

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **VERÓNICA JAZMÍN CORRAL PROAÑO**, con CC. 171408075-9, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LA RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE TRAUMA INFANTIL Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA”**. Trabajo realizado desde la teoría del apego, con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Departamento de Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016., previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Verónica Jazmín Corral Proaño".

VERÓNICA JAZMÍN CORRAL PROAÑO
CC. 171408075-9

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO

“LA RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE TRAUMA INFANTIL Y
COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA. TRABAJO REALIZADO DESDE LA
TEORÍA DEL APEGO, CON PACIENTES DE 13 A 18 AÑOS QUE ASISTEN AL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
DURANTE EL AÑO 2016.”

VERÓNICA JAZMÍN CORRAL PROAÑO

DIRECTOR/A: MSC. ELENA DÍAZ

QUITO, 2017

Agradecimientos

A mi Señor y Salvador Jesucristo, gracias por haberme permitido llegar a la cumbre de esta empinada montaña; tú fuiste mi aliento cuando ya no tenía fuerzas, mi esperanza, la luz resplandeciente en el oscuro valle. Me ayudaste a no rendirme, me has enseñado a esperar sin claudicar y a saber que al amparo de la roca que eres tú, siempre a salvo estoy.

A mi esposo, Irwin Gabriel, gracias por apoyarme en estos años con tu ternura incondicional, me has mostrado el amor de Dios en tus abrazos y palabras de ánimo.

A mi tutora de tesis, Elena Díaz, le agradezco infinitamente su dedicación, tiempo, prolijidad y excelencia con la que ha guiado este trabajo de investigación. Gracias por ser una gran bendición en mi formación profesional, quiero manifestarle el gran respeto, cariño y admiración que le tengo.

A mis padres y hermano Josué también quiero agradecerles porque me brindan bellos momentos e iluminan mi vida. A mis fieles amigos que son luces resplandecientes que brillan en el oscuro mundo.

Finalmente, quiero agradecer a todos quienes permitieron que esta investigación se llevara a cabo; Dra. Marianita Escutar, Directora del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital General Enrique Garcés, Dra. Silvia Rodríguez, Directora del Servicio de Salud Mental de dicho hospital y la Dra. Victoria Muñoz, Psicóloga Clínica. Muchas gracias por su apertura y apoyo.

Dedicatoria

El presente trabajo quiero dedicarlo a Dios porque mis mayores esfuerzos y sacrificios siempre serán con amor, consagrados a Él para mostrar su Gloria al mundo que no lo conoce.

A mi esposo, Irwin Gabriel, mi fiel compañero de luchas y alegrías.

A mis padres, que han sido un gran ejemplo de vida e inspiración a la mía propia.

A mi hermanito Josué, a quien amo inmensamente.

A todos quienes sufren y están marcados por la desesperanza.

Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	II
Dedicatoria.....	III
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
1.1 Definición	7
1.2 Conducta de base segura.....	9
1.3 Sensibilidad del cuidador.....	10
1.4 Efecto del apego en el desarrollo.....	12
Capítulo 2: Trauma infantil	15
2.1 Definición de experiencias tempranas de trauma infantil.....	15
2.2 Separación traumática del padre, madre o cuidador	20
2.3 Violencia y maltrato.....	21
2.3.1 Castigo físico.....	22
2.3.2 Violencia intradoméstica	23
2.4 Abuso de sustancias por familiares o cuidadores.....	25
2.5 Abuso sexual.....	27
2.5.1 Contacto sexual forzado con un pariente.....	30
2.5.2 Contacto sexual forzado con un no familiar.....	31
Capítulo 3: Comportamiento de riesgo suicida	32
3.1 Definición	34
3.2 Niveles	39
3.3 Tipos básicos de comportamiento en adolescentes con ideación o intento de suicidio	40
3.4 Síntesis del Marco Teórico	41
Capítulo 4: Investigación de campo	43
4.1 Método.....	43
4.1.1 Participantes	43
4.1.2 Medición.....	46
4.2 Resultados.....	50
4.2.1 Resultados cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences).....	50
4.2.2 Resultados Narrativas de apego adulto Attachment Script Assesment (ASA).....	56
Conclusiones.....	62
Recomendaciones	67
Bibliografía.....	70
Anexos.....	76

Resumen

La presente disertación evalúa la relación existente entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida en un grupo de adolescentes de 13 a 18 años de edad, pacientes del Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés durante el año 2016. El objetivo general del estudio es analizar la relación existente entre estas dos variables, desde la teoría del apego. Como hipótesis se propuso que las experiencias tempranas de trauma infantil provocan una mayor probabilidad de riesgo de comportamiento suicida. La metodología empleada es mixta, combina una parte cualitativa y otra cuantitativa. Se han empleado dos instrumentos de medición; uno de ellos es el cuestionario ACE (Experiencias Infantiles Adversas) desarrollado por los Centers for Disease Control and Prevention (2016), el cual analiza el nivel de Experiencias Infantiles Adversas, y el otro instrumento es el Attachment Script Assesment (ASA), narrativas de Apego Adulto de L.M. Rodrigues, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001) que determina el tipo de apego. También se empleó una ficha de datos para recoger la información sociodemográfica. Los resultados demostraron que las experiencias tempranas de trauma infantil que incluyen factores de índole personal, social, familiar, son la causa de los comportamientos autolesivos. Esto se vincula al hecho de no construir una base segura en la primera infancia, formar un tipo de apego inseguro que intensifica su experiencia de trauma, desestructura sus recursos personales ante la adversidad, genera una vivencia de abandono y debilita su resiliencia. El factor de riesgo más evidente en el grupo estudiado ha sido la toxicidad familiar en cuanto a conductas de violencia, maltrato psicológico, físico, negligencia. Este factor es la base de la estructuración de un tipo de apego inseguro y da cuenta de una alta existencia de experiencias de trauma infantil.

Palabras clave: apego, trauma infantil, riesgo suicida, adolescentes, apego inseguro.

Abstract

This dissertation evaluates the relation between adverse childhood experiences and suicidal risk behavior in a teenage group whose ages range from 13 to 18 years old and who are patients at “Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés” in 2016. This study has the general objective of analyzing the relation between both variables mentioned, through the lens of attachment theory. The hypothesis proposed is that adverse childhood experiences provoke a higher probability of suicidal risk behavior. The methodology used, combines a quantitative and a qualitative part; it has been used two measure instruments; one of them is the ACE questionnaire developed by Centers for Disease Control and Prevention (2016), which analyzes the adverse childhood experiences level, and the other instrument is the Attachment Script Assesment (ASA), developed by L.M. Rodrigues, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001) which determines the attachment type. Furthermore, a personal data form was used in order to obtain socio-demographic information.

The results have shown that adverse childhood experiences that include personal, social and familiar factors, are the cause of injurious behaviors. This is related to the fact of not building a secure base in the first childhood, to the establishment of an insecure attachment that makes the trauma experience the most intense, destroy personal resources in children, cause abandonment feeling and weak their resilience. The risk factor the most evident in this study, has been familiar toxicity which then relates to violent behavior, psychological, physical mistreatment, neglect. This factor generated insecure attachment in all teenagers and proves the importance of incidences that lend themselves to high level adverse childhood experiences.

Key words: attachment, childhood trauma, suicidal risk, teenagers, insecure attachment.

Introducción

La relación entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el riesgo de suicidio en adolescentes de 13 a 18 años es un problema apremiante en la práctica clínica; los comportamientos autolesivos representan una conducta recurrente en jóvenes con experiencias tempranas de trauma infantil. La presente investigación aborda este tema de interés social, en busca de mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable. El tercer objetivo del Plan Nacional del “Buen Vivir” propone mejorar la calidad de vida de la población, lo que se puede lograr en el área de la salud mental y en el trabajo con adolescentes mediante “la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable” (SENPLADES, 2013, p.13). La presente disertación aporta significativamente al cumplimiento de este objetivo, sobre todo en el trabajo con adolescentes desde la comprensión de los principales factores de riesgo. Por otro lado, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2013, p. 127) afirma que “uno de los objetivos del Estado debe ser fortalecer y mejorar los servicios de desarrollo infantil integral y de educación inicial”; por ello, se busca concientizar sobre la importancia del desarrollo adecuado en la primera infancia, la construcción de vínculos seguros y la prevención de experiencias adversas de trauma infantil.

Lluch, Hernández y Fuentes (2015) afirman que el suicidio es la décima causa de muerte en países que viven las llamadas “enfermedades del desarrollo” y que es además la tercera causa de muerte más frecuente en adolescentes de 15 a 24 años. Según el INEC (2016) entre 1997 y el 2009, 1,400 adolescentes se suicidaron y esta cifra ha aumentando significativamente en los últimos años. Entre las posibles causas estarían la depresión, abuso de adultos, ansiedad por identidad sexual, situaciones estresantes o algún tipo de pérdida en la familia (Almeida, 2014). Esto muestra la relevancia del problema de investigación en el que las experiencias tempranas de trauma se relacionan con los comportamientos autolesivos; además, estas experiencias se intensifican con la existencia de un vínculo inseguro ya que “las relaciones de apego juegan un papel significante en el desarrollo, en cómo el individuo se siente, se mira a sí mismo y se comporta” (Posada, et al., 2016, p. 297).

La presente investigación se sustenta en aportes de la teoría del apego realizados por autores como Ainsworth (1989), que analizan la incidencia del establecimiento de una base segura durante la infancia. Silva (2013) en un estudio exploratorio en díadas madre-bebé en contexto natural identifica que existe una relación entre la sensibilidad materna y

el desarrollo infantil temprano siendo trascendente lo vincular y afectivo en la constitución del sujeto; el comportamiento de base segura se relaciona con la sensibilidad materna (Posada et al., 2016). Silva (2013) afirma que desde que el niño nace participan simultáneamente dos procesos: la maduración biológica y los procesos de aprendizaje que le dan características individuales. Silva (2013) indica que la habilidad para ofrecer una respuesta sensible que tienen los adultos cuidadores de menores entre 0 y 6 años, es una poderosa variable para determinar la seguridad emocional del niño. No es posible hablar de desarrollo infantil temprano sin considerar el papel determinante de los individuos cuidadores y su influencia en la constitución psíquica de la persona (Bowlby, 1969).

Este tema es de relevancia científica ya que varios estudios han relacionado los antecedentes de trauma infantil con la presencia de psicopatologías adultas incluyendo la depresión, los trastornos de personalidad, dependencia a drogas. La literatura señala que hay suficiente evidencia empírica que demuestra que los antecedentes traumáticos en la niñez son factores de riesgo inespecíficos pero influyentes en trastornos afectivos, ansiosos, de la alimentación, somatización, disociativos y abuso de alcohol (Vitriol, 2005). Diversas investigaciones epidemiológicas han demostrado que experiencias de abuso físico, sexual y de negligencia son un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatologías como la depresión (Ballesteros, Vitriol, Florenzano, Vacarezza & Calderón, 2007). Por ello, se puede considerar interesante esta investigación; la identificación de factores de riesgo del comportamiento suicida es una prioridad para poder detectar tempranamente a jóvenes con posibles trastornos mentales, prevenir sucesivos intentos, dar tratamiento efectivo y hacer una profilaxis eficaz contra ideas suicidas (Rodríguez, González, Mencía, & Flores, 2000).

En cuanto al problema de investigación cabe mencionar que no se ha podido comprender consistentemente los efectos de las experiencias tempranas de trauma infantil y su relación con el comportamiento de riesgo suicida en adolescentes. Por lo tanto, surgen las siguientes preguntas: ¿Cómo se puede entender el concepto de trauma infantil desde el riesgo suicida en pacientes que asisten al servicio de Salud Mental? ¿Cómo el factor de trauma infantil aumenta el riesgo de suicidio en adolescentes de 13 a 18 años? Al comprender las consecuencias del trauma infantil se puede mejorar las intervenciones terapéuticas en grupos vulnerables de adolescentes y clarificar cómo abordar la problemática del suicidio. El objetivo es comprender las repercusiones que el trauma

infanto juvenil puede tener en la psicopatología adulta analizando el efecto que tiene en la vida de los pacientes (Cruz, 2005).

