informar a las familias de riesgo de los recursos comunitarios de ayuda psicológica, social, laboral o económica, para remitir a las personas y familias con factores de riesgo, coordinando con el trabajador social objetivos, planes, estrategias y ayudas para las familias.

9. Desarrollar y difundir los saberes que se vienen conformando sobre la infancia y sus derechos.

10. Eliminar la pobreza y sus condiciones asociadas: reduciendo el desempleo, aumentando el número de viviendas de bajo coste; mejorando el equipamiento de servicios de las comunidades más afectadas por la pobreza.

11. Reducir el aislamiento social de las familias de riesgo: integrándolas en redes sociales y servicios de la comunidad; fomentando el sentimiento de comunidad, etc.

12. Desarrollar las redes de apoyo social, lo que supone indirectamente reducir el aislamiento social de las familias de riesgo.

13. Coordinación de políticas sanitarias, educativas y sociales para: reducir la pobreza, la desigualdad y el desempleo; proveer el alojamiento adecuado, la comida, cuidados sanitarios, servicios de “respiro” y oportunidades educativas.

14. Concienciar de la obligación legal y moral que tiene el maestro ante el conocimiento o sospecha de un cuadro de esta naturaleza de comunicarlo a los servicios sociales de la comunidad, para su estudio y valoración.

Por último, se disponen de pruebas basadas en la evidencia que corroboran que las intervenciones tempranas pueden provocar cambios positivos y persistentes en el desarrollo humano.

En la literatura internacional destacan determinados factores que, combinados, pueden aumentar la posibilidad de ocurrencia del maltrato.

En la grilla de síntesis de las últimas investigaciones de nivel internacional destacan entre factores de presagio de maltrato infantil los que siguen:

Características de la Familia: Nivel socioeconómicos bajo, exposición creciente al estrés, desempleo, monoparentalidad, relaciones familiares y conyugales difíciles, aislamiento social, falta de apoyo familiar, vivienda superpoblada o falta de vivienda, maltrato entre los cónyuges.

Características de los padres : Bajo nivel intelectual , inmadurez , bajo nivel educativo , trastorno psiquiátricos , baja autoestima , historia personal de maltrato, alcoholismo , drogadicción , relaciones conflictivas con el propio padre o madre , expectativas desajustadas respecto al niño , imágenes apréstales conflictivas.

Características del niño: nacimiento prematuro, hospitalizaciones frecuentes o precoces, trastornos del desarrollo, hiperactividad, apatía.

Características de la interacción padre-hijo: comunicación limitada, apego inseguro, poca estimulación, aumento significativo de las reacciones de irritación frente al llanto, uso del castigo corporal, utilización frecuente de reforzamiento negativo, oposición a las conductas rituales.

Por su parte, Bringiotti (2000, citado por Luján, Vandemeulebroecke y Colpin,2004), habla de factores de riesgo o predisponentes y los clasifica de la siguiente manera:

Factores individuales de los padres: historia de malos tratos en su propia infancia, agresividad, baja tolerancia a la frustración, expectativas inapropiadas respecto a las capacidades del niño, muy baja autoestima, pobres habilidades interpersonales, falta de capacidad empática, baja tolerancia al estrés, bajo coeficiente intelectual.

Factores individuales de los hijos: nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, defectos físicos o psíquicos, hiperactividad, temperamento difícil, baja responsividad, enfermedades frecuentes y severas, problemas de sueño y alimentación.

Factores relacionados con la interacción familiar: Agresividad física y verbal, técnicas coercitivas, ciclo ascendente de conflicto y agresión, evitación de la interacción, problemas de comunicación, conflicto conyugal, estrés permanente, tamaño de la familia, padre único, hijos no deseados.

Factores sociales: desempleo, problemas económicos, insatisfacción laboral, aislamiento, falta de apoyo social, vecindario de alto riesgo, escasez de oportunidades educativas (Luján, Vandemeulebroecke & Colpin, 2004).

Según la información del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007, una de las fuentes de datos son los informes de las Agencias Internacionales dependientes del sistema de las Naciones Unidas.

Las encuestas basadas en la población son un elemento esencial para determinar las dimensiones reales del problema del Maltrato infantil. Ante la dispersión de datos e investigaciones, el 12 de febrero de 2003 el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, designó a Paulo Sergio Pinheiro para dirigir un estudio mundial sobre la violencia contra los niños, que

todavía está en marcha. El objetivo del estudio es realizar un análisis exhaustivo de la prevalencia, la naturaleza y las causas de la violencia contra los niños. Basado en los derechos humanos de los niños a la protección contra toda forma de violencia, el estudio aspira a fomentar la toma de medidas para prevenir y eliminar la violencia contra niños y niñas, incluida la violencia en el hogar, la escuela, las instituciones, el lugar de trabajo y la comunidad. Las principales conclusiones provisionales en 117 países son:

- La falta de datos sistemáticos sobre la violencia contra los niños.
- La asignación insuficiente de recursos financieros y humanos, y la escasez de programas destinados a prevenir y combatir la violencia contra los niños.
- Faltan medidas de rehabilitación para los niños que han sido víctimas de malos tratos y abusos.
- Los castigos corporales siguen siendo una práctica ampliamente aceptada y practicada dentro de la familia.
- La violencia contra la mujer en la familia continúa siendo generalizada y surtiendo un efecto negativo en los niños.
- Existen leyes anticuadas relativas al abuso sexual.
- En las escuelas continúan administrándose regularmente castigos corporales.
- Casos de violencia contra menores en la administración de la justicia: los niños son víctimas de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, por parte de agentes de policía o en las comisarías, lugares de detención

o cárceles. Con frecuencia, la edad mínima de responsabilidad penal es excesivamente baja.

- Aumento de la participación de menores en la industria del sexo, incluidas la prostitución y la pornografía.
- Aumento del número de niños de la calle y la vulnerabilidad de éstos a la violencia, la tortura, el abuso sexual, la explotación, el asesinato y el secuestro.
- Persistencia de las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados o precoces, la violencia por causa de la dote, el infanticidio de niñas, y la esclavitud.

De acuerdo a las investigaciones realizadas en cuanto al maltrato infantil, la personalidad y otras variables relacionadas, en relación al abuso sexual en niños, Seto (2008, citado por Reyes, 2009), afirma según la teoría multifactorial de Finkelhord, el modelo de vulnerabilidad de Marshall y Barbaree y la teoría de apego evasivo de Marshall y Marshall, que los abusadores sexuales presentan factores etiológicos en común como la pedofilia, entendida como la atracción sexual de un adulto hacia un niño, problemas de interacción social, actitudes e ideas distorsionadas en cuanto a la capacidad sexual de los menores de edad y exposición temprana en contextos donde el sexo esta presente todo el tiempo, además de esto, Reyes (2009) esboza algunas características presentadas por los abusadores sexuales religiosos las cuales incluyen además de las mencionadas anteriormente, la hebofilia, es decir inclinación sexual de un

adulto hacia un adolescente y problemas de ajuste psicosexual, cabe aclarar que no todos los abusadores sexuales presentan las mismas características psicológicas, hay algunos que no presentan trastornos psicológicos específicos sino que por su historia de aprendizaje y pautas de crianza generan estos comportamientos, como por ejemplo personas que han sido abusadas en su niñez pueden llegar a ser abusadoras en su adultez.

En relación a las investigaciones de maltrato infantil físico y psicológico con EMS, especifican que hay características familiares que predisponen la aparición de la violencia intrafamiliar como medio de control, algunas de ellas son que los padres se perciben hostiles, indiferentes y negligentes, la relación entre padres e hijos son deficientes o inadecuadas, en cuanto a la expresión de afecto físico y verbal y la cohesión se ve afectada negativamente, entendida como el acuerdo entre padres e hijos sobre alguna situación y la presencia de una estructura rígida en cuanto al control sobre los hijos (Gracia, 2002).

Otros investigadores como Barcelata & Álvarez, (2005) determinan que en hogares donde prima la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, los padres fueron criados bajo pautas de crianza inadecuadas en donde el castigo físico era fundamental para garantizar que el contexto familiar no se saliera de control, generando padres con autoconcepto negativo, sentimientos de infelicidad en sus áreas de desarrollo, expectativas irreales acerca de sus hijos y capacidades limitadas en cuanto al control de la tensión.

Asimismo, Moreno (2002) afirma que los padres o cuidadores no tienen una conciencia clara de las necesidades físicas y afectivas de sus hijos, generando una percepción negativa de ellos y una comunicación deficitaria.

Más específicamente, se encuentran investigaciones en la ciudad de Bogotá en la localidad Rafael Uribe relacionadas con los esquemas cognitivos de este tipo de padres o cuidadores, una de ellas fue la investigación realizada por Romero (2006) y la Comisaria de Familia Rafael Uribe Uribe, donde los profesionales que atienden este tipo de casos vieron la necesidad de elaborar instrumentos que permitieran establecer la gravedad y riesgo de incidencia de este problema, como por ejemplo entrevistas semi-estructuradas para adultos en casos de posible maltrato infantil.

A raíz de la identificación de esta necesidad, se comprendió la importancia de averiguar las pautas de corrección de los padres, para esto Milner (1993, citado por Romero, 2006), plantea un modelo de maltrato infantil fundamentado en el procesamiento de la información que realizan los cuidadores incluyendo los esquemas cognitivos pre-existentes en donde se valora el castigo físico como forma eficaz de educación, acompañado de expectativas irreales del comportamiento y rendimiento de los hijos (as) y las siguientes fases:

Fase de Percepción: los padres o cuidadores presentan dificultades perceptivas, con escasa habilidad para reconocer el estado afectivo del niño (a) e identificar expresiones emocionales, por lo tanto éstos son percibidos

como estímulos aversivos, lo que dificulta a los padres o cuidadores distinguir entre conductas positivas o negativas de sus hijos (as).

Lo anterior se puede sustentar desde las teorías de la cognición social las cuales plantean que los padres maltratadores comúnmente las madres muestran dificultad para reconocer y expresar emociones y pueden tener expectativas inadecuadas en cuanto a las capacidades de su hijo (Olivia, Moreno, Palacios y Saldaña citados por Moreno, 2006)

Fase de Expectativas, interpretaciones y evaluaciones de las conductas de los hijos (as): con respecto a las expectativas De Paul citado en Romero (2006) afirma que los padres maltratadores presentan más altas y más bajas expectativas dependiendo del tipo de conductas previstas, es decir que las expectativas de los padres se modifican según las medidas de disciplina utilizadas ante diferentes tipos de faltas de los hijos (as).

Asimismo Olivia, Moreno, Palacios y Saldaña citados por Moreno, 2006 afirman que otras investigaciones señalan que una causa importante del maltrato son las expectativas irrealistas de los padres al esperar que sus hijos (as) realicen conductas maduras, que no se esperan a la edad de éstos.

En cuanto a la evaluación de las conductas de los hijos (as), los padres o cuidadores presentan una atribución de intencionalidad, donde éstos asumen que los hijos (as) son conscientes de lo inadecuado de sus conductas y lo hacen con el fin de molestarlos y/o retarlos (Romero, 2006).

Fase de Integración de la información y selección de respuestas: según Newberger y Cook, citados por Romero (2006) la dificultad que presentan los padres o cuidadores maltratadores físicos en cuanto a la implementación adecuada de los recursos cognitivos en relación con la resolución de conflictos, se debe a la escasa flexibilidad para entender la conducta del niño y a la poca habilidad para generar estrategias adecuadas de manejo del mismo.

Siguiendo esta misma línea, Mondragón (2006) afirma que al parecer los padres maltratadores tienen unos esquemas preexistentes que incluyen creencias negativas acerca de las características personales y capacidades de sus hijos (as), por ejemplo que son problemáticos, agresivos, desobedientes, entre otras. Éstos evalúan e interpretan de forma incorrecta el comportamiento de sus hijos especialmente en situaciones que envuelven conductas infantiles complejas.

Personalidad

En cuanto a la relación de la personalidad y quien ejecuta el maltrato infantil, se han realizado distintos estudios dentro de este enfoque orientados a detectar los EMS que caracterizan a los diferentes trastornos psicopatológicos, entre ellos algunos sobre trastornos de la personalidad y su intervención a través de la terapia de esquemas (Arntz, Klokman & Sieswerda 2005; Cousineau & Young, 1997; Dreessen, Arntz, Hendriks & Keune, 1999; Hoffart & Sacristán, 2002; Jovev & Jackson, 2004; Ball, 1998; Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell. 2001).

El estudio de los perfiles cognitivos de los trastornos de la personalidad contribuye al análisis de los factores asociados con los problemas emocionales, cognitivos, del comportamiento e interpersonales. Los perfiles cognitivos hacen referencia a las creencias con relación a sí mismo y a los demás, las percepciones de amenazas sobrevaloradas y generalizadas, y las estrategias interpersonales que neutralizan o disminuyen las condiciones de estrés (Beck & Freeman, 1990).

Ahora bien, dentro del modelo cognitivo de los trastornos de personalidad, Freeman (1988), conceptualiza la personalidad y los trastornos de personalidad como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. De acuerdo con este mismo autor, los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos lo activan, presentando el sujeto ciertos patrones de conducta. Las experiencias tempranas infantiles conformarían el contexto de formación de estos esquemas, en términos piagetianos estos esquemas tendrían una alta capacidad de asimilación (interpretar los hechos en función de los significados previos) y una baja capacidad de acomodación (modificar los significados en función de los hechos). Esto resultaría en que la persona está convencida de la credibilidad de sus significados, de modo que tendría dificultades para desarrollar esquemas más acomodativos de tipo alternativo a lo largo de su evolución personal.

Por consiguiente, la manera de evaluar una situación depende por lo menos en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Esas creencias están insertas en los esquemas, que seleccionan y sintetizan los datos que

ingresan. La secuencia psicológica pasa entonces de la evaluación a la activación afectiva y motivacional, y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Se considera entonces que los esquemas de los que dependen estos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, son unidades fundamentales de la personalidad (Beck & Freeman, 1995).

El concepto de personalidad está formado por constructos hipotéticos que ayudan a explicar la conducta de los sujetos. Los factores ambientales en interacción con estos constructos hipotéticos, derivados de factores temperamentales (heredados) y caracteriales (aprendidos) constituyen una explicación necesaria y suficiente para los clínicos que siguen un modelo de la personalidad (Tous, 1989).

Por consiguiente, se considera que las pautas de personalidad son derivadas de la herencia filogenética, son estrategias con funciones adaptativas que han sido modificadas por el ambiente y el aprendizaje, sin embargo en los trastornos de personalidad, se encuentra una serie de estrategias hiperdesarrolladas en detrimento de las estrategias alternativas que permanecen infradesarrolladas.

Los diferentes rasgos de personalidad representan importantes diferencias estructurales reflejadas en las creencias o esquemas básicos de cada persona. En los trastornos de personalidad hay esquemas básicos que son: desadaptativos, hiperactivos, rígidos, sobreaprendidos y resistentes al cambio (Beck & Freeman, 1995). Estos esquemas son los responsables de la conducta manifiesta en cada trastorno, la modalidad (configuración de

esquemas que dirigen el procesamiento de la información) del trastorno de personalidad es estable, esto se debe a que las creencias disfuncionales del trastorno de personalidad están “estructuralizadas”, es decir incorporadas a la organización cognitiva “normal” de manera estable, por eso son más difíciles de cambiar. El individuo no puede renunciar a ellas hasta que haya creado otras más adaptativas. Son su forma de dar significado a las experiencias; de explicarse los hechos y predecir los eventos para poder manejarse en ellos, por consiguiente hay que identificar los esquemas básicos, así como su estrategia principal relacionada con sus metas subyacentes (Beck & Freeman, 1995).

De acuerdo con Freeman (1988), los esquemas cognitivos típicos del trastorno de personalidad antisocial son: a) Las normas de otros son malas; b) Solo los tontos siguen las normas; c) Las normas tienen que eliminarse; d) ¡Miradme: soy el mejor!; e) Lo primero para mí es el placer; f) Si otros sufren por mi conducta es su problema; g) ¡Tiene que ser ahora, sino me frustraré!; h) Tengo que tener cualquier cosa que desee; i) Yo soy muy listo en casi todo...

Un trastorno de la personalidad es definido como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; tiene su inicio aproximadamente en la adolescencia; es estable a lo largo del tiempo, y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (Asociación Psiquiatría Americana. APA, 2000). El patrón se manifiesta en dos o más de las

siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos.

El modelo de Millon (1995), respecto a la personalidad y sus trastornos, plantea que la personalidad es un conjunto de constructos a partir de datos observados, esta existe en un continuum entre normalidad y patología la cual se relaciona con el desequilibrio de los sistemas que conforman la personalidad. Los trastornos de personalidad no son enfermedades sino estilos de comportamiento, cognición y emoción, estructurados. Asimismo, los trastornos de la personalidad son estructuras de funcionamiento diferenciadas con sistemas dinámicos y estructurados, donde unos niveles son mas permanentes y otros mas cambiables.

El modelo de Millon mantiene nueve principios:

1. Los trastornos de la personalidad no son enfermedades sino estilos de comportamiento, cognición y emoción estructurados.
2. Los trastornos de la personalidad son estructuras de funcionamiento diferenciadas
3. Los trastornos de personalidad son sistemas dinámicos y estructurados, donde unos niveles son mas permanentes y otros mas cambiables
4. La personalidad es un conjunto de constructos a partir de datos observados
5. La personalidad existe en un continuum entre normalidad y patología

6. La patología de la personalidad se relaciona con el desequilibrio de los sistemas que la conforman.

7. La evaluación de la personalidad debe de dar cuenta de los sistemas que conforman sus constructos teóricos.

8. Los trastornos de personalidad pueden ser evaluados de forma aproximada en un continuo.

9. Los trastornos de personalidad requieren modalidades de tratamiento combinadas y diseñadas estratégicamente de manera secuenciada.