Por lo tanto, los objetivos de la presente investigación han sido los siguientes: el objetivo general es analizar la relación existente entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida, desde la teoría del apego, en un grupo de adolescentes de 13 a 18 años de edad que asistieron al servicio de salud mental del Hospital General Enrique Garcés en el año 2016. Los objetivos específicos consistieron en analizar la influencia del tipo de apego en el desarrollo de la persona, definir las experiencias tempranas de trauma infantil como un efecto de un tipo de apego inadecuado, analizar la incidencia de dichas experiencias en el comportamiento de riesgo suicida, detallar los comportamientos adolescentes relacionados con el riesgo suicida y explicar la aplicación teórica práctica del cuestionario de experiencias de trauma infantil (ACE score) y el instrumento ASA (Attachment Script Assesment) para evaluar el tipo de apego en el grupo.

La hipótesis propuesta plantea que las experiencias tempranas de trauma infantil provocan una mayor probabilidad de riesgo de comportamiento suicida en adolescentes de 13 a 18 años, en el servicio de Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés en el año 2016. La metodología de la investigación es mixta ya que combina una parte cualitativa y otra cuantitativa; el procedimiento técnico consistió en el uso de una ficha de datos para recoger información socio demográfica en el grupo de adolescentes. La información obtenida se la ha contrastado con la teoría para describir la influencia de las experiencias tempranas de trauma infantil, su manera de ser procesadas (apego) y su relación con el riesgo de comportamiento suicida. Los instrumentos usados fueron dos: la Escala de experiencias infantiles adversas ACE para analizar el nivel de trauma infantil y el Attachment Script Assesment (ASA) que evalúa la calidad de apego. Para analizar, sistematizar los datos se siguieron los siguientes pasos: el estudio crítico de los datos, la organización del material siguiendo los objetivos y temas de la tabla de contenidos, la redacción del borrador a partir del estudio crítico de los datos, el análisis del borrador y la redacción del informe final.

Como a continuación se puede ver, en el primer capítulo se abordará la teoría del apego; su definición, la conducta de base segura, la sensibilidad del cuidador, el efecto del apego en el desarrollo. En el segundo capítulo se incluirá el tema del trauma infantil; la definición de experiencias tempranas de trauma, la separación traumática del padre, madre

o cuidador, la violencia y maltrato, el abuso de sustancias por familiares o cuidadores, el abuso sexual. En el capítulo tercero, se habla del comportamiento de riesgo suicida; su definición, niveles, tipos básicos de comportamiento en adolescentes con ideación de suicidio. El capítulo cuarto corresponde al trabajo práctico con la descripción del método, participantes, medición y resultados. Finalmente, se detallan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

Capítulo 1: Teoría del apego

En el presente capítulo se aborda una definición de la teoría del apego, sus características principales trabajadas por teóricos como Bowlby, Ainsworth (1969). Se trata sobre el constructo de la conducta de base segura como el tipo de apego desarrollado con la figura de cuidado que le permite al niño explorar el medio y tener seguridad ante situaciones estresantes. Además, se explica en qué consiste la sensibilidad del cuidador como la capacidad de la figura de cuidado de percibir e interpretar adecuadamente las señales comunicativas que realiza el niño. Otro constructo que se toma en cuenta en este capítulo es el de la sensibilidad del cuidador, el mismo que se refiere a la capacidad que posee la figura de cuidado de construir un vínculo de apego donde se considera los deseos del niño, se lo guía, se le permite participar y se consolida un sentimiento de seguridad. Finalmente, se aborda cuáles son los efectos del apego en el desarrollo considerando principalmente que los cuidados traumáticos a edades tempranas generan importantes secuelas negativas en el desarrollo normal de los circuitos neuronales del comportamiento social y emocional.

1.1 Definición

Se puede mencionar como los principales fundadores de la teoría del apego a John Bowlby (1969) y a Mary Ainsworth (1969). Salinas-Quiroz y Posada (2014, p.1054) afirman que la descripción formal de la teoría del apego está en la trilogía que incluye: “*El apego* (1969), *La separación afectiva* (1973) y *La pérdida afectiva: tristeza y depresión* (1980)” trabajados por Bowlby (1969) quien integró conceptos de etología, psicología evolutiva, procesamiento de la información y psicoanálisis (teoría de las relaciones objetales). Esto da cuenta de una teoría estructural que analiza el desarrollo como proceso de transformación y construcción constantes. Por su lado, Ainsworth (1969) comprobó empíricamente el trabajo teórico de Bowlby (1969) y amplió la teoría (Cantón & Cantón, 2014). Ainsworth, Lehar, Waters y Wall (1978) definen el apego como un vínculo, lazo irremplazable, discriminativo y específico, que se estructura por medio de los integrantes de la díada que en general suele ser madre-hijo (Salinas-Quiroz & Posada, 2014, p.1054).

Holmes (2009, p.25) afirma que la teoría del apego enfatiza la importancia de la seguridad psicológica en el desarrollo del ser humano y relaciona a la enfermedad psicológica con los sistemas de seguridad vulnerables. La seguridad psicológica se da por el vínculo de apego ya que el hecho de que una criatura tenga garantía de la protección de sus cuidadores le otorga importantes defensas. El bebé desarrolla respuestas de apego que

implica la búsqueda de cercanía y las llamadas de angustia, lo que le facilita la regulación de sus estados emocionales. La teoría del apego está articulada por algunos conceptos vinculantes que incluyen la exploración y el juego, la pérdida, la base segura, la protesta y la asertividad, los modelos internos de trabajo y la capacidad reflexiva.

Feeney y Noller (2009) afirman que el apego es un sistema que evidencia la evolución y la selección natural cuyos procesos son universales. El ser humano posee necesidades de apoyo, protección; por ello, la evolución ha otorgado al individuo un sistema conductual de apego, el mismo que está articulado por conductas de apego y emociones que inducen a que la persona tenga una cercanía con su figura de apego.

La teoría del apego plantea que la figura de apego estará disponible para el niño generando confianza y disminuye su sentir de miedo o temor crónico. Esta confianza en las figuras de cuidado se elabora paso a paso desde la infancia, niñez y adolescencia; por ello las expectativas afianzadas en estas etapas se conservan en la vida adulta. Las expectativas sobre la disponibilidad y receptividad del cuidador dependen de dos variables: primero de si se juzga a la persona de apego como quien responde a las demandas de apoyo y protección; y segundo, de si la persona se percibe a sí mismo como quien despierta conductas de apoyo en los demás. Estas dos variables son independientes pues ambas se basan en transacciones interpersonales reales, aunque tienden a complementarse y confirmarse mutuamente (Bowlby, 1951).

Bowlby en Feeney y Noller (2009) afirma que la conducta de apego es “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio” (p. 18). La conducta del niño incita una respuesta de protección por parte del cuidador, con lo que se establece un vínculo entre ambos. Bowlby (1969) expone la hipótesis de que la conducta de apego incluye varias conductas como el llanto, el seguimiento visual o la sonrisa cuyo objetivo radica en mantener la cercanía del cuidador que generalmente es la madre. Este sistema de conductas de vinculación incluiría el cuidado, la exploración cuyo objetivo es la supervivencia. Bowlby (1958) expone que la característica principal del apego no se refiere a una dependencia con la figura de cuidado sino al balance entre la exploración y la búsqueda de cercanía con el cuidador.

Los criterios que definen una vinculación de apego son una relación emocionalmente significativa, la persistencia con una persona en especial, el estrés por la separación, el deseo de mantener la proximidad, la búsqueda de seguridad y confort en la

relación con esa persona (Cassidy en Cantón & Cantón, 2014). Cassidy (2008) en Cantón y Cantón (2014) afirma que los estímulos que activan el sistema conductual de apego en el niño incluye las señales de estrés en la criatura como el cansancio, el dolor, la fatiga y también los estímulos amenazantes del ambiente como el rechazo, alejamiento o ausencia de la figura de apego. El ser humano tiende a establecer un equilibrio entre las conductas de exploración, aquellas que disminuyen el estrés, aquellas que conservan el apego a los protectores y sitios familiares y aquellas de búsqueda de información. El sistema del apego se relaciona con otros sistemas de conductas de base biológica como es el de cuidados, el exploratorio, el de sociabilidad y miedo. De todos ellos, los sistemas de miedo y exploratorios son los que se relacionan en mayor medida con el del apego.

1.2 Conducta de base segura

Bowlby (1958) afirmó que el fenómeno de la base segura constituía uno de los aspectos centrales en la relación existente entre cuidador y el niño; siendo fundamental en la Teoría del Apego y un constructo que da cuenta del equilibrio que puede haber en el niño entre la búsqueda de proximidad con la figura de cuidado y la exploración en distintos contextos y tiempos (Posada en Silva, 2013, p1054).

Ainsworth (1969) propuso “el concepto de la figura de apego como base segura a partir de la cual el niño explora su mundo, así como a la formulación del concepto de sensibilidad materna a las señales del hijo y su papel en el desarrollo de los tipos de apego” (Cantón & Cantón, 2014, p.19). Silva (2013) afirma que el apego surge como la base de seguridad que da la madre, a partir de cual la criatura explora el mundo físico, social y busca protección, seguridad ante cualquier situación que le pueda generar estrés.

Según Holmes (2009) en primera instancia se definió la base segura en relación al cuidador al que acude la criatura cuando está enfermo o viviendo alguna amenaza para recibir protección. Después, se pudo ver que la base segura a más de referirse a una figura externa de cuidado incluye una representación de seguridad en la psique del ser humano. Cuando hay amenazas en el medio hacia el bebé, el cuidador da una respuesta que a su vez genera un estado psicofisiológico en la criatura. Una conducta de base segura implica que el cuidador pueda dar una respuesta al bebé y que su actitud sea coherente, fiable, en sintonía con el niño, que entienda su protesta y que tenga la capacidad de ver al bebé como un ser humano independiente, con sentimientos y proyectos propios.

Feeney y Noller (2009) afirman que según la teoría del apego infantil las figuras de apego tienen la función de dar una base segura desde la cual el niño pueda explorar su

entorno físico y social. Un tipo de apego seguro da a la criatura una base segura que le permite explorar eficazmente el medio y así adaptarse saludablemente al mismo. Holmes (2009) propone que el cuidador tiene una conducta de base segura si dentro del caos que vive la criatura restablece el orden, transmite la idea de que todo tiene una solución. La base segura se logra juntando un componente psicológico positivo con cuidados fisiológicos como son la cercanía corporal, tranquilizar físicamente al niño, alimentarlo, saciarlo, mirar que su ritmo cardíaco y respiración sean normales. Una vez que el niño establece un apego a la figura principal, este funciona como la base segura que le permite explorar el ambiente y ser el refugio al que puede volver si hay una situación peligrosa.

Casiddy (2008) afirma que hay un equilibrio dinámico entre los sistemas de apego y exploratorio, relación que se ve en el uso que hace el niño de su figura de apego como base segura para explorar el medio. Por ello el apego impulsa la exploración en el niño. Puede haber estímulos que incrementan la vivencia de peligro como los movimientos repentinos, la soledad, oscuridad, ruidos fuertes, los mismos que activan el sistema conductual del apego; pero, la disponibilidad de la figura de apego reduce la vulnerabilidad del niño a que su sistema de protección como es el miedo se active.

Salinas-Quiroz y Posada (2014, p.1053) plantean que los niños con hogares donde les han dado aliento, protección, apoyo, acuden a ello en el futuro e incluso son capaces de dar esto a otros. Las vivencias seguidas de tener una base segura le permite a la persona sentir que es posible confiar en los demás y que el mundo es predecible y seguro.

1.3 Sensibilidad del cuidador

Silva (2013) define la sensibilidad del cuidador como la capacidad de la figura de cuidado para identificar las señales comunicativas del bebé y a su vez interpretarlas saludablemente para dar una pronta, acertada respuesta a sus demandas (Ainsworth et al., 1978). Salinas-Quiroz y Posada (2014) afirman que Ainsworth et al. (1978) utilizaron el constructo de sensibilidad materna para describir la capacidad de la madre para atender a las señales del hijo, darles una interpretación adecuada y responder a ellas. Una madre sensible es capaz de ver las cosas desde el punto de vista de su hijo, sincronizarse a él/ella y ajustarse a los estados emocionales del sujeto menor.

Ainsworth et al. (1978) mencionan el uso de cuatro escalas para evaluar el constructo de sensibilidad materna y toman en cuenta los siguientes puntos: “1) sensibilidad vs insensibilidad; 2) aceptación vs rechazo; 3) cooperación vs interferencia; 4) accesibilidad vs ignorar/descuidar”. Es importante entender que el atender la demanda del

sujeto menor le permite construir su autoconfianza porque puede sentir que modifica su ambiente eficazmente y también le permite ser más empático (Salinas-Quiroz & Posada, 2014).