También, en la psicopatología se plantea que las estrategias por medio de las cuales los individuos reaccionan, actúan y modifican su medio, son las manifestaciones de las acciones y reacciones de los esquemas cognitivos de interpretación de sí mismo y de los otros, en la efectividad y en las relaciones interpersonales (Millon, 1987).

De acuerdo con la Asociación Psiquiatría Americana (2002), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM IV TR), un trastorno de la personalidad es definido como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; tiene su inicio aproximadamente en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. El patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos.

El DSM IV TR señala que los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de personalidad cuando: “son inflexibles, desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo” y los clasifica en tres grandes grupos de la siguiente manera: a) Grupo A, sujetos extraños o excéntricos (trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico); b) Grupo B, sujetos teatrales y/o impulsivos (trastornos de la personalidad histriónico, narcisista, antisocial y límite) y c) Grupo C, sujetos ansiosos o temerosos (trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo).

Según La Clasificación de Trastornos Mentales del CIE 10, utilizados por la Organización Mundial de la Salud; los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos. Estas alteraciones, tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida, la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento, aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estas formas de comportamiento, tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento, no son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos.

De acuerdo con esta misma clasificación, los trastornos específicos de la personalidad, incluyen trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables.

Las pautas generales correspondientes para los trastornos de la personalidad según el CIE 10 son: La presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes

pautas: 1. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.

2. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.

3. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.

4. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.

5. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.

6. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Para diagnosticar el tipo de trastorno de la personalidad se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

De acuerdo con el CIE 10, el trastorno disocial de la personalidad, se trata de un trastorno que normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por: a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía; b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones

sociales; c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas; d) Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento; e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre; Incluye: Trastorno de personalidad sociopática, Trastorno de personalidad amorala, Trastorno de personalidad asocia, Trastorno de personalidad antisocial, Trastorno de personalidad psicopática.

Por otro lado, Eysenck (1967) parte de un modelo factorial de la personalidad basado en un enfoque neconductista que combina los principios del aprendizaje y los factores biológicos y que tiene tres ejes dimensionales: extroversión-introversión, neuroticismo-estabilidad y psicoticismo-normalidad.

La extroversión/introversión se relaciona con la tendencia de las personas hacia distintos tipos de actividades e intereses. Las personas extrovertidas se caracterizan por la sociabilidad, la necesidad de excitación y cambio, actuar en el momento, y son por lo general impulsivas. Suelen además ser optimistas y amantes del buen humor. También suelen ser agresivos, en el sentido de tener poca tolerancia a las frustraciones y el poco control de sus sentimientos.

Las personas introvertidas prefieren las actividades a solas que con la gente, como las actividades intelectuales o los libros. Tienden a planear las cosas y desconfían de los impulsos. Se toman seriamente sus actividades, les gusta llevar una vida ordenada y sus sentimientos suelen estar bajo su control. Raramente son agresivas y no suelen perder el control fácilmente. Suelen ser personas fiables, algo pesimistas y que conceden gran valor a las normas éticas.

De esta manera, según Eysenck (1967) la extroversión estaría relacionada con una menor activación cortical del cerebro, lo que explicaría la variabilidad de actividades y la búsqueda de excitación de estos sujetos. En contraste, los introvertidos tienen una mayor activación cortical que explicaría la mayor perseverancia de su conducta y el alejamiento de las actividades de mayor excitación

El neuroticismo o vulnerabilidad a la neurosis, implica una baja tolerancia para el estrés tanto de carácter físico como psicológico. El grado de neuroticismo está relacionado con el grado de activación o "arousal" subcortical, con la región de la formación reticular sobre todo del cerebro. El neuroticismo hace mención a la dimensión de estabilidad/inestabilidad emocional de la persona.

El psicoticismo engloba la tendencia a la conducta anormal del sujeto. Implica tanto un componente de vulnerabilidad a la psicosis y la conducta psicopática (antisocial). Su base biológica se relaciona con una heredabilidad poligenética.

Según Millon (1998), las teorías de trastornos de la personalidad se pueden explicar en dos modelos: el modelo del aprendizaje biosocial (1969-1989) y el modelo evolutivo (desde 1990 hasta la actualidad). El modelo biosocial parte de la combinación de factores biológicos y experiencias de aprendizaje que dan lugar a estilos de relación interpersonal que se perpetúan por su interacción con el medio ambiente desde la infancia hasta la actualidad. Los estilos de relación interpersonal son conductas operantes para conseguir determinados refuerzos y evitar la estimulación aversiva. Constituyen estrategias de afrontamiento que son utilizadas por las personas para hacer frente a los desafíos de su vida. Estas estrategias constituyen una "matriz de refuerzos" en función de cómo y donde busca el sujeto el refuerzo. En ella plantea el patrón de conducta operante y por otro lado las fuentes del refuerzo.

El patrón de conducta operante: a) Los individuos que buscan activamente el refuerzo son individuos tendentes a la acción, buscando objetivos y refuerzos concretos, b) Los individuos pasivos son básicamente reactivos, esperando que el entorno les proporcione el refuerzo.

Las fuentes del refuerzo: a) Los que buscan el refuerzo de manera independiente confían en sí mismos y buscan el refuerzo en sus propias metas personales, b) Los que buscan el refuerzo de manera dependiente confían en que los demás le proporcionen el refuerzo, c) Los que buscan el refuerzo de manera ambivalente no están seguras de buscar el refuerzo en sí mismas o en los otros y d) Los que buscan el refuerzo de manera

desvinculada, en realidad no buscan refuerzo alguno, solo apartarse de los otros y carecen de aspiraciones personales.

Es en su segundo modelo, donde según sus propias palabras, intenta abstraer las leyes mas profundas del funcionamiento humano. Millon encuentra cuatro dimensiones o ejes básicos:

1. Dimensión de propósito de la existencia personal: Seria los objetivos fundamentales que persigue el sujeto en su vida.

2. Dimensión del modo de adaptación: Serian las estrategias para adaptarse a las condiciones de la vida de cada persona.

3. Dimensión de replicación: Se refiere al interés del sujeto por la supervivencia personal o de su descendencia.

4. Dimensión de los procesos de abstracción: Consiste en los estilos personales para representar las experiencias de la vida en forma de significados personales.

En la teoría evolutiva las cuatro dimensiones aparecerían como fases evolutivas en la vida de cada sujeto de manera secuenciada: existencia, adaptación, replicación y abstracción. En este segundo modelo, Millon agrupa los trastornos de personalidad según el patrón de dificultades que los caracteriza: Personalidades con dificultades para el placer (trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación y trastorno depresivo de la personalidad); Personalidades con problemas interpersonales (trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad); Personalidades con conflictos

intraprésicos (trastorno sádico de la personalidad, trastorno compulsivo de la personalidad, trastorno negativista de la personalidad y trastorno masoquista de la personalidad); Personalidades con déficit estructurales (trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad y trastorno de la personalidad descompensada)

Para evaluar una situación dentro del modelo cognitivo de los trastornos de personalidad y dado que la situación depende por lo menos en parte de las creencias subyacentes insertas en los esquemas, que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. La secuencia psicológica pasa entonces de la evaluación a la activación afectiva y motivacional, y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Se considera entonces que los esquemas de los que dependen estos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, son unidades fundamentales de la personalidad (Beck & Freeman, 1995).

Desde la perspectiva de Millon, la selección del tratamiento psicológico va precedida de la evaluación de la personalidad y sus trastornos que se realiza en base a los datos de la historia clínica, los criterios diagnósticos (DSM, CIE) y los instrumentos de evaluación de la personalidad.

De otra parte, Ullrich y Marneros (2004), evaluaron las dimensiones de los desordenes de personalidad en ofensores utilizando el CIE-10, encontraron tres factores de desorden de personalidad: el primer factor identificó personas emocionalmente inestables, histriónicos, paranoicos, con

rasgos disóciales; el segundo factor, identifico desordenes de personalidad anancásticos y rasgos de personalidad esquizoide; el tercer factor, identifico altos niveles de ansiedad y desorden de la personalidad por dependiente.

La especificidad de los perfiles en cada uno de los trastornos de la personalidad ha sido estudiada por Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman y Beck (2001), quienes examinaron la especificidad de las creencias disfuncionales en cinco trastornos de la personalidad en 756 pacientes psiquiátricos, con una edad media de 35 años. Un número de 217 mujeres (53%) y 193 hombres (47%), completaron el cuestionario de creencias de Personalidad, Personality Belief Questionnaire (PBQ). Este estudio soporta la relación entre las creencias disfuncionales y los trastornos de la personalidad.

Arntz, Dietzel y Dreessen (1999), construyeron el cuestionario Personality Disorder Beliefs Questionnaire (PDBQ), de forma similar al estudio de Bútlter, Brown, Beck, y Grísham, (2002), esta versión fue aplicada a pacientes mujeres con trastorno de la personalidad; 16 con trastorno límite de la personalidad, 12 con patrón C y 15 a manera de controles. La prueba evalúa creencias en cada uno de los trastornos de la personalidad, en cuatro categorías: creencias con relación a sí mismo, a los demás, amenazas percibidas y estrategias interpersonales. El instrumento final quedó conformado por 29 ítems para evaluar 8 factores. Concluyeron que los síntomas de los trastornos de la personalidad son dependientes de la cultura, la edad y el sexo. Los trastornos límite, histriónico y “por dependencia” se

diagnostican con más frecuencia en mujeres, y los trastornos antisociales y narcisista se diagnostican más frecuentemente en hombres.

Diversos estudios se han realizado correlacionando las características de personalidad con otros factores como lo son por ejemplo la ira y la conducta criminal. Se ha encontrado que hay niveles muy significativos de correlación entre personalidad e ira, a la vez que se han encontrado correlaciones significativas entre ira y conducta antisocial (Montaña, Acosta y Gerena, 2002).

En Suecia se estudió el impacto poblacional de la enfermedad mental grave sobre el crimen violento. Utilizando unos registros nacionales de gran calidad de los ingresos hospitalarios y de la criminalidad, se concluyó que el impacto poblacional de los pacientes con una enfermedad mental grave sobre el crimen violento, calculando el riesgo atribuible a la población, varía en función del sexo y la edad. La fracción de riesgo de los pacientes atribuible a la población era, en general, del 5 %, lo que indica que los pacientes con una enfermedad mental grave cometen uno de cada 20 crímenes violentos (Fazel, Seena, Graan & Martin, 2006).

Asimismo, se ha estudiado la relación entre los trastornos de personalidad con la emisión de conductas hostiles hacia los niños y una de las principales teorías que sustenten dicha hipótesis es la del ciclo de transmisión intergeneracional del maltrato, lo que indica que hay probabilidad de que las personas maltratadoras hayan sido víctimas en su infancia del maltrato (Paul, Perez, Paz, Alday & Mocerroa 2002). Gómez y De Paúl (2003), en su investigación sobre la transmisión intergeneracional del

maltrato físico encontraron que un 13.3% de hijos que reportan maltratos físicos tienen madres que a su vez fueron maltratadas físicamente en su infancia, frente al 5.2% de hijos que reportan maltrato con madres sin maltrato en su niñez.

Por otro lado, se ha encontrado relación entre el maltrato en la infancia y el desarrollo de trastornos de personalidad posteriormente, en concordancia con esto, Johnson et al. (1999, citado por Oldham, 2007), reporta que la evidencia obtenida de registros oficiales de abuso físico y sexual se asocia con rasgos elevados de trastorno de personalidad antisocial y límite, aun controlando variables como la educación y psicopatología de los padres, abuso sexual y negligencia.

En consecuencia, los estudios epidemiológicos y los estudios clínicos han suministrado evidencia que apoya la hipótesis de que el abuso físico puede contribuir al desarrollo del trastorno de personalidad antisocial y límite (Oldham, 2007). Además, no solo se relaciona el abuso físico, sino también el abuso sexual y verbal, pues Ruggiero et al, (1999) citado por Oldham, (2007), reporta que los veteranos militares que referían haber sido víctimas de abusos sexuales en su infancia tenían mayores niveles de síntomas de trastornos de personalidad; y Laporte y Guttman, (1996); Oldham et al, (1996) y Zanarini et al, (1997), (citados por Oldham, 2007), argumentan que los estudios clínicos han indicado que muchos pacientes con trastorno de personalidad límite reportaban historia de abuso verbal en la infancia.

Por ende a través del hilo conductor entre el modelo etiológico psiquiátrico, la transmisión intergeneracional del maltrato infantil y la

correlación existente entre el maltrato y el desarrollo de trastornos de personalidad, se puede plantear que existe relación entre el perfil del maltratador y los trastornos de la personalidad.

Sin embargo, es necesario retomar los modelos etiológicos del maltrato infantil para realizar una mejor aproximación al perfil de los maltratadores, mas específicamente el modelo psiquiátrico, el cual plantea presencia de psicopatología en estas personas (Moreno, 2002). En concordancia con esto, gran parte de las investigaciones existentes sobre el maltrato están orientadas a identificar las características básicas de los padres que afectan la relación con los hijos, y el principal factor que se ha estudiado son las características de personalidad y los factores psicológicos. No obstante, Pérez, (2006) plantea que se han realizado una gran cantidad de estudios acerca del maltrato infantil y en especial de los delitos sexuales y de sus consecuencias psicológicas para la víctima, pero son pocos los estudios que se han realizado acerca del perfil psicológico del victimario.

Ahora bien, la personalidad se reconoce como rasgos característicos de pensamiento, afectividad y estilos de comportamiento que tienden a expresarse en formas básicas, relativamente estables y transituacionales a lo largo del tiempo. (García, 2008). Sin embargo, se contemplan dentro de esta teoría otros importantes factores que intervienen, como lo son los factores biológicos, familiares y sociales que pueden contribuir a que la personalidad sea disfuncional.

De igual modo, se reporta que las víctimas de maltrato infantil tienen cuatro veces mas probabilidades de padecer trastornos de personalidad en

comparación con personas que no reportan maltrato o abuso (Wekerle, Millar, Wolfe & Spindel, 2007). Más específicamente, se ha encontrado una asociación con el trastorno de personalidad antisocial y trastorno límite (Wekerle, Millar, Wolfe & Spindel, 2007).

En relación a lo anterior, se han encontrado características en los padres abusivos relacionadas con el trastorno antisocial, tales como dificultad para controlar impulsos y mínima capacidad para la empatía. Estudios como el de Quinsey y Lalumière en el 2001, citados por Reyes (2009), identifican la pedofilia, manifestación de conducta antisocial y la incapacidad de destrezas interpersonales, como los tres factores etiológicos que disparan el abuso sexual infantil. Más recientemente, Hanson y Morton-Bourgon en el 2005, citados por Reyes, (2009) realizaron una investigación en la cual se analizaron 82 estudios que establecían las características de aquellos ofensores sexuales que exhibían mayores problemas de reincidencia. Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los de Quinsey y Lalumière, ya que identificaron la presencia de desviaciones sexuales o parafilias y el diagnóstico de personalidad antisocial como los factores etiológicos de reincidencia más predominantes entre los ofensores sexuales (Reyes, 2009).

De igual forma, investigaciones sobre el filicidio, reportan que cuando es cometido por mujeres tiende a estar asociado a cuadros psicóticos y el cometido por hombres más frecuentemente a trastornos de la personalidad (De la Espriella, 2006). Igualmente, en casos de maltrato crónico por parte de

padres con alteraciones en su personalidad, la muerte del menor se presenta como una consecuencia no esperada del maltrato (Castaño, 2005).

Aunque algunos estudios no corroboran estas asociaciones, por ejemplo, un estudio realizado en Chile investigó si había alguna relación entre trauma infantil por situaciones como separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes; haber sufrido castigo físico significativo; haber vivido violencia física entre los padres o cuidador; contacto sexual forzado con un pariente; daño físico después de haber sido castigado y contacto sexual forzado con una persona que no perteneciera a la familia; y el desarrollo de trastorno límite de la personalidad en la adultez. Sin embargo, se encontró que de los 42 casos analizados, solo 7 tenían trastorno límite de personalidad y de estos el 71.4% recordaban trauma infantil al realizar la comparación con población con y sin trauma. Sin embargo, los investigadores concluyen que para que los resultados de la correlación entre trauma y trastorno límite sean más confiables, es necesario un nuevo estudio con una población más grande. (Florenzano et al, 2002).

¿Qué relación existe entre los esquemas maladaptativos y la ejecución del maltrato infantil en padres o cuidadores maltratantes con demanda en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)?

1. ¿Cuáles son los esquemas maladaptativos en padres o cuidadores que ejecutan el maltrato infantil?
2. ¿Cuáles son las características del grupo de padres o cuidadores que ejecutan el maltrato infantil de acuerdo a las variables sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y procedencia?

3. ¿Cuáles son los esquemas maladaptativos en padres o cuidadores que ejecutan el maltrato infantil en función de las variables sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y procedencia?
4. ¿Se relacionan los tipos de maltrato infantil con las variables sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y procedencia?
5. ¿Se relacionan los tipos de maltrato infantil con los esquemas maladaptativos?

Identificar la relación entre los esquemas maladaptativos y la ejecución del maltrato infantil en padres o cuidadores que tienen demanda por este hecho en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Describir los esquemas maladaptativos en padres o cuidadores que ejecutan el maltrato infantil.

Caracterizar el grupo de padres o cuidadores que ejecutan el maltrato infantil de acuerdo a las variables sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y procedencia.