Lecannelier (2006) afirma que la sensibilidad del cuidador se relaciona al despliegue de la capacidad de regulación emocional del niño. Define los primeros acercamientos en la díada madre-bebé como “preocupación maternal primaria” que incluye la etapa que va desde las últimas semanas del embarazo y las siguientes al parto. En este periodo la madre brinda sostén (holding), manipulación (handling) y presentación del objeto. La sensibilidad del cuidador se relaciona con la calidad y comportamiento de cuidado que implica construir un sentimiento de seguridad en la criatura. La sensibilidad puede ser evaluada en los siguientes dominios del comportamiento de cuidado: comportamientos que contribuyen a una armoniosa interacción entre cuidador-niño, provisión de soporte de base segura, supervisión, el considerar la perspectiva del niño al momento de establecer límites. Existen estudios en los que la sensibilidad del cuidador es evaluada por el nivel de implicación que tiene el mismo en el cuidado de la criatura (Posada, Trumbell, Noblega, Plata, Peña & Carbonell, 2016).

Posada et al. (2016, p. 307) afirman que la sensibilidad del cuidador juega un papel clave para que se estructure el comportamiento de base segura en el niño. La sensibilidad se relaciona con la edad, el nivel de educación del cuidador ya que los estudios realizados muestran que mientras más años de educación tiene el cuidador mayor es la sensibilidad de cuidado. Además los resultados de los estudios realizados dan cuenta de que las condiciones reales de vida de las figuras de cuidado impactan en su habilidad para interactuar sensitivamente con las criaturas y construir seguridad en ellos.

Salinas-Quiroz y Posada (2014) plantean que la sensibilidad del cuidador implica los intercambios de dar y recibir, “el trabajar como equipo” con los niños e incluirlos comportamental y afectivamente. Esto se lo logra al estar pendiente de las actividades del niño, participar de ellas, saber dónde se encuentra, monitorearlo, anticiparse a situaciones problemáticas. La sensibilidad del cuidador considera los deseos del niño, le guía, le deja participar en la toma de decisiones y se relaciona al apego seguro en la infancia temprana. Salinas-Quiroz y Posada (2014) afirman que la sensibilidad de la figura de cuidado es “la habilidad que tiene el adulto para brindar una respuesta sensible y construir un vínculo de apego que resulta ser satisfactorio mutuamente, lo que llega a ser una variable relevante para definir la seguridad del niño/a”(p.1053).

1.4 Efecto del apego en el desarrollo

Holmes (2009) propone que los apegos desorganizados se relacionan con los cuidados traumáticos, los cuales trastornan y desbordan por completo el sistema inmunológico psicológico. Si la figura de cuidado es fuente de amenaza o abuso, en los niños se generan respuestas desorganizadas. Algunas veces la figura de cuidado tuvo también experiencias traumáticas y por ello se le dificulta sobrellevar la angustia que vive la criatura. Ante estas circunstancias los niños adoptan medidas para defenderse y sostener cierta coherencia interna por medio de mecanismos como la disociación, inversión de roles, escisión y tendencia excesiva al control (Durklak, Weissberg, Dymnicki, & Taylor, 2011).

Durklak, Weissberg, Dymnicki, y Taylor (2011) afirman que estudios recientes muestran que las vivencias adversas y de estrés en etapas tempranas de la vida puede tener como secuelas un desarrollo anormal de los circuitos neuronales implicados en el comportamiento emocional y social. Por otro lado, estos mismos estudios dan cuenta que la existencia de figuras de cuidado amorosas, con emociones positivas, optimistas junto con la flexibilidad cognitiva, una red de apoyo social fuerte, constituyen factores protectores en la persona para su pronta recuperación ante el estrés (Barcelata, 2015).

Schaefer (2012, p. 297) plantea que los niños durante su desarrollo adquieren pensamientos, sentimientos, rasgos de sus figuras de cuidado y de igual manera adquieren cualquier trauma o disfunción ligada a sus relaciones primarias, relevantes. Esto puede darse por introyección es decir internalización de las creencias de los demás o por identificación que se refiere a un fuerte vínculo con sentimientos, valores de otros. Por ello, las experiencias tempranas de negligencia, maltrato, privación emocional o física, impactan negativamente al niño; inhiben su desarrollo normal, traen dificultades escolares, aumentan conductas de alto riesgo y problemas de salud mental. Bannister (2011) afirma que las experiencias traumáticas pueden dañar las etapas de desarrollo normal del niño; las tres etapas de desarrollo que se verían afectadas son las siguientes: el hallar la identidad, reconocer al otro y reconocer el yo.

Cantón y Cantón (2014) mencionan los aportes de Ainsworth (1989) sobre la sensibilidad de la figura de cuidado; Ainsworth (1989) observó tres patrones de relaciones: seguras cuando el niño no lloraba mucho y se mostraba contento al explorar estando su madre presente, las relaciones inseguras cuando la criatura lloraba frecuentemente, exploraba muy poco y su madre lo cogía y las relaciones no apegadas cuando no se

demostraba una conducta diferencial. En todo esto, la sensibilidad materna estaba asociada significativamente con un tipo de apego seguro.

El tipo de sensibilidad del cuidador podría predecir si las futuras relaciones del individuo pueden resultar armoniosas. Por ejemplo, aquellas criaturas cuyas madres habían dado una respuesta adecuada a su llanto, lloraban menos y tenía más expresividad facial, gestual y de vocalización. Además, buscaban en menor grado el contacto con ella y al darse era gratificante y afectuoso. Cabe mencionar el procedimiento de laboratorio desarrollado por Ainsworth (1969) llamado la Situación Extraña, cuyo objetivo fue estudiar el equilibrio entre las conductas de apego y las conductas de exploración en circunstancias de bajo y alto estrés. Pudo observar que la exploración del niño era mayor al estar la madre que ante la presencia del extraño. Al reencontrar a la madre surgieron dos patrones llamativos de conducta: ciertos niños se enojaban con sus madres, lloraban y tenían ambivalencia al contacto y otro grupo de niños querían evitar a sus madres. Al analizar los datos se pudo concluir que los dos grupos mencionados habían tenido una relación menos armoniosa con sus madres en casa que aquellas criaturas que al reencontrarse buscaban la proximidad, interacción o contacto (Cantón & Cantón, 2014).

Quiroz y Posada (2014) afirman que la calidad del cuidado del infante determina su calidad de seguridad de apego. A partir de la calidad de apego el individuo puede o no ser seguro, confiado, competente para explorar el entorno, tener varias experiencias, relacionarse con otros. Mientras mejor es la calidad del apego, la persona puede regular sus emociones, expresar sus sentimientos, tolerar la frustración, ser empático, pedir ayuda, resolver favorablemente los conflictos, ser capaz de solucionar problemas. Así, se puede decir que en la primera infancia se gestan los antecedentes para el desarrollo de un comportamiento disruptivo, agresivo, ansioso o adaptativo. Entonces, la calidad del vínculo de apego influirá en el desarrollo social, cognitivo y emocional de los niños.

Rodríguez, Carrasco, y Holgado-Tello (2016, p. 138) manifiestan que si las figuras de cuidado no suplen la necesidad emocional de afecto permanente, se generan en los hijos respuestas conductuales y emocionales desajustadas como: la falta de respuesta emocional, agresión, percepción negativa del mundo, hostilidad, baja autoestima, dependencia inmadura y alteraciones exteriorizadas o interiorizadas como es la conducta suicida, agresividad, ansiedad, depresión, delincuencia. Los estudios sobre las relaciones de aceptación-rechazo parental tienen evidencia significativa sobre su influencia en el ajuste

psicológico de los hijos; el rechazo de los padres es un factor trascendente para la salud mental de los hijos y el desarrollo de alteraciones psicopatológicas.

Como se puede observar en el presente capítulo, los vínculos de apego están estrechamente relacionados con la sensibilidad de las figuras cuidadoras y de la calidad de los vínculos primarios depende el desarrollo de la persona como niño y como adulto. La calidad de apego establecido en la primera infancia permite el establecimiento de recursos que dan mayor resiliencia a la persona como es la empatía, la tolerancia a la frustración, la capacidad de resolver problemas. De tal manera se puede decir que los vínculos inseguros pueden constituir un factor relevante para el desarrollo de conductas hostiles, agresivas hacia uno mismo y hacia los demás, o para trastornos ansiosos o depresivos en la adolescencia.

Capítulo 2: Trauma infantil

En el presente capítulo se realiza una definición de lo que constituyen las experiencias tempranas de trauma infantil y se abordan algunas de estas experiencias, las mismas que pueden organizarse dentro de tres categorías: la primera corresponde a abuso, la segunda es la negligencia y la tercera incluye las dificultades familiares. De esta manera, en este capítulo se abordan las siguientes experiencias tempranas de trauma infantil: la separación traumática del padre, madre o cuidador, la violencia y maltrato que incluye el castigo físico, la violencia intradoméstica, el abuso de sustancias por familiares o cuidadores, el abuso sexual con un pariente y con un no familiar. Finalmente, cabe señalar que se mencionan los efectos que se producen en el desarrollo bio-psico-social de las personas que han vivido este tipo de experiencias de adversidad en la infancia.

2.1 Definición de experiencias tempranas de trauma infantil

Krüger (2012) define la situación traumática como una amenaza muy fuerte que el niño puede vivir sobre su psiquis, su cuerpo o sobre otras personas alrededor. Ante una situación de trauma el niño es impotente de ayudarse o resolver lo que les ocurre a los demás, lo que le deja la sensación de impotencia, de no existir escape y pierde la confianza en sí mismo o en el mundo que le rodea. La experiencia de trauma es subjetiva; en su estructuración influye la edad del niño, su etapa de desarrollo y la disponibilidad de una base segura y figura de cuidado. Las lesiones psicológicas en los niños pueden suceder si son testigos y aún peor si experimentan el daño pues pueden valorar las situaciones de manera más dramática sea por la dependencia a sus padres o por su capacidad de empatía.

Felitti, Anda, Nordenberg, Koss y Marks (1998, p.248) definen las experiencias tempranas de trauma infantil como aquellas vivencias de adversidad durante la infancia que dejan secuelas y daños en el desarrollo bio-psico-social. Estas experiencias pueden dividirse en tres categorías; la primera corresponde a abuso infantil que incluye abuso emocional, físico y sexual; la segunda es la negligencia, incluyendo la negligencia física y emocional. La tercera categoría corresponde a las dificultades familiares que incluye el crecer en un hogar donde existía consumo de sustancias, enfermedad mental, violencia de parte de un progenitor, padrastro o madrastra, separación de los padres, divorcio o tener algún familiar en la cárcel (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

Se realizó un estudio en una muestra de 13,494 adultos en California en el que se comparó estas categorías de adversidad en la infancia con medidas de comportamiento de

riesgo en la adultez, estado de salud y enfermedad. El resultado del estudio mostró que las experiencias de adversidad en la infancia están fuertemente relacionadas con múltiples factores de riesgo en la vida adulta y por ello se las definió como causas básicas de morbilidad y mortalidad. Los factores de riesgo evaluados en la muestra de adultos incluyen la obesidad severa, el fumar, la inactividad física, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo, abuso de drogas por parte de los padres, un alto número de parejas sexuales. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre experiencias adversas y condiciones de enfermedad que lideran las causas de mortalidad. Las condiciones de enfermedad se basaron en las historias médicas de los pacientes en respuesta a un cuestionario clínico. Incluso se pudo ver que las experiencias de adversidad en la infancia podrían afectar las actitudes y comportamientos hacia la salud, su cuidado, funcionamiento fisiológico en los centros del cerebro y los sistemas de neurotransmisores (Felitti et al.,1998).

Según Pérez (2009) el estar más expuestos a una niñez infeliz, a vivir situaciones familiares adversas incrementaría la probabilidad de desarrollar psicopatologías como puede ser la desesperanza, conducta disocial, impulsividad, abuso de drogas, depresión, baja autoestima y rigidez cognitiva. Taco (2013) afirma que el trauma infantil tiene relación con el incremento de riesgo para trastornos psiquiátricos e impacta la ocurrencia de intentos suicidas posteriores. Altos niveles de exposición a experiencias adversas en la infancia pueden producir ira, ansiedad, depresión. De esta manera conductas como el fumar, beber alcohol, consumir drogas son medios usados para desahogar, liberar la carga emocional y tienden a ser comportamientos frecuentes (Felitti et al.,1998).

Además Krüger (2012) afirma que la investigación científica da cuenta de que los traumas psíquicos vividos en etapas tempranas pueden generar trastornos de angustia, pánico, disociación, adicciones, depresión o enfermedades somáticas como cáncer. Bannister (2011) menciona que las experiencias de trauma en la infancia son no verbales, sensoriales y por ello estas podrían guardarse en la memoria sensorial, sin poder ser expresadas por medio de palabras sino mediante el cuerpo. Moreno (1977, p.78) lo expresó de esta forma: “El cuerpo recuerda lo que la mente olvida.” Los estudios muestran que las vivencias traumáticas dañan los procesos evolutivos, y esto incluye la vinculación afectiva. Herman (1998, p. 33-50) ha realizado un profundo estudio sobre el trauma psicológico en el que muestra evidencia de que los sucesos traumáticos se transforman en recuerdos congelados. Además, Herman (1998) desarrolla algunos ejemplos en los que los recuerdos

de trauma en la persona no tienen contexto y narración verbal; en cambio, están codificados a manera de vívidas imágenes y sensaciones.

Terr (1988) por su parte documentó historias de 20 niños que vivieron traumas severos durante sus dos años y medio de vida. De este grupo de niños ninguno podía describir verbalmente la experiencia traumática vivenciada y alrededor de los cinco años ellos lograban realizar representaciones de aquellos sucesos por medio de juegos de manera muy precisa. Un ejemplo de ello es el caso de un niño que negaba haber sido abusado sexualmente por una niñera durante sus dos primeros años de vida pero por medio de juegos expresaba escenas de una película pornográfica. Citron (2002) comenta cómo un niño en terapia por medio del juego representaba una escena de abuso sexual perpetrado por el padre; sin embargo, después el niño negó conocer dicho juego o abuso, ante lo que Citron (2002) dice que el niño puede haber disociado el juego del abuso y que el juego permitió acceder de manera icónica y sensorial a la información traumática. Así las técnicas creativas ayudan tanto a niños como a adultos que han sido abusados en su infancia a ser auxiliados y que los sentimientos que no logran entender cobren significado.

Como un aporte, Janet (1919) explica que la memoria normal se la puede definir como aquella acción de contar una historia y el evento traumático suele estar desarticulado de esta historia por ello la terapia busca la integración de esto a la narrativa. Los niños que han vivido abusos en su niñez no tienen claro sus recuerdos de los eventos traumáticos sino que recuerdan como escenas pasadas inexplicables, llenas de horror e infelicidad. Por ello, Winn (1994) en el trabajo con niños desarrolla metáforas para acceder a los eventos traumáticos experimentados de manera icónica, incorporarlos en sus propias historias de vida y con ello acceder a un mayor control.

Schore, A. N. (1994) estudia la neurobiología en el proceso de vinculación afectiva y ha visto que en la interacción de la mirada entre la madre y el hijo se dan cambios neuroendócrinos específicos que generan una especie de impronta en el cerebro del niño y producen “altos niveles de afecto positivo y conducta lúdica, y, en consecuencia, el establecimiento de la capacidad de formar un modelo interactivo representativo que subyace a un sistema temprano funcional de regulación del afecto” (Schore, 1994, p. 65). Esto apoya el trabajo ya desarrollado por Ainsworth (1969) quien miró el efecto relevante de la vinculación afectiva en la psicología del desarrollo del niño.

Las experiencias tempranas de trauma infantil dañan la vinculación afectiva, como secuela de ellas puede darse un vínculo desorganizado con las figuras de cuidado dado que

estas no cumplen una función protectora. Talarn, Sáinz y Rigat (2012, p.211) mencionan que Bowlby (1951) definió al apego inseguro tan solo como un factor de riesgo para la vida adulta. Bowlby (1951) fue designado por la OMS para trabajar la idea de que dependiendo de cómo eran los vínculos afectivos se generaban efectos dañinos con secuelas psicopatológicas. Después de décadas de su investigación, se continúan avalando su hipótesis sobre todo el tipo de apego inseguro que se deriva del maltrato.

Existen algunas variables que influyen en las consecuencias del apego inseguro:

- “a) la edad del niño en el momento en el que se produce la alteración del vínculo;
- b) la existencia, o no, de figuras reparadoras o compensadoras del vínculo y si estas son, o no, conocidas por el menor, así como su estabilidad;
- c) la resiliencia de cada niño;
- d) el motivo de la alteración; y e) la duración de la situación anómala —o de ruptura o desorganización, si la hubiere” (Talarn et al., 2012, p.211)

Talarn et al (2012) definen algunos estilos de apego como es el desorganizado o desorientado que resulta ser el más tóxico para el balance psicológico del niño. También definen el tipo de apego inseguro evitativo como aquel en el que el niño brinda su amor a la figura de cuidado pero esta no lo recibe, por lo que tiene que guardarlo. Esto puede generar en la criatura la sensación de no tener nada bueno que dar o que el amor daña. Si la experiencia es repetitiva se estructura como un organizador interno del niño por lo que aprende a evitar de forma esquizoide (del tipo miedoso) todo tipo de contacto o también puede llegar a formar un self del tipo rechazante para protegerse.

Al avanzar el desarrollo y llegar a la adolescencia, se enfrenta nuevas emociones ante las que la persona puede alejarse usando procesos disociativos, que pueden llegar a ser crónicos. Pueden surgir rasgos obsesivos para controlar emociones, también conductas antisociales, una higiene pobre, vestimenta atípica, siendo un mecanismo para estar apartado de los demás. Pueden darse respuestas hipocondríacas como la manera para tener un apoyo o también puede haber tendencias suicidas que dan cuenta de la desesperación y deseo vehemente de reencontrar una figura perdida (Talarn et al., 2012).

Con respecto al apego, Mary Ainsworth (1969) observó la interacción entre la madre y el bebé, y clasificó la calidad de apego como seguro, evitativo y ambivalente. Este estudio lo realizó en los hogares de de Baltimore (EE.UU.) y los hogares de Kampala (Uganda). Crittenden fue seguidora de Ainsworth (1969) e investigó las diferentes calidades de apego en niños que han vivido abuso físico, sexual, maltrato y concluyó que las experiencias traumáticas alteran la psique infantil. Los niños que viven experiencias

adversas desarrollan una manera de vincularse a pesar de ellas, surgiendo nuevos tipos de apego. Dado que el niño debe protegerse del peligro frecuente en su vida, desarrolla un estado de hipervigilancia que predispone su mente a predecir daños continuamente. La mente del niño desarrolla distorsiones como parte del estado de hipervigilancia y establece un tipo de relación de apego que podría originar alguna psicopatología. Los niños con apego seguro dan significado al afecto y la cognición, los niños con apego evitativo aprenden a dar sentido a la cognición pero no al afecto. Y los niños ambivalentes no han adquirido la capacidad de organización cognitiva (Gómez, 2013).

Vitriol (2005, p.88-96) menciona el estudio realizado por Shwartz (1999) en Chiloé donde encontró que en una población psiquiátrica de 145 mujeres con diagnósticos psiquiátricos, 135 de ellas presentaban un antecedente de traumas sucedidos en la infancia. Florenzano et al. (2002) pudieron ver en un hospital de Chile, por medio de la escala de trauma infantil de Marshall que en los pacientes internados el 63.1% presentaba antecedentes amnésicos de trauma infantil. De igual manera Weil y Vitriol (2002) realizaron un estudio en el Hospital de Curicó donde el 48% de pacientes femeninos tenía al menos un evento de trauma infantil. Para este estudio se aplicó la escala ya mencionada a un grupo de 173 mujeres y el 82% mencionaron al menos un antecedente de trauma infantil. Entre los sucesos mencionados con mayor frecuencia están: la separación traumática de los padres (51,4%), el castigo físico por medio de un objeto traumático (49,7%), el abuso de alcohol (43%), el contacto sexual forzado en un 42% (31% dentro de la familia, 13% extrafamiliarmente), violencia intrafamiliar (40%).

Vitriol (2005) menciona que en la literatura hay evidencia empírica que demuestra que los eventos traumáticos infantiles resultan ser factores de riesgo inespecíficos, frecuentes y no concluyentes para el desarrollo de psicopatologías del Eje I que incluye los trastornos ansiosos, de alimentación, afectivos, disociativos, abuso de alcohol y somatización. De igual manera, Ballesteros, Vitriol, Florenzano, Vacarezza y Calderón (2007, p.288-p.295) afirman que entre el 34% y el 53% de pacientes con dificultades en su salud mental, tienen antecedentes de eventos traumáticos en su niñez. Estos pacientes suelen tener cuadros de somatización, ansiedad, abuso de sustancias, disociación, trastornos alimenticios, conductas autodestructivas, trastornos de personalidad.

Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz y Weil (2003, p.292) vieron en un estudio con 136 pacientes no psiquiátricos en hospitales generales, la existencia de una correlación positiva entre psicopatologías en la adultez y antecedentes de politraumas amnésicos en la

infancia. Los adultos con antecedente de trauma tenían en mayor grado desajustes psicosociales, psicológicos, dificultad para tener relaciones interpersonales cercanas afectivamente. Los pacientes con antecedentes de politrauma infantil eran derivados en mayor medida por riesgo suicida, lo que se mostró estadísticamente significativo en relación al grupo sin antecedentes de trauma. Oquendo, et al. (2005) muestran resultados parecidos de un estudio en un grupo de mujeres con trastorno de estrés postraumático por traumas infantiles y con depresión severa, las mismas que presentaron mayor riesgo de comportamiento suicida en relación a las que no tenían antecedentes de trauma infantil.

2.2 Separación traumática del padre, madre o cuidador

Muñoz-Ortega, Gómez-Ayala y Claudia (2009, p.355) afirman que la separación traumática de la figura de cuidado en el niño es un importante factor de riesgo para su adecuado desarrollo bio-psico-social, pues deja en el niño un fuerte temor al abandono, envidia hacia otros cuyos padres siguen juntos, vergüenza por no tener amor, preocupación por ser aceptados. En un estudio realizado con 25 niños, entre 11 y 15 años de edad y en los que la ruptura de la relación de sus padres fue hace 3 y 5 años atrás, se observó que tras la separación de sus padres los niños vivían frecuentemente sentimientos de inseguridad, temor, ansiedad, resentimiento, rabia, tristeza, fuerte preocupación por su futuro, retraso escolar. Además, los niños manifestaron una fuerte impotencia al no poder explicar el motivo de la partida de su progenitor, siendo su presencia irremplazable y dejándole un fuerte vacío, soledad y la posibilidad de hacerse daño a sí mismos.

La separación implica para los niños elaborar el duelo por la pérdida de la unidad familiar, por la figura de cuidado que ya no tiene, enfrentar la carga emocional de la ruptura del vínculo afectivo con aquellas figuras relevantes aún después en su vida emocional adulta. Además la separación traumática deja en el niño un sentimiento de incompletitud que podría generarle una importante depresión. A veces el duelo es intermitente para el niño porque no se desvincula totalmente de la figura de cuidado lo que le genera confusión e inestabilidad psicológica (Muñoz-Ortega et al, 2009). En la familia se dan sentimientos fuertes de pertenencia al grupo, compromiso entre miembros, relaciones de reciprocidad, dependencia. Estos fuertes vínculos surgen en las etapas más tempranas del desarrollo y cuando se rompen puede haber daños severos (Muñoz-Ortega et al.,2009). La familia funciona como unidad dinámica sentando las bases para la salud o enfermedad mental del niño y es por ello que un divorcio trae crisis que puede incluir: llanto, quejas intensas, sentimientos de dolor, culpa, tristeza, valoración personal baja,

temor al abandono, desinterés, problemas de conducta, conductas regresivas, adoptar el rol de los padres, molestias psicósomáticas (Cifuentes & Müller, 2012).

Según Gómez (2013) pueden darse circunstancias sociales, políticas, económicas de naturaleza traumática que irrumpen la tarea de los padres y obstaculizan su disponibilidad emocional para sus hijos. Gómez (2013, p.67) menciona que Bowlby (1951) observó que las separaciones traumáticas de las criaturas con sus padres podrían dejar ambivalencia, ansiedad en relación a las figuras de cuidado, un comportamiento afectivo indiferente reprimiendo hostilidad, amor. Bowlby (1951) trabajó una teoría evolutiva-etológica; sus tesis dicen que innatamente el niño tiende a apegarse a sus figuras de cuidado, lo que es una relación primaria que no surge de otro tipo de necesidades, estas relaciones que operan como protectoras están organizadas ya al final del primer año.