Describir los esquemas maladaptativos en padres o cuidadores que ejecutan el maltrato infantil en función de las variables sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y procedencia.

Buscar si existe relación entre los tipos de maltrato infantil con las variables sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y procedencia.

Marco Metodológico

Tipo de estudio

Este proyecto desde la perspectiva epistemológica se inscribió en el fundamento empírico analítico, dado que se basa en la obtención objetiva de datos tomados de hechos o situaciones reales, permite el procesamiento, análisis contrastable y comparación de los datos. Los resultados son obtenidos de acuerdo a la información proveniente de ellos.

Método

Esta investigación fue de tipo descriptivo correlacional, ya que pretendió identificar si existe relación entre los esquemas maladaptativos y la ejecución del maltrato infantil.

Participantes

63 hombres y mujeres maltratantes (demandados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). Hombres y mujeres no maltratantes, de estrato 1,2 y 3, procedentes de diferentes regiones de Colombia. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Instrumentos

Se empleó la prueba: Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ – L2) la cual se describe a continuación:

Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana.

Autores: Castrillón, D. Chaves, L. Ferrer, A. Londoño, N. Maestre, K. Marín, C. Schnitter, M. (2005).

El cuestionario de esquemas de Young Schema Questionnaire – Long Form Second Edition consta de 45 ítems y evalúa once Factores (esquemas).

Para hallar confiabilidad se emplearon los procedimientos de consistencia interna: el coeficiente de correlación intrafase fue de 0.91. El alfa de los Factores osciló entre el 0.71 y el 0.85.

El marco teórico de referencia es la teoría de Young (1990) sobre esquemas y desarrollo esquemático.

Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de los esquemas. 1. Completamente falso de mí; 2. La mayor parte falso de mí; 3. Ligeramente más verdadero que falso; 4. Moderadamente verdadero de mí; 5. La mayor parte verdadero de mí; 6. Me describe perfectamente.

Para su calificación, se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada Factor (esquema) obteniéndose las puntuaciones directas.

Las puntuaciones directas de cada uno de los esquemas, se convierten a percentiles, para establecer el límite de la presencia significativa del esquema, a partir del percentil 85.

Procedimiento

La ejecución del proyecto tuvo una duración de dos semestres académicos:

Semestre uno: construcción del marco teórico, se buscó la población de ejecutantes de conductas de maltrato infantil en el Instituto de Bienestar Familiar. Posteriormente se procedió a la aplicación de la prueba teniendo en

cuenta todos los lineamientos éticos. Semestre dos: análisis estadístico de los datos (resultados).

Resultados

Para dar respuesta a la pregunta planteada inicialmente y dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables que intervienen en el estudio: Se describe la caracterización de un grupo de personas que participaron en la investigación, por una parte un grupo que se sugiere mantienen esquemas maladaptativos y por otra parte personas que se sugiere no los posee, estas variables son: Sexo (genero), Edad, Procedencia (lugar de nacimiento), Estado Civil y Estrato Socioeconómico.

Asimismo, se describe la relación entre los esquemas maladaptativos y la ejecución del maltrato infantil en dicha la población.

La tabla 1 presenta la distribución de frecuencias de la variable Género

Tabla 1.

Distribución de frecuencias de la variable Género

Género		Frecuencia
Porcentaje		
Masculino	25	39.7
Femenino	38	60.3
Total	63	100

Se señala que el 39.7% de los participantes eran de género masculino y el 60.3% de los participantes eran de género femenino.

La distribución porcentual de la variable Edad de los participantes en la investigación mostró que la mayor población encuestada se encuentra en los 36 años, el cual representa el 7.9%, seguida de la población con 39 y 45 años que corresponde al 6.3% cada una, y las edades de 34, 38, 41, 42, 43 y 46 que obtuvieron un 4.8% cada uno, esto nos indica que el rango de edad mas encuestado se encuentra entre los 34 y 46 años, es decir, población adulta.

Se presenta en la tabla 2 la distribución porcentual de la variable Procedencia (Lugar de nacimiento) de los participantes en la investigación.

Tabla 2.

Distribución porcentual de la variable Procedencia (Lugar de Nacimiento)

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Bogotá	39	61.9
Boyacá	10	15.9
Antioquia	1	1.6
Tolima	2	3.2
Cundinamarca	7	11.1
Valle	2	3.2
Caqueta	1	1.6
Santander	1	1.6
Total	63	100.0

Permite reconocer que el 61.9% de la población que representa a 39 de ellos proceden de la ciudad de Bogotá, un 15.9% proceden de la ciudad de

Boyacá, un 11.1% proceden del Departamento de Cuandinamarca, mientras que los procedentes de Tolima y Valle cuentan con un 3.2% cada uno que representa 2 de ellos; los demás Departamentos como Antioquia, Caquetá y Santander cuenta cada uno con 1.6%.

La tabla 3, presenta los descriptivos de la variable Estado Civil de los participantes.

Tabla 3.

Descriptivos de la variable Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	19	30.2
Casada	20	31.7
Unión Libre	11	17.5
Separada	11	17.5
Viuda	2	3.2
Total	63	100.0

La tabla indica que el 31.7% de la población encuestada mantiene un estado civil de Casados, seguido de la población Soltera que ocupa un 30.2% que corresponde a 19 personas, posteriormente se ubican los que conviven en Unión Libre y la población Separada con un 17.5%, finalmente se encuentra la población Viuda con un 3.2%.

La tabla 4, presenta los descriptivos de la variable Estrato Socioeconómico de los participantes.

Tabla 4.

Descriptivos de la variable Estrato Socioeconómico

Estrato Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
1	17	27.0
2	14	22.2
3	32	50.8
Total	63	100.0

Se señala que el 50.8% de los participantes pertenecen al estrato socioeconómico 3, el 27.0% de la muestra pertenecen al estrato 1 y un 22.2% pertenecen al estrato 2.

La tabla 5, presenta los descriptivos de la presencia del esquema maladaptativo Insuficiente Autocontrol.

Tabla 5.

Descriptivos del esquema maladaptativo Insuficiente Autocontrol

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	23	7	30
Si	22	11	33
Total	45	18	63

La tabla nos indica que de 33 personas que Maltratan 11 presentan el Esquema Maladaptativo, caso contrario, de 30 personas no maltratadoras, 7 presentan el esquema, es decir presentan la dificultad generalizada a ejercer un autocontrol y una tolerancia a la frustración suficientes.

La tabla 6, presenta los descriptivos de la presencia del esquema maladaptativo Desconfianza.

Tabla 6.

Descriptivos del esquema maladaptativo Desconfianza

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	23	7	30
Si	21	12	33
Total	44	18	63

Se observa que de 30 personas que no Maltratan 7 presentan el Esquema Maladaptativo Desconfianza, mientras que de 30 personas maltratadoras, 12 presentan el esquema, esto se traduce en que estas personas poseen la creencia de que los otros lo lastimarán, se aprovecharán o lo harán víctima de sus abusos, o mentiras. Así mismo, no involucran la percepción de que el daño es intencional o de que el resultado es de una negligencia extrema e injustificada.

La tabla 7, presenta los descriptivos de la presencia del esquema maladaptativo Deprivación Emocional.

Tabla 7.

Descriptivos del esquema maladaptativo Deprivación Emocional

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	23	7	30
Si	27	6	33
Total	50	13	63

La tabla indica que de 30 personas que no maltratan, 23 no presentan el esquema, también indica que de las 33 personas que ejercen maltrato 6 si presentan el esquema, esto muestra que en total de las 63 personas, 13 presentan el esquema maladaptativo de Deprivación Emocional, es decir, mantienen la creencia de que el deseo de lograr apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros.

La tabla 8, presenta los descriptivos de la presencia del esquema maladaptativo Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

Tabla 8.

Descriptivos del esquema maladaptativo Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	21	9	30
Si	27	6	33
Total	48	15	63

Se observa que de las 63 personas encuestadas, 33 son personas que maltratan, de las cuales 6 presentan el esquema maladaptativo, mientras que de las 30 personas que no maltratan, 9 presentan el esquema, estas personas poseen pensamientos catastróficos lo que es un indicador de temor exagerado a que algún evento desafortunado sobrevenga. Dichos temores se centran en uno o más de los siguientes aspectos: catástrofes médicas, emocionales, externas, accidentes y terremotos.

La tabla 9, presenta los descriptivos de la presencia del esquema maladaptativo Autosacrificio.

Tabla 9.

Descriptivos del esquema maladaptativo Autosacrificio.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	19	11	30
Si	25	8	33
Total	44	19	63

La tabla indica que de las 30 personas que no maltratan, 11 presentan el esquema maladaptativo, también indica que de las 33 personas que si maltratan, 8 presentan el esquema maladaptativo de Autosacrificio, esto se traduce, en que estas personas poseen concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás. Se manifiesta en conductas para evitar causar dolor a los demás, y sentirse egoísta o culpable y mantener la conexión con aquellas personas que se percibe como necesarias.