Al no suplirse las necesidades infantiles de seguridad emocional (lo que incluye separaciones traumáticas) se puede generar alteraciones tempranas en el apego. El trabajo de Bowlby (1951) evidenció el hecho de que la pérdida o la separación de una figura de apego se relaciona con trastornos psicológicos como es la depresión y ansiedad. Además estudió cómo la relación de apego implica el establecimiento de modelos internos de representación, a los que llamó “modelos internos activos” los mismos que permanecen en distintos tipos de memoria y por medio de los que se comprende cómo las experiencias del pasado influyen en las expectativas futuras que tiene la persona (Gómez, 2013).

2.3 Violencia y maltrato

Acevedo (2010) da dos definiciones respecto a la violencia y al maltrato infantil: la definición conceptual y la operacional. La definición conceptual afirma que el maltrato son las acciones, actos cometidos o también omitidos (de manera intencional o no) de parte de los padres, o cuidadores del niño que es menor a los 12 años de edad y que traen como consecuencias daños a nivel psicológico, físico, de explotación, de falta de protección, de atención, y hasta de sobreprotección, etc. Por otro lado, la definición operacional se refiere al detalle específico del tipo de maltrato que sufre el niño y considera el tipo de práctica y la sintomatología desarrollada por la víctima. Operacionalmente se afirma la existencia de 13 tipos de maltrato:

Abuso sexual, abandono emocional, abandono físico, maltrato emocional, maltrato físico, explotación laboral o mendicidad, corrupción, síndrome de Münchhausen por poder, incapacidad parental de controlar la conducta del niño, maltrato prenatal, secuestro y sustitución de identidad, maltrato institucional, y retraso no orgánico en

el desarrollo del niño (Simón, López, & Linaza, 2000; Sacroisky, 2003 en Acevedo, 2010, p.113).

2.3.1 Castigo físico

Martínez (2007) define al castigo físico como el uso de fuerza física para controlar el comportamiento del niño por medio de la experiencia de dolor. Berger (2006) define el castigo físico como una técnica de modelamiento de conducta dentro de un tipo de crianza autoritario que según Baumrind (2008) es el que usa la ley como norma rígida, la palabra de los padres como irrefutable, despierta intensas emociones en el niño, y le deja huellas inolvidables (Martínez, 2007). La aceptación del castigo depende de la ideología de cada grupo cultural, de patrones familiares; sin embargo, debería aplicárselo sin dañar.

En general, de los 2 a los 6 años se corrige a los niños con nalgadas, bofetadas; sin embargo, psicólogos del desarrollo han observado que el castigo genera obediencia de manera transitoria pero a largo plazo no funciona sino que provoca más agresividad. El castigo físico no debe entenderse como el único factor de riesgo de un comportamiento agresivo o antisocial pues existen otros como el temperamento, contexto familiar, etc.

Acevedo (2010) define al castigo físico como un tipo de acción hecha de manera no accidental por los padres del niño o terceros, que llega a dañar físicamente al niño, a generarle alguna enfermedad y lo pone en riesgo. Las prácticas de castigo físico pueden o no tener relación con la disciplina e incluyen los sacudones, las nalgadas, los azotes, cachetadas, jalones de orejas y pelo, golpes con algún cable, ramas, palos, maderas, pellizcos, quemaduras con cigarrillos, baños calientes o fríos, obligar a correr alrededor de la casa, lavar la boca con jabón, obligarle al niño que se golpee a sí mismo, entre otros.

Bower y Knutson (1996), Bower y Russa et al. (2001), y Gómez (1988) afirman que el castigo físico es un tipo de crianza que depende del nivel de conciencia de la persona sobre su historia personal y la representación hecha sobre la misma. En algunos casos el haber vivido maltrato suele reducir el uso de castigo físico por los padres pero no es una ley. Ciertas investigaciones muestran que el ciclo de violencia se rompe el momento en que la persona puede ser crítica sobre su propio comportamiento.

Benavides y Miranda (2009) realizaron un estudio con 41 niños en Colombia, de 7 a 12 años de edad. Este estudio mostró que el castigo físico era aceptado en mayor grado si es una medida para errores graves como por ejemplo el robo. Se observó que se justifica el castigo físico dependiendo de la gravedad del comportamiento y se pudo ver que no todos los niños saben, entienden cuáles son sus derechos ante el hecho recibir castigo físico

como maltrato y además no hay una clara postura que rechace este tipo de prácticas de parte del contexto social y educativo que son quienes deberían educar al respecto.

2.3.2 Violencia intradoméstica

Varea y Delgado (2006) definen la violencia intrafamiliar como “cualquier acción (o inacción) dentro del contexto familiar que causa un daño (físico o no) a otro ser humano, sin que beneficie su eficacia biológica propia” (p.255). La violencia es “todo acto u omisión realizado en el contexto familiar por uno de sus integrantes, que atenta contra la vida, la integridad psíquica o corporal, o la libertad de otro integrante de la misma familia, o que perjudica su desarrollo de la personalidad” (Varea & Delgado, 2006, p.258). El maltrato de niños puede entenderse como todo daño, abuso físico o mental, violencia, descuido, trato negligente estando bajo la custodia de sus padres o cuidador (Convención de los Derechos del Niño, 1990, Art. 19). Dentro de la familia también se da el maltrato de la pareja que es el acto u omisión vivenciada por la pareja que vulnera su integridad física, psíquica, sexual, económica, su principio de autonomía y otros derechos (Varea & Delgado, 2006, p. 264).

En cuanto a los tipos de violencia, Varea y Delgado (2006, p. 260-262) afirman que los actos violentos son físicos, sexuales, psicológicos, basados en privaciones, abandono (negligencia). Hay un tipo de violencia activa, abuso o maltrato y otro tipo de violencia pasiva. La activa se divide en física es decir daños, lesiones. La violencia sexual implica un contacto sexual coercitivo, sin consentimiento o con fines de explotación. El maltrato psicológico provoca angustia y controla el acceso a amigos, escuela, trabajo y el maltrato emocional incluye críticas, humillaciones, denigraciones frecuentes. El maltrato económico implica formas de explotación financiera, ilegal, control de fondos (Varea & Delgado, 2006). Los tipos de violencia pasiva incluyen la negligencia voluntaria que es incumplir obligaciones de cuidado y la negligencia involuntaria que es la falta de cuidado, sin intención de causar stress físico o emocional, sino que por escasez económica, desconocimiento, ansiedad, enfermedad o pereza que origina un descuido de la salud, protección y afecto (Varea & Delgado, 2006, p. 263).

En cuanto a las causas del maltrato, Varea y Delgado (2006, p. 255-259) afirman que la violencia surge por factores biológicos, psicológicos o sociales. Influye el contexto social, interpersonal, intergrupar. Habría dos grandes tipos de factores causantes de las conductas violentas; primero la carencia de recursos (económicos, habitacionales, laborales, sociales, etc.) y segundo están las dificultades emocionales (frialdad emotiva,

problemas de identidad, autoestima). Otro factor es el “ciclo de la violencia” que implica la existencia de un historial de maltrato en la familia; los niños repiten la pauta de conducta violenta en pareja al crecer y las niñas asumen un papel pasivo de aceptación de dicha violencia (Varea & Delgado, 2006, p. 260-p262).

Varea y Delgado (2006, p. 259-271) mencionan que los principales factores de riesgo incluyen: las conductas humillantes pasadas, el aislamiento, el deseo de controlar la pareja, violencia familiar y ser testigo de ello. Entre hermanos los factores son el ambiente de violencia, maltrato de padres a hijos, ausencia de afecto positivo, indisciplina. Entre las principales consecuencias de la violencia familiar y el maltrato infantil, están los problemas graves que afectan negativamente al desarrollo y socialización de niños y niñas. La violencia repetida genera problemas emocionales, cognitivos, de conducta a corto y a largo plazo (Gelles en Varea & Delgado, 2006, p. 257). Para explicar las consecuencias del maltrato, Labrador Encinas, Fernández-Velasco y Rincón (2010, p. 99) observaron en una muestra de 212 mujeres maltratadas en Madrid, que la víctima carece de apoyo en su contexto familiar pues este desapueba que deje al agresor. A veces, incluso culpan a la víctima o le enfatizan su obligación de aguantar el maltrato cumpliendo las funciones de madre, esposa y se guarda silencio. No denunciar el maltrato daña a la familia, los estudios muestran que los jóvenes que han observado violencia en sus madres y han recibido más castigo físico de sus padres, son más agresivos (Varea & Delgado, 2006, p.269).

Las víctimas violentadas recuerdan sus experiencias, viven síntomas de hiperactivación que incluye la falta de concentración, insomnio, estado de hipervigilancia, ven el futuro sombríamente, pierden todo interés, limitan su afectividad (embotamiento emocional). Entre otras consecuencias de la violencia está la afectación laboral por faltas o abandono de tareas, dificultad social para interactuar con los demás, el aislamiento, stress por los trámites legales, daño emocional a los hijos, sentimientos de desconfianza e inutilidad para volver a tener pareja, ideación o intentos suicidas (44%), trastornos de ansiedad (38,7%) y angustia (Labrador Encinas et al., 2010, p.104).

En relación al maltrato infantil, Herrera (2006, p. 287-289) realizó un estudio con niños de 6 a 11 años en la costa Atlántica y Pacífica. En Colombia hay 361 casos de maltrato por cada 1000 habitantes. La investigación muestra que el maltrato infantil afecta negativamente las distintas áreas del desarrollo de los niños, daña su desarrollo biológico, social, emocional, cognitivo y aumenta el riesgo de desarrollar psicopatologías en la adultez. Según Morelato (2011, p. 87-90) los efectos del maltrato físico incluyen lesiones,

marcas, quemaduras, cortaduras, alteración de los signos neurobiológicos, cambios en la estructura y función del cerebro evidenciados en manifestaciones neurofisiológicas y neuroanatómicas. Se da un desarrollo social cognitivo disminuido, dificultad en el procesamiento de la información emocional. No es el golpe propiamente lo que daña al niño sino su sentido porque viene de alguien que debería haberlo cuidado, afectando su esfera emocional, dificultando la regulación del afecto, la interacción social, desatándose cuadros ansiosos, de temor, descontrol, depresión, sentimientos autculpabilizantes, de tristeza, rabia, desconfianza, confusión y conductas agresivas (Ramírez, 2006, p. 287-294).

Los estudios muestran según Hernández y Gras (2005, p. 13) que el 25% y 70% de los niños violentados tienen más conductas externalizantes, agresivas, antisociales y más conductas internalizantes de inhibición, miedo, bajo rendimiento académico y síntomas traumáticos. Según Morelato (2011) otra consecuencia del maltrato es la adquisición de un modelo negativo de representación interna de las figuras de apego, afectando las habilidades sociales. Las víctimas presentan sesgos atribucionales hostiles, anticipan, evitan las conductas de rechazo y aprenden a resolver coercitivamente los conflictos en sus relaciones impidiendo una interrelación constructiva (Cohen y Brook; Dishion, Andrews y Crosby en Hernández & Gras, 2005, p 15).

2.4 Abuso de sustancias por familiares o cuidadores

Felitti, Anda, Nordenberg, Koss y Marks (1998) afirman que las condiciones de abuso a los niños suelen acompañarse de situaciones como el abuso de drogas, la violencia intrafamiliar e incluso la actividad criminal. Ramírez (2009) afirma que la condición del abuso de drogas a largo plazo debe considerarse como una experiencia de adversidad en la infancia ya que existe una relación importante entre el abuso de sustancias, el consumo de alcohol y el maltrato en la infancia (Tomison, 2001a).

Según el National Research Council (2006) en distintas investigaciones el consumo de sustancias es un importante factor de riesgo con respecto al maltrato infantil. Se ha comprobado que aquellos padres que tienen dificultades con el abuso de sustancias, tienen más probabilidad de abusar físicamente de sus hijos. Johnson y Leff, (1999) estudiaron un grupo de padres abusadores, en el que entre el 2% al 62% eran alcohólicos, y en un grupo de padres alcohólicos el 66% de niños había recibido maltrato físico y el 26% había sido víctima de abuso sexual. En Colombia, por ejemplo en el 36% casos de maltrato infantil, hay consumo de sustancias, alcohol dentro de la familia y se ha visto que los niños

desarrollan daños emocionales, mentales, físicos, dificultades de aprendizaje, depresión, falta de destrezas sociales (Ramírez, 2006).

Tomison (2001) afirma que el consumo de alcohol se relaciona con el maltrato infantil porque este genera inestabilidad emocional en la persona que consume. Cichetti y Olsen (1990) afirman que el consumo de alcohol hace que la persona tenga un control muy pobre de sus impulsos, una tolerancia muy baja a la frustración, la vivencia de algún desorden bipolar y una fuerte tendencia a ser violento. El alcohol desinhibe al individuo impidiéndole contener sus impulsos violentos, incluso se habla de un tipo desinhibición fisiológica que lleva a romper la norma social, abusar de los niños y disminuir la culpa por hacerlo. Por ello, Hayes y Emshoff (1993) afirman que bajo la influencia del alcohol los padres tienen mayor probabilidad de abusar de sus hijos.

En estudios realizados se ha podido ver que el consumir sustancias genera alteraciones en la capacidad de procesamiento cognitivo por medio de la aparición de distorsiones y deficiencias cognoscitivas. Milner (1993) afirma que el alcohol reduce en la persona su habilidad para enfocar un estímulo distinto al inmediato. Miller, Maguin, y Downs (1997) junto con Spatz y Hiller-Sturmhogel (2001) describen tres mecanismos de la relación entre el maltrato infantil y el consumo de alcohol. En primer lugar, se propone la hipótesis de que el alcohol provoca una desorganización cognoscitiva, aumenta la posibilidad de comportamientos violentos, daña la comunicación familiar, hace que el consumidor interprete erradamente las señales sociales, que sobredimensione cualquier tipo de amenaza percibida y de poco valor a los efectos de la violencia. La segunda hipótesis propone que el perpetrador se exime de su responsabilidad aduciendo que el alcohol es el culpable del acto violento. Y la tercera hipótesis afirma que los efectos psicoactivos del alcohol en el cerebro actúan sobre los centros cerebrales que inhiben las conductas socialmente desadaptadas. Giancola (2000) expone que un gran número de investigaciones han demostrado que el consumo de sustancias, entre ellas el alcohol, se relaciona de una manera muy importante con una serie de conductas agresivas que incluye las amenazas, la violencia dentro de la familia, agresión a la pareja, agresión de tipo verbal, abuso de los niños. Incluso Giancola (2000) afirma que el alcohol daña la función ejecutiva del cerebro.

Pernanen (1976) propone en su modelo cognoscitivo que consumir alcohol reduce las capacidades de afrontamiento psicológico que incluye el razonamiento conceptual y el abstracto. Esto aumenta la probabilidad de que la persona posea comportamientos

agresivos. El consumo de alcohol altera el campo perceptual por lo que se dificulta la capacidad de detección de señales internas y externas en la persona. Por ello el consumidor hace interpretaciones al azar de las intenciones de los demás, estando a la defensiva y reaccionando con violencia. Taylor y Leonard (1983) afirman que hay un balance entre las señales instigadoras (amenazas) y las señales inhibitorias (la ansiedad), lo que regula la aparición de un comportamiento agresivo. Las señales instigadoras aumentan la posibilidad de que exista agresión mientras que las señales inhibitorias reducen esa posibilidad. El consumo de alcohol genera una disrupción cognoscitiva y hace que el consumidor no pueda prestar atención a múltiples estímulos y responda únicamente a las señales más provocadoras. Surge una miopía de la atención lo que facilita la aparición de un comportamiento agresivo; esto podría explicar cómo bajo consumos, los padres maltratan físicamente a sus hijos. Muchos estudios evidencian la relación entre los factores cognoscitivos en los padres y el maltrato físico a niños, y de igual manera la relación directa e inversa que hay entre consumo de alcohol y maltrato físico (Hewitt, 2009, p.15).

2.5 Abuso sexual

Pelton (1978) menciona que la ONU (2006) define el abuso sexual como aquellas interacciones entre un niño y un adulto, en las que el adulto agresor usa al niño para estimularse de manera sexual a sí mismo, a otro adulto o a otro niño. Es abuso si el perpetrador tiene una posición de control o poder sobre el otro y si es mayor a la víctima significativamente (Müller, 2015, p.2). López, Aguiar y García (2012, p.59-60) definen el abuso sexual como el contacto que implica caricias, toqueteos, juegos en una situación en la que al menos uno de los participantes no quiere ser parte de ello, desconoce o no tiene la conciencia de lo que sucede y por lo tanto se lo hace a la fuerza. Petzelová (2013) define al abuso sexual como un tipo de maltrato que implica la actividad por parte de un adulto de manera regular, consciente o no que llega a dañar el desarrollo sexual, emocional, físico del niño. Müller (2015) asevera que el abuso sexual implica que un niño participe en una actividad sexual que el mismo no comprende del todo, ante la cual su desarrollo no se encuentra preparado para enfrentar, por lo que no lo puede consentir y que también rompe la ley social. Esta actividad incluye toda actividad sexual que implique o no contacto físico: caricias, toques, manipulación, exhibición, sexo oral, anal o vaginal, pornografía y prostitución.

Merlyn (2005) afirma que el impacto del trauma dependerá de la etapa de desarrollo en la cual ocurre el abuso y desde lo psicológico es fundamental el estado de

conciencia del individuo abusado. Así por ejemplo, el niño no toma conciencia de la prohibición del incesto hasta la edad escolar (6 años aproximadamente) y es por eso que el niño sentirá la transgresión al estar conciente de esta ley, siempre y cuando esté vigente en su medio familiar. Se puede decir que el abuso sexual en edades tempranas es una de las experiencias traumáticas más destructivas y constituye un factor de alto riesgo que aumenta la probabilidad de que la persona desarrolle psicopatologías en la edad adulta. Algunos estudios muestran que hay una probabilidad cuatro veces más grande de que las víctimas de abuso desarrollen trastornos de personalidad en la edad adulta (López et al., 2012). Arce y Becerra (2006, p.81) afirman que existen consensos de que el abuso tiene consecuencias graves a largo plazo entre las que están los problemas emocionales y sintomatología internalizante que incluye la depresión, conductas autolesivas, ideación suicida, la falta de autoprotección, pobre autoestima, conductas de riesgo, negligencia, entre otras. También surgen dificultades respecto a la socialización como es la tendencia al aislamiento, la ansiedad social, las conductas antisociales, una pobre adaptación, problemas psicosomáticos (cefaleas, problemas gastrointestinales, alergias, etc.), trastornos de la conducta alimentaria, crisis convulsivas no epilépticas, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, disfunciones sexuales (conductas de riesgo sexual, sexualidad insatisfactoria, precoz inicio de la sexualidad, prostitución, maternidad temprana) (López et al., 2012).

Merlyn (2005) menciona que Alexander (1992 a) afirma que en los niños abusados predominan vínculos del tipo inseguro (ambivalentes, evitantes o desorganizados). La calidad del vínculo establecido con la madre es fundamental dado que ella es el primer referente del niño, la persona a quien puede ir en cualquier dificultad, es decir funciona como su base segura en caso de situaciones difíciles. Merlyn (2005) explica que Wolfe y Birt (1995) aseveran que el hecho de que la madre no proteja a sus hijos en situaciones de abuso se relaciona con una tasa más alta de ideas suicidas en el niño. La severidad de los efectos del abuso dependerá de elementos como es la resiliencia, grado de vulnerabilidad de la víctima, la existencia de factores protectores, la presencia de factores de riesgo previo al abuso, la existencia de redes sociales, de redes familiares, la disponibilidad de recursos financieros y emocionales para ayudar al niño a superar el abuso (Bange, 2008).

Para la legislación ecuatoriana se aplica el instrumento que reconoce los derechos de la niñez, diseñado en la Convención sobre los Derechos del Niño que fue ratificada en Ecuador en 1990. El artículo 19 de la convención menciona que el Estado debe proteger al

niño de toda explotación y abuso sexual y tomar todas las medidas del caso para impedirlo (Merlyn, 2005). Con respecto a la realidad en Ecuador, Merlyn (2005) menciona que en el año de 1999 la Defensa de los Niños Internacional realizó una investigación en la que se pudo ver que en Quito el 28,8% de la población había vivido abuso y el 30,4% en Guayaquil. El abuso de varones reportado fue mayor que el de mujeres (57,1%). Además, se pudo ver que las familias de los abusados tendían al aislamiento social en mayor medida. El 66,3% de los abusados reportan tener edades de los 11 a los 16 años de edad. Por otra parte, en una investigación publicada por el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) en el año 2001, en una muestra de 680 estudiantes de 14 a 17 años de edad se ha podido ver que el 32.7% de varones y el 44.4 % de mujeres conocen de casos en los que hay violencia sexual.

Por otro lado, algunos ejemplos de estudios realizados incluye el de Arce & Becerra (2006, p.82) quienes afirman que en un grupo de 735 jóvenes de colegios en Chillán, Chile, el 75% de los jóvenes con experiencias de abuso sexual tiene una fuerte prevalencia de consumo de alcohol, el 62,5% tienen relaciones sexuales antes de los 12 años de edad y el 43,75% tiene prevalencia de consumo de drogas. En otra investigación en Paraguay, López et al (2012) mostraron en su investigación en un grupo de 20 niños que entre los principales efectos del abuso sexual se encuentran: los problemas de adaptación, emocionales, sexuales y de relación. Con respecto a problemas de corporalización, Bannister (2011, p.78) afirma que Young (1992) realizó una investigación en víctimas de abuso sexual crónico. Los niños suelen sentir su cuerpo dañado e incluso “expresan fantasías sobre un bebé muerto” (Bannister, 1995, pp. 174-177), sienten que una parte de su propio cuerpo falleció. Por ello, Young (1992) menciona entre los efectos del abuso los relacionados con el cuerpo como es el desorden de personalidad múltiple, la disociación (su mente escapa o abandona su propio cuerpo), suicidio, automutilaciones y desórdenes alimenticios. En la Clínica Universitaria de Hamburgo en grupo de 150 hombres víctimas de abuso físico, el 25% sufre de trastornos corporales, el 22% tiene pensamientos suicidas, el 27% vive problemas sexuales y el 57% tiene insatisfacción sexual. Las secuelas a nivel psicofisiológico implica que durante el evento traumático se segregan hormonas del estrés, neurohormonas que facilita la alteraciones que influyen en la percepción, aprendizaje y surgimiento de trastornos psíquicos en la adultez. Incluso se ha investigado que quienes han sufrido abuso de manera repetida, llegan a tener una disminución de su hipocampo en

un 20% que es el área cerebral que interviene en los procesos de memoria sin que se dañen otras facultades mentales como la inteligencia.

2.5.1 Contacto sexual forzado con un pariente

En el contexto ecuatoriano se sabe que la mayoría de abusos se dan por un miembro de la familia nuclear, conocido o por un pariente del abusado. Merlyn (2005) afirma que en un estudio realizado en 1993, se pudo ver que esta realidad se cumplía en el 83.7% de casos en Guayaquil y en el 78.7% de casos en Quito. Con respecto a otras realidades, por ejemplo Arce y Becerra (2006, p.79) afirman que en un estudio realizado sobre abuso sexual en un grupo de 735 jóvenes de colegios en Chile, el 70% resultaron ser propiciados por familiares en especial por tíos o primos (56,25%) y por madrastras(12,5%) y padrastros (31,25%). Y que de estos casos el 75% no se denuncian; sólo uno de cada diez casos lo hacen dado que los perpetradores amenazan a las víctimas para guardar silencio. Petzelová (2013) afirma que la mayoría de los abusos ocurren por personas de la misma familia que no necesariamente tienen un trastorno mental. Que el abuso sexual se de dentro del ambiente familiar dificulta la posibilidad de denunciarlo porque se guardan apariencias y la víctima experimenta niveles muy altos de vergüenza junto con la presión del estigma dentro de la sociedad.

En cuanto a las características de las familias donde hay abusos sexuales, Arce y Becerra (2006) afirman que son familias con fuerte aislamiento, no se incluyen en redes de apoyo social, viven hacinadas, tienden a ser promiscuas, tienen inestabilidad laboral en los padres, ausencia materna, tienen crisis no normativas, las relaciones parentales deficientes, hay trastornos en las funciones, roles, límites. En ellas existe una inversión de roles ya que los niños que deben ser protegidos protegen a las figuras paternas asumiendo roles de un adulto. Entre los factores ambientales de riesgo está la drogadicción, consumo de alcohol, violencia, conflictos de pareja graves, separación, despido laboral, enfermedad mental en uno de los familiares (Arce & Becerra, 2006). El abuso sexual puede darse en tres tipos de familias: las rígidas y autoritarias, las promiscuas, desordenadas, sin diferenciación y en las familias confusas o enmarañadas. De los tres tipos de familias las abusadoras son en las que se comente en mayor grado abuso sexual infantil, en ellas hay una pobre interacción entre los miembros, se enfatiza en los aspectos negativos, conflictivos de los mismos y la madre no cumple una función protectora (Arce & Becerra, 2006).