Tabla 10.

Descriptivos del esquema maladaptativo estándares inflexibles 1.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	19	11	30
Si	26	7	33
Total	45	18	63

La tabla 10, describe que 18 personas presentan el esquema de estándares inflexibles 1, lo cual quiere decir que estas personas tienen la predisposición a creer que se deben esforzar por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, por evitar la crítica.

Tabla 11.

Descriptivos del esquema maladaptativo estándares inflexibles 2.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	19	11	30
Si	26	7	33
Total	45	18	63

La tabla 11, describe que 18 personas presentan el esquema de estándares inflexibles 2, lo cual quiere decir que estas personas tienen la predisposición a creer que se deben esforzar por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, por evitar la crítica.

Tabla 12.

Descriptivos del esquema maladaptativo inhibición emocional.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	24	6	30
Si	26	7	33
Total	50	13	63

En esta tabla se puede observar que 7 personas presentan el esquema de inhibición emocional, las cuales están dentro del grupo de las que maltratan, este esquema se caracteriza por la inhibición excesiva de sentimientos y emociones para evitar la desaprobación de los demás.

Tabla 13.

Descriptivos del esquema maladaptativo Derecho grandiosidad.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	24	6	30
Si	26	7	33
Total	50	13	63

En la tabla 13 se puede observar que 7 personas poseen el esquema maldaptativo de derecho grandiosidad. Estas personas tienen la creencia de que se es superior a los demás, de que no está obligado por las reglas.

Tabla 14.

Descriptivos del esquema maladaptativo Entrampamiento.

Maltrato	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Total
No	21	9	30
Si	15	8	33
Total	46	17	63

La presente tabla describe que 8 personas que maltratan a sus hijos presentan el esquema maladaptativo de entrampamiento, lo cual quiere decir que son personas con una excesiva implicación y cercanía emocional con uno o más otros significativos a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal.

Tabla 15.

Descriptivos del esquema maladaptativo autocontrol según genero

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	22	3	25
ulino	23	15	38
Feme			
nino			
Total	45	18	63

En esta tabla se puede observar que 9 hombres presentan el esquema maladaptativo de autocontrol frente a las 8 mujeres que presentan el mismo esquema, caracterizado por la dificultad generalizada de ejercer autocontrol y una tolerancia a la frustración suficientes. Énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad.

Tabla 16.

Descriptivos del esquema maladaptativo Desconfianza.

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	20	5	25
ulino	24	14	38
Feme			
nino			
Total	44	19	63

La presenta tabla indica que 5 hombres presentan el esquema maladaptativo de desconfianza frente a 14 mujeres que presentan el mismo esquema. Estas personas se caracterizan por tener la creencia de que los otros los lastimarán, los harán víctimas de sus abusos, o mentiras.

Tabla 17.

Descriptivos del esquema maladaptativo Deprivación emocional.

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	20	9	30
ulino	24	8	33
Feme			
nino			
Total	44	17	63

En esta tabla se puede observar que 9 hombres y 8 mujeres presentan el esquema de privación emocional. Este esquema maladaptativo es la creencia de que el deseo de lograr apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros.

Tabla 18.

Descriptivos del esquema maladaptativo Vulnerabilidad al daño.

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	18	7	25
ulino	30	8	38
Feme			
nino			
Total	48	15	63

En esta tabla se puede observar que 7 hombres y 8 mujeres presentan el esquema de vulnerabilidad al daño, el cual es un temor exagerado a que la catástrofe se sobrevenga.

Tabla 19.

Descriptivos del esquema maladaptativo Estándares inflexibles 1 por género.

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	18	7	25
ulino	27	11	38
Feme			
nino			
Total	45	18	63

En esta tabla se puede ilustrar la relación entre la variable porcentual sexo y la presencia del esquema maladaptativo estándares inflexibles 1. Donde 7 hombres y 11 mujeres lo presentan, lo cual quiere decir que estas personas tienen la predisposición a creer que se deben esforzar por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, por evitar la critica.

Tabla 20.

Descriptivos del esquema maladaptativo Estándares inflexibles 2 por género.

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	20	5	25
ulino	30	8	38
Feme			
nino			
Total	50	13	63

En esta tabla se puede ilustrar la relación entre la variable porcentual sexo y la presencia del esquema maladaptativo estándares inflexibles 2. Donde 5 hombres y 8 mujeres lo presentan, lo cual quiere decir que estas personas tienden a creer que se deben esforzar por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, por evitar la critica.

Tabla 21.

Descriptivos del esquema maladaptativo Inhibición emocional por género.

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	22	3	25
ulino	28	10	38
Feme			
nino			
Total	50	13	63

La presente tabla muestra la relación entre la variable sexo y la presencia del esquema maladaptativo de inhibición emocional. 3 hombres y 10 mujeres lo presentan. Caracterizados por la inhibición excesiva de sentimientos y emociones para evitar la desaprobación de los demás.

Tabla 22.

Descriptivos del esquema maladaptativo Derecho grandiosidad por género

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	20	5	25
ulino	28	10	38
Feme			
nino			
Total	48	15	63

En esta tabla se puede observar que 5 hombres y 15 mujeres presentan el esquema maladaptativo de derecho grandiosidad. Se define como la creencia de que se es superior a los demás, de que no está obligado por las reglas.

Tabla 23.

Descriptivos del esquema maladaptativo Entrampamiento por género

Sexo	No presenta el Esquema	Si presenta el Esquema	Tota
Masc	18	7	25
ulino	28	10	38
Feme			
nino			
Total	46	17	63

En esta tabla se puede observar claramente que 7 hombres y 10 mujeres poseen el esquema maladaptativo de entrampamiento. Señalado por una excesiva implicación emocional con uno o mas significativos a expensas de un desarrollo social normal.

La tabla 24, muestra los resultados de la correlación de los datos a la luz del análisis estadístico utilizado (Pearson). Se puede observar que no existe correlación entre la ejecución del maltrato infantil y la presencia de esquemas maladaptativos: Abd (abandono), Insuf (Insuficiente autocontrol), Desc (Desconfianza), Depr (Deprivación), Vuln (Vulnerabilidad), Infle 1 (Inflexibles 1), Infle 2 (Inflexibles 2), Inhib (Inhibición), Der (Derecho), Ent (Entrampamiento).

Tabla 24.

Correlación entre la presencia de esquemas maladaptativos y la ejecución del maltrato infantil

	Abd	Insuf	Desc	Depr	Vuln	Auto	Infle 1	Infle 2	Inhib	Der	Ent
Pearson	,117	,111	,142	-,064	-,139	-,135	-,171	-,064	,015	,160	-,065

Discusión

Después de realizado el análisis, se puede evidenciar que no se encontró una correlación significativa entre la presencia de los esquemas maladaptativos y la ejecución del maltrato infantil.

Con esto se cree que el ejecutar el maltrato infantil es propio de la cultura pero no necesariamente corresponde a personas que tengan esquemas maladaptativos, sin embargo se evidencia en los resultados porcentuales que hay mayor presencia de esquemas maladaptativos en personas que ejecutan el maltrato infantil mas no una correlación significativa entre estas dos variables .

Por consiguiente se retoma lo dicho por Sáez, Benguigui, Rey, (2006) quienes plantean que el maltrato infantil, pasa desapercibido en la comunidad e incluso a la propia familia que lo consideran “normal”, propio de la educación del menor, por un sentimiento ancestral de propiedad de los hijos. Tradicionalmente, la cultura de la violencia contra la infancia está presente en la vida cotidiana, sin embargo, no es reconocida como tal, se acepta como parte del orden social establecido, va en aumento, y afecta a todas las edades, especialmente a la infancia.

De acuerdo con la psicología cognitiva el concepto de esquema, es una estructura que ayuda a asimilar, guardar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas (Goleman, 2002). Asimismo, el procesamiento de la información en el cerebro ha tratado ser explicado Pinker (2000), utilizando el concepto de esquema como una ley o una regla. De acuerdo con este autor, la información que se procesa en el cerebro se da conforme a unas leyes o reglas, y el pensamiento consiste en aplicar el conjunto de reglas y leyes que en este

caso serían de acuerdo a creencias en cuanto a la forma de corregir o enseñar a los niños, esquemas que han sido probablemente formados desde la infancia acerca de cómo solucionar problemas, sobre las pautas de crianza y disciplina que se considera adecuada o inadecuada.

Del mismo modo, dentro de este enfoque se utilizan los conceptos de distorsión cognitiva y pensamientos automáticos, que son los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos (Riso, 2006). De esta forma, los sentimientos y la conducta son hasta cierto punto determinados y son mantenidos por la percepción y la estructura de las experiencias del individuo. Por consiguiente, una de las bases de la intervención cognitiva, consiste en pasar de un procesamiento de información automático a uno controlado (Riso, 2000; 2004) y de acuerdo con esta información podría entonces decirse que las intervenciones clínicas de pacientes que han maltratado a los infantes deben en gran medida estar dirigidas a un mejor manejo de la información contenida en los esquemas cognitivos, es decir a reestructurar creencias centrales y pasar de un procesamiento de la información automático a uno controlado en benéfico no solo de los niños afectados sino también de los adultos que ejecutan estas prácticas propias del maltrato infantil.

Se retoman también para esta discusión los estudios de Montaña, Acosta y Gerena, (2002) quienes han encontrado que hay niveles muy significativos de correlación entre personalidad e ira, a la vez que se han encontrado correlaciones significativas entre ira y conducta antisocial. Esta conducta antisocial entendida, como el conjunto de comportamientos que van en contra

de la ley y atentan contra la integridad física de una comunidad en particular, la ira la expresan los padres por medio del maltrato verbal y psicológico con sus hijos, porque en sus hijos los padres ejercen un control total. La explicación de la relación entre esta teoría y el presente estudio, se basa en que cada uno de los 11 esquemas maladaptativos evaluados, las personas que tienen estos esquemas, también ejecutan el maltrato infantil en mayor proporción que las personas que no los tienen como por ejemplo, se puede observar en los resultados que se ilustran que las personas que poseen el esquema maladaptativo de grandiosidad, caracterizados por tener la creencia de que se es superior a los demás, y de que no está obligado por las reglas, lo cual es compatible con algunas de las creencias contenidas en el trastorno de personalidad antisocial.

Por consiguiente, aunque no se haya encontrado de acuerdo a los resultados estadísticos una correlación significativa, si se observan creencias propias de trastornos de la personalidad, por consiguiente se sugiere continuar con investigaciones de este tipo para ampliar la información y tener un mejor diagnóstico de la población.

Por otra parte el modelo del Young, ha sido utilizado para investigar el papel que median los Esquemas maladaptativos tempranos (EMS) en el abuso sexual en niños y la severidad de depresión adulta (Cukor & McGinn, 2006), sugiere que la problemática del maltrato infantil y su relación con los EMS, por otra parte, se ha investigado los trastornos de personalidad como el límite y el antisocial y su relación con el maltrato infantil (Azar, 2005; Lobbestael, Arntz y Sieswerda, 2005). Sin embargo en el los resultados del presente estudio, se

puede evidenciar por ejemplo una por porcentaje mayor de creencias que se relacionan con la falta de autocontrol, desconfianza y creencias de grandiosidad. (esquema maladaptativo de insuficiente control, esquema maladaptativo desconfianza, esquema maladaptativo derecho grandiosidad).

Como se propone en el marco teórico de referencia, la conducta humana se puede explicar a partir del estudio de sistemas cognitivos, su organización y principios fundamentales (Patiño & Martín, 2000). Se otorga gran importancia a los procesos de elaboración de la información y a las estructuras de significado y se concibe a la persona como un sistema altamente complejo de procesamiento de la información, tanto *cognitiva* como *afectiva* (Best, 2000), podría explicarse las conductas dirigidas al maltrato infantil desde las creencias disfuncionales entorno a la crianza.

De acuerdo con Beck, (1992), la cognición es la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a través de eventos temporales pasados, actuales o esperados. El modelo cognitivo se basa en el supuesto teórico subyacente que los afectos y la conducta de un individuo está influenciada en gran medida por el modo en que la persona estructura el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos, desarrollados a partir de experiencias anteriores. De acuerdo a lo anterior es muy probable que quien maltrata haya sido maltratado y quien es maltratado se convertirá en la edad adulta en quien ejecute el maltrato.

A pesar de las investigaciones revisadas, en el presente estudio se presenta un panorama diferente frente a lo planteado, porque no se presenta una correlación significativa entre la ejecución del maltrato infantil y la presencia a

de esquemas maladaptativos a los que se refiere Young. Mas sin embargo hay que tener en cuenta que existe una mayor proporción entre las personas que ejecutan el maltrato infantil y poseen estos esquemas, que las personas que no tienen los esquemas y no ejecutan el maltrato infantil.

La conclusión a la que se puede llegar es que esta problemática del maltrato infantil, ha sido de gran interés, ya que se encuentran diversos estudios y que no solo debe verse como un problema cognitivo o psicológico de quien emite el maltrato infantil, sino como un problema cultural, pues se acepta y hace al parecer parte de creencias, que algunas veces no se pueden clasificar como maladaptativas dentro de la teoría planteada, es decir en la población que se utilizó para este estudio, no se podría afirmar que presentan esquemas maladaptativos correlacionadas con el maltrato infantil y que por lo tanto no se requiere propiamente de tener o no esquemas maladaptativos para ejecutar el maltrato infantil, lo que hace creer entonces que esta variable es cultural y que el trabajo psicológico puede ir encaminado a la educación, a un cambio de creencias que se encuentran aceptadas y que forman parte de la cultura respecto a la crianza de los niños.

Referencias

- Andresen, B., & Cyranowski, J. (1994). Women's sexual Self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079-1100.
- Arntz, A., Dietzel, R. & Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability, and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 545-557.
- Arntz, U., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). Experimental test of the pattern in way of outline of border personality the disorder. *J el Behavior the Exp la Psiquiatría*, 36, (3), 226- 39.
- Azar, S. (2005) the boy's abuse and investigation of lesion of childhood: a cognitive one behavioral the approach. *J Pediatric Psychology*, 30, (7), 598-61
- Ball. (1998) The treatment of Manualized for abusive of the substance with the disorders of personality: dual the therapy of focus outline. *Corrupted Behavior*, 23, (6), 883-91.
- Baron, A., & Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. Prentice Hall. Madrid.
- Barcelata, B, & Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta de Psicología*. Recuperado el 28 de febrero, 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n1/v8n1a03.pdf>
- Beck, A. (1992). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Press. New York.
- Beck, A. & Freeman, A (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona. Paidós.

- Beck, A. (1992). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Press. New York.
- Beck, A. Butler, A., Brown, G., Dahlsgaard, K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213-1225.
- Best., & John. (2000). *Psicología Cognitiva*. Thomson. Mexico.
- Best, & John. (2000). *Psicología Cognitiva*. Thomson. Mexico.
- Caro, I. (1997). *Manual de Psicologías cognitivas*. Paidós. Barcelona.
- Casado. J, Díaz. J, Martínez .C, (2003) *Niños Maltratados*, E.d Díaz de Santos .México D.F
- Castaño, B. (2005). Trastorno mental y filicidio. *Revista colombiana de psiquiatría*; 34, 1, 82-89. Recuperado el 23 de febrero, 2009.
- Castrillón, D. Chaves, L. Ferrer, A. Londoño, N. Maestre, K. Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - second edition (ysq - l2) en Población Colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 3, 541-560.
- Cousineau, P., & Young J. (1997). The treatment of border disorder of personality with the outline-focused approach. *The Sante Ment That. Spring*, 22, 1, 87-105.
- Cukor, D., & McGinn, L. (2006). The history of the boy's abuse and severity of mature depression: the paper mediating of the cognitive outline. *The J Boy Sex Abuse*, 15, 3, 19-34.

Davis, J. (1984). Order Effects in multiple decisions by groups: A demonstration with mock juries and trial procedures. *Journal of Personality and Social Psychology*, (47), 1003 – 1012.

De la espiella, R. (2006). Filicidio: una revisión. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 35, 1, 71-84. Recuperado el 23 de febrero, 2009. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-02006000100007&script=sci_arttext&lng=es

Dreessen, L. Arntz, U. Hendriks, T., & Keune, N. (1999). The Avoidant personality disorder and the implicit outline-appropriate information the prejudice processing: a model study with a task of the pragmatic inference. *The Behavior Head There*, 37, 7, 619-32.

Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Handbook of rational-emotive therapy*. Springer Publishing Company. New York.

Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Charles, C. Thomas Publisher. Traducción por Fontanella, Barcelona, 1978

Fazel, Seena, Graan, Martin (2006). Impacto poblacional de la enfermedad mental grave sobre el crimen violento. *American Journal of Psychiatry*. 9, 10.

Fernández.G, Perea.J, (2004), *Síndrome del Maltrato Infantil*, *Hospital Pediátrico Universitario "Juan M. Márquez"*, Recuperado el 27 de Marzo, 2009, Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_3_04/ped09304.htm

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. *Stanford university press*. Stanford.

Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., Leighton, C. y Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 4.

Goleman, D. (2002). *La practica de la inteligencia emocional*. Kairós. Barcelona.

Gomez, E. & De Paul, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. *Psicothema*. 15, 3, 452 – 457. Recuperado el 13 de abril, 2009. Disponible en: www.psicothema.com/pdf/1087.pdf

Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema*. Recuperado el 26 de febrero, 2009. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/720.pdf>

Guidano, V. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press. New York.

Hoffart, U. & Sacristán, H. (2002). The paper of optimism in the process of outline-focused cognitive therapy of the problems of personality. *The Behavior Head*, 40, 6, 611-23.