2.5.2 Contacto sexual forzado con un no familiar

Bage (2008) afirma que la cuarta parte de los casos de abuso son realizados por agresores desconocidos y estos suelen comportarse como exhibicionistas. Al detectarse que el abuso lo hace un desconocido se puede lograr una protección de la víctima y separación del perpetrador; en cambio cuando el abusador es parte de la misma familia resulta mucho más difícil. Según Bange (2008) las investigaciones muestran que las agresiones sexuales por perpetradores desconocidos no son prolongadas ya que entre el 50% y 60% de las víctimas han sido violentadas una sola vez. Arce & Becerra (2006) muestran que en su estudio en Chile, un 2,75% fue abusado sexualmente por un desconocido o alguien fuera de la familia, lo que es un porcentaje menor al abuso sexual intrafamiliarmente. Según Corsi (1994) los estudios indican que el perpetrador suele acercarse a la víctima progresivamente, le toma meses hacerlo para poder obtener su confianza y usa demostraciones de afecto, un trato preferencial en la familia, de esta manera después presiona al niño para que cumpla sus pedidos de carácter sexual.

Como se puede apreciar en el presente capítulo las experiencias tempranas de trauma infantil tienen efectos devastadores en la constitución de la personalidad del individuo adulto y afectan el desarrollo normal de todas sus áreas: social, emocional y cognitiva. De todas las experiencias de trauma temprano se puede mencionar que aquellas relacionadas con la violencia física, verbal, psicológica, sexual y la negligencia son las que peores efectos producen en las personas ya que desestructuran sus recursos personales y disminuyen notablemente sus niveles de resiliencia.

Capítulo 3: Comportamiento de riesgo suicida

En el presente capítulo se abordan los principales antecedentes, estadísticas relevantes del comportamiento de riesgo suicida a nivel de Ecuador y América. Además, se realiza una definición del término suicidio desde distintas perspectivas: la psicológica, la psiquiátrica. Y finalmente se aborda cuáles constituyen los principales factores de riesgo y estresores del comportamiento autolesivo.

Lluch, Reynerio, Hernández, Kirenia, y Fuentes (2015) afirman que el vocablo suicidio viene de la palabra latina “sui” (sí mismo) y “cidius” que significa matar, por lo que se lo puede definir como un acto de muerte autoprovocada que una persona llega a considerar como la mejor solución. Para la conceptualización del suicidio se han desarrollado varias teorías: la psicológica, la psiquiátrica, la sociológica. La psicológica propone que todo comportamiento suicida implica un deseo de morir, un deseo de matar y un deseo de ser matado. Se habla también de suicidio crónico para referirse a conductas que implican la autodestrucción de la persona (drogadicción, martirio, ascetismo) sin plena conciencia e intencionalidad sino que de forma paulatina, a largo plazo y con la finalidad de lograr distintos niveles de destrucción psíquica, social y física (Lluch et al., 2015).

Lluch et al. (2015) afirman que la tasa de suicidio es más alta en jóvenes de 15 años a 24 años de edad y que ha llegado a ser la cuarta causa de muerte después de los accidentes. Para el año 2000, las estadísticas a nivel internacional muestran que la tasa de muerte por suicidio correspondió a 16 por cada 100000 habitantes, habiendo resultados más elevados en Canadá, América Latina, Guyana, Trinidad y Tobago. Así por ejemplo, se observó que en Argentina en los últimos años el suicidio en adolescentes ha aumentado significativamente. Para el año 2002 se consideró que el suicidio es la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 49 años de edad y en el año 2005 pasó a ser la segunda causa de muerte. En el año 2008 la tasa de suicidio fue de 17.6, hecho que da cuenta de que la problemática se mantiene y que la incidencia al año es de 13.1 suicidio consumado por cada mil habitantes. Aproximadamente cada día se suicidan 1000 personas y por cada muerte se dan 10 intentos..

Lluch, Hernández y Fuentes (2015) afirman que según datos de la Organización Mundial de la Salud el suicidio es la décima causa de muerte y es además la tercera causa de muerte más frecuente en adolescentes de 15 y 24 años de edad. En México, el suicidio actualmente es la segunda causa de muerte; se ha dado un incremento de la tasa de mortalidad del 62% en los quince últimos años, con un aumento del 74% en jóvenes de 15

a 24 años y un 150% en niños de 5 a 14 años. Gómez-Restrepo (2013) afirma que aproximadamente hay una muerte cada 40 segundos por suicidio, lo que al año daría de 1,2 a 1,5 millones de muertes (16 por 100000 personas) con un incremento del 60% en los últimos 45 años. Álvarez (2010) asevera que quienes intentan suicidarse tienen una alta morbilidad pues más del 50% repiten el acto suicida y también una alta mortalidad del 10% dentro de los 10 siguientes años. La OMS propone que para el año 2020 aproximadamente 1,53 millones de personas se suicidarán siguiendo la tendencia actual. Gómez-Maqueo y Ancona (2014) afirman que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado al suicidio como un problema de salud pública a nivel mundial.

En Ecuador, según el INEC (2016) entre 1997 y el 2009, 1,400 adolescentes se suicidaron. Entre las posibles causas estarían la depresión, embarazos no deseados, migración, abuso, ansiedad por identidad sexual y factores de riesgo precipitantes como son las situaciones estresantes o algún tipo de pérdida en la familia. Dentro de los factores protectores se analiza el apoyo social, la conciencia de enfermedad, entre otras (Almeida, 2014). Rodríguez, González, Mencía y Flores (2000) mencionan un estudio realizado en un grupo de treinta casos de adolescentes con intentos de suicidio entre los 11 y 19 años de edad donde se encontró que el 73% de los casos correspondía al grupo de 14 a 17 años de edad. El 96% de los casos eran mujeres, el 40% tenían intentos previos de suicidio, el 83% recibían atención psiquiátrica previamente, el 70% sufría de anorexia nerviosa. Se pudo ver que la mayoría de intentos de suicidio eran bastante impulsivos, su motivo consiste en un llamado de atención, necesidad de comunicar algo, escapar de alguna circunstancia difícil, conductas de tipo histérico. Tan solo un tercio de los adolescentes que intentan suicidarse en realidad desean morir. El 50% de los adolescentes en el estudio reintentaron suicidarse, gran parte de los casos evidenciaron tener conflictos familiares. También se encontraron casos de psicosis maniaco-depresiva, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo.

Camejo, Hernández y Fuentes (2015, p.3) definen al suicidio como un hecho multicausal que implica la existencia de factores sociales, psicológicos, biológicos y que indica la existencia de una falla en los mecanismos de la persona para adaptarse a su medio, esto se da por un conflicto permanente o reciente que provoca un estado de gran tensión emocional. Entre los factores de riesgo se puede mencionar las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, trastornos afectivos que incrementan el riesgo de suicidio un 15%. También hay circunstancias psicotraumatizantes, económicas o sociales

que desencadenan crisis emocionales que lleven al suicidio (Lluch et al., 2015). Camejo et al. (2015, p.4) realizaron un estudio desde el mes de septiembre del año 2014 al mes de mayo del 2015, con 50 pacientes con conductas suicidas, mayores a los 15 años de edad. En el estudio se pudo ver que uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida es la depresión. Otro factor relevante de riesgo es la disfunción familiar; por ejemplo, Mendoza, Jaimes, Reyes, Márquez y Veytia (2015) afirman que en un estudio con 300 estudiantes se observó que los jóvenes con comportamiento suicida tenían un contexto familiar de dinámica rígidamente desvinculada, con antecedentes de maltrato, desunión, rechazo, sentimiento ajeno a amigos y familiares, dificultad en expresar emociones.

Otros factores de riesgo incluye la dificultad de la persona en controlar impulsos, sentimientos de desesperanza, la variabilidad en los estados de ánimo (Lluch et al, 2015). Camejo et al. (2015) menciona que los principales factores de riesgo en la conducta suicida incluye la escolaridad, el sexo, la edad, el estado civil, las alteraciones psicopatológicas, la existencia de enfermedades psiquiátricas, psicosis, alcoholismo, trastornos de personalidad. En una muestra estudiada de 50 casos, se pudo ver una prevalencia del sexo femenino, de edades intermedias de 15 años a 40 años, menor nivel de incorporación al trabajo, niveles muy bajos de autoestima, solteros. Además el 36,6% de la muestra presenta antecedentes suicidas, antecedentes en la familia, el 86,7% presentan depresión severa, alcoholismo.

3.1 Definición

Gómez-Maqueo y Ancona (2014) mencionan que la Organización Mundial de la Salud ha definido al suicidio como aquella acción por medio de la que la persona se produce a sí mismo una lesión independientemente de que tenga un real conocimiento de su intención y método utilizado. Gómez-Maqueo y Ancona (2014) afirman que el suicidio es un comportamiento de autoagresión que se desarrolla a lo largo de un proceso que inicia con la ideación para llegar a los múltiples intentos y finalmente concluir el acto. La ideación se refiere a la existencia de pensamientos de muerte autoinfligida, deseos, planes de suicidio. Las ideas pueden surgir como elementos normales en el desarrollo de la adolescencia como posibles respuestas a la existencia; sin embargo, resultan anormales cuando son la única alternativa que tiene la persona para resolver sus problemas. Guzmán, Martínez y Arenas (2015) estudian el hecho de que un comportamiento suicida responde a un proceso bastante complejo constituido por emociones, pensamientos multifactoriales que incluye el enojo, la desesperanza y la frustración.

Al estudiar el suicidio se considera no solo los actos consumados sino que también la planificación y la ideación. La ideación suicida se puede definir como todos aquellos pensamientos que tiene la persona sobre acabar con su vida, estos pueden ser de distinta intensidad. Por su parte la planeación ya implica el armar un plan de cómo la persona terminará con su vida. Y el intento de suicidio son todos aquellos comportamientos con los que la persona se autolesiona de manera impulsiva o planeada. Esto se lo hace con el objetivo de obtener cambios en alguna situación o para escapar de ciertas dificultades (Guzmán, Martínez, & Arenas, 2015).

Gómez-Maqueo y Ancona (2014) desarrollan la idea de que para el adolescente el suicidio puede resultar una importante expresión de frustración, tristeza, enojo, angustia, carencias emocionales y aún puede ser una expresión de castigo o venganza hacia otros. El suicidio puede ser una reacción ante una vivencia insoportable, impotencia para cambiar alguna circunstancia, el querer dejar de sentir algo que le afecta, la manifestación de un deseo de cambio. En los intentos de suicidio se combinan elementos depresivos e impulsividad agresiva. Gómez-Maqueo y Ancona (2014) manifiestan que en ciertos estudios los niños con intentos autolíticos tienen ciertas distorsiones cognitivas surgidas como una defensa ante la angustia, por lo que la muerte puede significar para el niño o adolescente la oportunidad para resolver alguna situación muy difícil que afrontan o la alternativa de reunirse con algún ser querido que falleció. Estas circunstancias pueden otorgar una finalidad mágica de la muerte.

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011, p.40-45) de España el riesgo de la conducta suicida implica la existencia de factores individuales, factores familiares y contextuales y otros factores. Dentro de los factores individuales se puede mencionar los trastornos mentales como la depresión, los trastornos psicóticos, el trastorno bipolar, el abuso de sustancias, el trastorno de ansiedad, trastorno de conductas alimentarias, el trastorno de impulsividad, agresión y personalidad. También se considera como factores individuales los psicológicos, la edad, el sexo, la enfermedad física, discapacidad, intentos previos de suicidio, ideación suicida. Con respecto a los factores contextuales y familiares se toma en cuenta la historia familiar de suicidios, los eventos estresantes de vida, la exposición a maltrato. Los factores sociofamiliares y ambientales incluyen la religión, la etnia, el apoyo sociofamiliar, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la situación laboral. Finalmente, entre otros factores a considerar está la

orientación sexual, el fácil acceso a medicamentos, sustancias tóxicas o armas, historia personal de maltrato físico o abuso sexual, el acoso de parte de los pares.