Harter, S. (1988). *The construction and conservation of the self: James and Cooley revisited*. Springer Verlag. New York.

Hernández, Venegas, Ventura.J (2006). Trabajo Presentado en el Primer Congreso Internacional de Maltrato Infantil –Cuba, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas, Recuperado el

20 de febrero, 2009. Disponible en:

http://www.prevemi.sld.cu/primer_congreso_mi/mi_diagn_difer.doc

Jovev, M. & Jackson, H. (2004). The outlines of the early maladaptive in the personality disordered the individuals. *Personal Disorder*, 18, 5, 467-78.

Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. McGrill-Hill. New York

Lobbestael, J. Arntz, U. & Sieswerda, S. (2005) The ways of the outline and abuse of childhood in the frontier and the antisocial personality the

Locke, E. Shaw, K. Saari, L & Latham, G. (1981). Goal setting and task performance. *Psychological Bulletin*, 90, 125 – 152.

Luján .M, Vandemeulebroecke .L, Colpin .H, (2004) *Pedagogía Familiar* . E.d Trilce, en coedición con Universidad Católica de Lovaina y Universidad Católica del Uruguay

Mahoney, M. (1985). Psychotherapy and human change processes. Plenum. New York.

Markus, H. & Sentisk, K. (1982). The self in social information processing. Suls. New York.

Miller, G. Galanter, E. & Pribrum, K. (1960). Plans and the structure

Millon, T. (1995). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Masson. Barcelona.

Millon, T. (1998). *Clinical Multiaxial Inventory*. TEA. Madrid.

Mondragón, J. (2006). Psicólogo de la Xunta de Galicia. MAD-Eduforma.

Recuperado el 27 de abril, 2009. Disponible en:

<http://books.google.com.co/books?id=2obi7Zc35UMC&dq=Psic%C3%B3logo+d>

e+la+Xunta+de+Galicia.&printsec=frontcover&source=bl&ots=JcKpQ6qj5K&sig=02UMJWTa18hk9003b_KYpDLqerk&hl=es&ei=XI33SfyuEpXhtgePnvGyDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9n

Moreno, J. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*. Recuperado el 26 de febrero, 2009. Disponible en: http://www.um.es/facpsi/analesps/v18/v18_1/08-18_1.pdf

Moreno, J. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11, 002. Recuperado el 25 de abril, 2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29211205.pdf>

Montaña, C. Acosta, M. & Gerena, M. (2002). Estudio descriptivo correlacional entre la ira y la personalidad a la luz de la teoría de Hans Eysenck. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 56 -70.

Oldham, J. (2007). *Tratado de los trastornos de personalidad*. España: Masson

Ortony, A. Clore, G. & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge University Press. Cambridge.

Papalia, D. (1998). *Desarrollo humano*. Mc Graw Hill. Colombia.

Patiño, D. & Martín, M. (2000). *Psicología Cognitiva. Perspectiva histórica métodos y postulados*. Pirámide. Madrid.

Paul, J., Pérez, A., Paz, P., Alday, N & Mocerroa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato

físico y abuso sexual. *Psicothema*. 14, 1, 53 – 62. disponible en:
<http://www.psicothema.com/pdf/686.pdf>

Pérez, M. (2006). *Violencia sexual una mirada al perfil psicosocial del victimario*. Universidad de Pamplona, programa de psicología con énfasis en psicología familiar: san José de Cúcuta. Recuperado el 26 de febrero, 2009.

Disponible en:
http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallG/home_1/recursos/tesis/contenidos/pdf_tesis/02052007/violacion_sexual_una_mirada.pdf

Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell. 2001).

Piaget, J. (1967). *La Psychologie de l'intelligence*. Librairi Armand Colin. Paris.

Traducción Castellano de Foix, C. (1983). Critica. Barcelona.

Pinker, E. (2000). *Como Funciona La Mente*. Destino. España.

Platts, H. Mason, OR. & Tyson, M. (2005). The outlines of the early maladaptive and the adult's tie in an UNITED KINGDOM the clinical population. *Psychol Psychother*, 78, 4, 549-64.

Prieto.M, (2005), *Violencia Escolar y Vida Cotidiana en la escuela Secundaria*, *Revista Mexicana de Investigación*, vol 10, Número 027, México D.F., Recuperado el 27 de Marzo, 2009, Disponible en:
http://www.oei.es/docentes/articulos/renueva_orden_disciplinario_escolar_argentina_dussel.pdf

Reeve, J. (1997). *Motivación y Emoción*. McGrill-Hill. New York

Republica de Colombia (2006), *Nueva ley de la Infancia y la Adolescencia* – Ley 1098, Ed, Liíto Imperio, Bogota D.C.

Reyes, J. (2009). El ofensor sexual religioso: factores psicosociales y etiológicos de su conducta ofensiva. *Revista Electrónica Psicología Científica*. Recuperado el 26 de febrero, 2009. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-391-1-el-ofensor-sexual-religioso-factores-psicosociales-y-etilog.html>.

Riso, W. (1992). *Depresión, avances en cognición y procesamiento de la información*. Norma. Colombia

Riso, W (2000). *La terapia cognitiva informacional*. CEAPC. Medellín.

Riso, W (2004). *Pensar bien, sentirse bien*. Norma. Bogota.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptuales del Caso Clínico*. Norma. Colombia.

Romero, C (2006). Evaluación de gravedad y Riesgo de reincidencia del maltrato infantil. VI Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Recuperado el 22 de abril, 2009. Disponible en: <http://www.aipjpsicologiajuridica.org/wp-co/PJInfCriYiNi/4.pdf>

Ruiz, J. Cano, J. (1999). Manual de Psicoterapia Cognitiva. *Página del equipo de Salud mental de UBEDA. ISBN*. España. Libro electrónico. Psicoterapia por la personalidad. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidad>

Sáez .A, Benguigui.Y, Rey.J, (2006) *Maltrato Infantil*. Recuperado el 1 de Abril, 2009, Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/CongresoCuba2006/MaltratoInfantil.p>

Scheier, M. & Carver, C. (1988). A model behavioral self-regulation: Translating intention into action. *Advances in experimental social psychology*, 21, 303 – 346.

Semerari, A. (2002). *Historia, Teorías y Técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Paidós. España.

Kihlstrom, J. & Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. *Advances in experimental social psychology*, 17, 2 – 47.

disorders. *The Behavior There Exp the Psychiatry*, 36, 3, 240-53.

Neisser, U. (1976). *Cognitive Psychology*. New Cork. Appleton - *Century-crofts*. New York.

Mandler, G. (1982). The structure of value: Accounting for taste. In M. S. Clark & S. T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Markus, H. & Sentisk, K. (1982). *The self in social information processing*. Suls. New York.

Miller, G. Galanter, E. & Pribrum, K. (1960). *Plans and the structure of behavior*. Hot, Rinehart and Winston. New York .

Ministerio de Protección Social, Informe especial, sobre violencia contra la infancia en Colombia, Bogota D.C., 2006.

Organización Mundial de la Salud (2006), *Maltrato infantil y alcohol*. Recuperado 21 de Febrero, 2009, Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/f

Primer Congreso Iberoamericano sobre Maltrato Infantil (2007) Bogotá D.C., Colombia, Recuperado el 1 de Junio de 2009, Disponible en:

<http://blog.colombiahoy.org/2007/05/22/primer-congreso-iberoamericano-sobre-maltrato-infantil.aspx>

Pontón. W, Franco. A, Ramírez.L (2006) *Revista de la Facultad de medicina* 13 vol. 11 no. 1 agosto , Recuperado el 29 de Abril de 2009, Disponible en

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/boletin_anteriores.htm

Rigoyen.A, (2007) *Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia*. Medicina Familiar, México D.F

Segal, B. (1988). *Drugs and behavior. Cause, effects, and treatment*. London: Grandner Press. New York.

Sotomayor.H (2005). Reflexión histórica –antropológica sobre el maltrato en Colombia, *Revista colombiana de Pediatría*, Recuperado 21 de Febrero, 2009, Disponible en:

<http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pedi38103-reflexion.htm>

Tous, J.M. (1989). *Modificación de conducta, personalidad y psicología clínica*. *Análisis y Modificación de Conducta*, (15), 221-237.

Ullrich, S. & Marneros, A. (2004). *Dimensions of personality disorders in offenders*. *Crime behave ment health*, 14 (3), 202-13.

UNICEF, Convención sobre los Derechos del Niño, Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 ,Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo , Recuperado el 29 de Abril de 2009 , Disponible en:

http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

UNICEF (2006) La Niñez Colombiana en Cifras, Recuperado el 1 de Junio de 2009, Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>

Vroom, V. (1964). Work and motivation. Wiley. New York

Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. Springer Verlag. New York.

Wekerle, C., Alec, I., David, A. & Carries, B. (2007). Maltrato Infantil. México: Manual Moderno.

Young, J. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. Third Edition. Sarasota.

Young, J. Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). The Therapy of the Outline: The Guide of a Practitioner. Guilford. New York.