Figura 1. Factores asociados a la conducta suicida

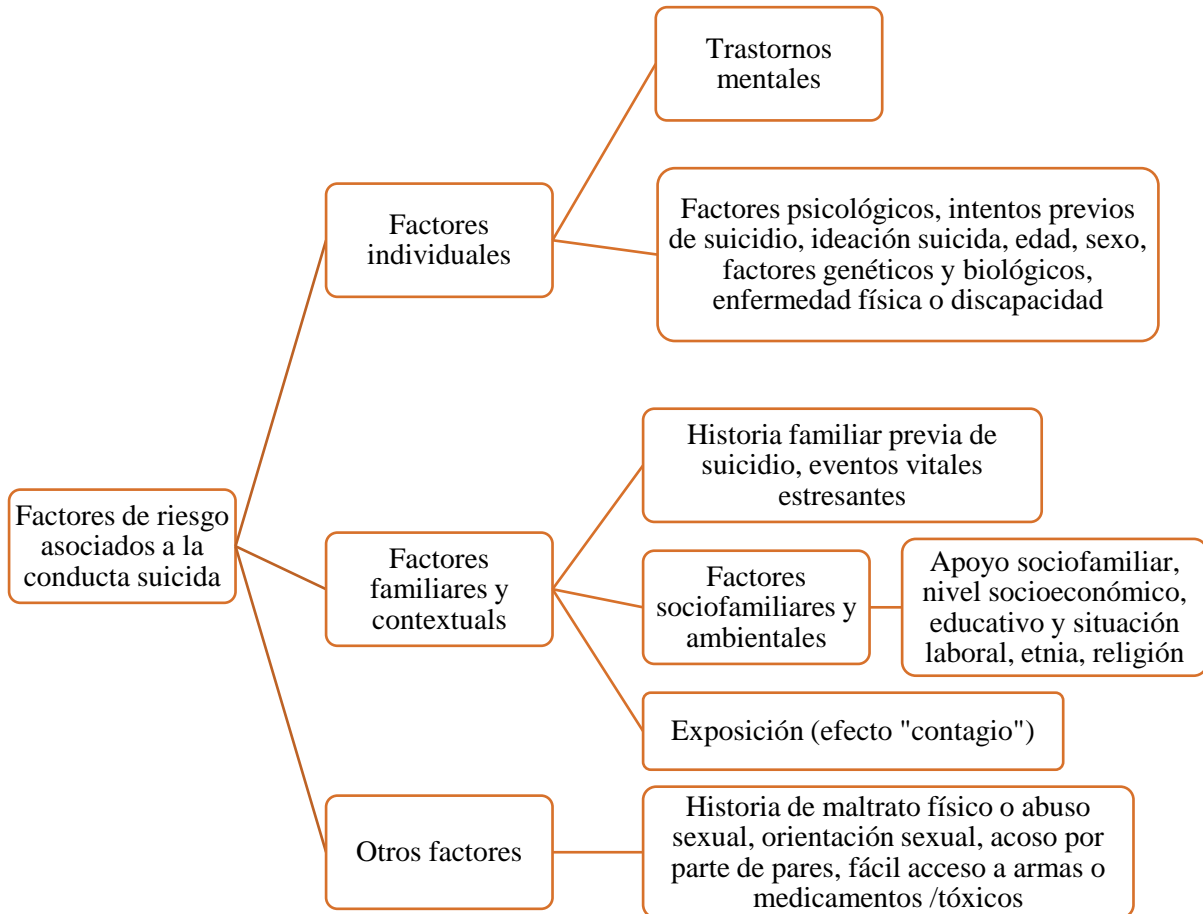


Figura 1: Tomado de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011, p.38). Obtenido de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

Según Álvarez (2010) las conductas suicidas resultan del desequilibrio entre los factores de protección y los factores de riesgo. Entre los principales factores de protección se menciona: la construcción de vínculos significativos con grupos religiosos, culturales, políticos, sociales; habilidades positivas de afrontamiento; la religiosidad; los sentimientos de valía, autoestima, confianza en los logros personales; capacidades de comunicación; apertura al aprendizaje y experiencias de los demás; una crianza consistente y presencia dedicada de los padres en la infancia; tener un estilo cognitivo flexible, relativizar aspectos negativos y apertura a pedir ayuda.

Hernández y Lucio (2006) afirman que la combinación de los factores de riesgo, los factores precipitantes y los factores de protección junto con las circunstancias actuales que viva la persona, con sus características personales determinarán la consumación de un acto suicida. Los factores de riesgo son el grupo de condiciones que han distorsionado, debilitado los patrones adaptativos y estructura psicológica. Los factores protectores se refieren a los eventos que otorgan soporte, disminuyendo el riesgo de consumir el suicidio y se incluyen las redes sociales y familiares de apoyo. Y los factores precipitantes se relacionan con los acontecimientos que determinado momento detonan el acto suicidio y puede incluir: riñas entre los padres, presenciar eventos dolorosos, dificultades escolares, etc.

Flores, Barcelata y Juárez (2015) expresan que la adolescencia es una etapa donde la persona es vulnerable pues vive algunos fenómenos subjetivamente como puede ser el estrés de ciertos eventos. Los eventos estresantes pueden considerarse como normativos y también como no normativos. Los eventos normativos son los que se experimentan en general, no son amenazantes y pueden resolverse con éxito. Los eventos no normativos no son parte del desarrollo, tienen un nivel mayor de complejidad y pueden afectar al individuo.

Hernández-Cervantes y Lucio (2006) estudiaron un grupo de adolescentes mexicanos en los que pudieron detectar que existían una importante correlación entre el riesgo suicida y sucesos estresantes en sus vidas. Se pudo ver que a mayor número de sucesos estresantes (en el área familiar, social o personal), el riesgo de suicidio aumentaba en ellos. Además los factores de influencia en el nivel de vulnerabilidad y resiliencia de los adolescentes se puede mencionar el abuso sexual infantil, problemas escolares, antecedentes de suicidio en la familia, factores de personalidad. De los estudios realizados, se pudo detectar que el área social es aquella que tiene el promedio más alto en influir el

riesgo de suicidio en adolescentes. En el área social, la dimensión familiar es aquella reportada por los adolescentes como la más negativa. Los sucesos de vida reportados como estresantes en mayor medida son aquellos de las áreas familiar, social, personal, logros, fracasos en el ámbito escolar, problemas de conducta.

Shneidman (1993) afirma que el suicidio se da por un dolor psicológico profundo producto de necesidades psicológicas no satisfechas. En base a esto propuso diez características que tienen en común los comportamientos suicidas. En primer lugar el estrés fundamental se da por necesidades psicológicas no satisfechas, también hay ambivalencia que es el estado cognoscitivo en común, el escapar es una acción en común, el propósito común en el suicidio es la búsqueda de una alternativa, un insoportable dolor psicológico es un estímulo en común, la desesperación y desesperanza son emociones comunes en estos casos, también la persona muestra una visión de túnel y expresa ideaciones de muerte.

Hernández-Cervantes y Lucio (2006, p. 131) concluyen en sus estudios que los factores influyentes en el comportamiento de riesgo suicida incluyen factores externos e internos. Los factores internos implican el nivel de autoestima, la agresión, depresión, desesperanza, ansiedad, pensamientos suicidas, nivel de tolerancia a la frustración. Entre los factores externos se puede mencionar las relaciones escolares, las relaciones familiares y los eventos causales.

Tabla 1. Factores de riesgo suicida

Personales	Familiares	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Atracción hacia la muerte • Abuso de drogas • Intentos previos de suicidio • Depresión • Conducta antisocial • Conducta narcisista • Trastornos emocionales • Vergüenza • Soledad 	<ul style="list-style-type: none"> • Padres o familiares con antecedentes de suicidio • Ausencia de afecto entre los miembros de la familia • Discusiones, pleitos • Relaciones inadecuadas entre los padres • Desintegración familiar • Enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Cambio de domicilio <p>Escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracaso escolar • Fuerte presión de los padres por obtener logros • Violencia escolar • Alteraciones neuropsicológicas

<ul style="list-style-type: none"> • Culpa • Desesperanza • Sentimientos de minusvalía • Deseo de morir • Rabia • Hostilidad • Irritabilidad • Abuso físico y, o sexual o ambos. • Pérdida de un familiar o amigo por suicidio • Fácil acceso a armas • Trastornos en la sexualidad • Trastornos de alimentación • Pérdida de una persona significativa • Problemas con la autoridad • Conductas autodestructivas • Pertenecer a pandillas • Dificultad para hacer amigos • Apatía • Insomnio 	<p style="text-align: center;">psiquiátricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de soporte familiar • Depresión en los padres • Maltrato de los padres hacia los hijos • Una de las partes están en crisis que no les permite cuidar de los hijos • Falta de uno de los padres • Familias uniparentales • Percepción de falta de apoyo de la familia • Desempleo de uno o de ambos padres • Padres con una educación pobre • Padres sobreprotectores • Madres posesivas • Padres castigadores 	<p>(déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico y lenguaje)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizaje • Pobres habilidades para resolver problemas • Rigidez cognitiva
--	---	--

Nota: Tomado de Gómez-Maqueo & Ancona (2014, p 159).

3.2 Niveles

Gómez-Maqueo y Ancona (2014) proponen que es importante establecer una diferencia de dos grupos entre aquellos adolescentes que intentan suicidarse y aquellos que

consuman el acto. Un primer grupo tendría factores familiares negativos, trastornos psiquiátricos, uso de métodos más letales y presenta un pronóstico peor de consumir el suicidio. Además han vivido una situación de adversidad de manera sostenida durante algún tiempo. Y el otro grupo pertenecería a aquellos adolescentes que carecen de factores familiares adversos y alteraciones psiquiátricas. Su intento de suicidio no es premeditado sino que más bien es impulsivo, hay un factor desencadenante claro, el método utilizado es menos letal y el intento de suicidio buscaría cambiar algo de su ambiente. Schaffer (1974) clasifica a los adolescentes con intentos de suicidio en cuatro grupos: impulsivos, hipersensibles a la crítica, perfeccionistas-autocríticos, aislados y con problemas de comunicación.

3.3 Tipos básicos de comportamiento en adolescentes con ideación o intento de suicidio

Casullo, Bonalde y Fernández (2000) mencionan que los adolescentes con ideación o intento de suicidio pueden presentar tres tipos de comportamiento:

- a. Desintegrado.- Se refiere a aquellos adolescentes que viven muy altos niveles de ansiedad combinados con un fuerte temor a perder su identidad. Viven con un fuerte temor a perder el control, tienden a ser muy sumisos, a vivir ataques de pánico o trastornos esquizofrénicos.
- b. Impulsivo.- Es el tipo de adolescente irritable, con una tolerancia a la frustración bastante baja, que en lugar de comunicar sus problemas, actúa sin recapacitar. Son vulnerables al rechazo de otros y suelen haber crecido en familias donde se daba una fuerte violencia.
- c. Depresivo-perfeccionista.- Se refiere a una personalidad que se exige a sí mismo demasiado, presionándose a alcanzar altos logros. Por ello son susceptibles al fracaso, a la crítica y buscan la aprobación social. Suelen ser poco sociales e internalizan fácilmente sentimientos hostiles, agresivos. Además en general pertenecen a familias conflictivas y simbióticas.

A manera de cierre, se puede mencionar que en este capítulo se identifica la importancia de detectar los principales factores de riesgo del comportamiento suicida ya que el poder detectar a jóvenes con alto riesgo de cometer conductas autolesivas facilita la prevención de sucesivos intentos futuros. La detección precoz y tratamiento efectivo en adolescentes con comportamientos suicidas, con trastornos depresivos resulta ser una profilaxis eficaz contra ideas suicidas (Rodríguez, González, Mencía, & Flores, 2000).

3.4 Síntesis del Marco Teórico

Amar y Madariaga (2008) afirman que los neurocientíficos han podido ver cómo la calidad de las experiencias tempranas influyen en la estructura cerebral y en el desarrollo integral del ser humano dado que es durante los tres primeros años de vida que se generan el mayor número de sinapsis neuronales. Por ello la calidad de cuidado, las experiencias tempranas, el crear lazos afectivos fuertes tienen un efecto positivo para que la persona experimente mayor resiliencia ante la adversidad.

El comportamiento de riesgo suicida se relaciona con factores de índole personal, familiar y social que incluyen experiencias tempranas de trauma infantil que ha vivido la persona. Entre los factores personales se puede mencionar el abuso de drogas, depresión, conducta antisocial, trastornos emocionales, sentimientos de vergüenza, soledad, culpa y desesperanza. Entre los factores familiares cabe destacar la presencia de familiares con antecedentes de suicidio, la ausencia de afecto entre miembros, discusiones frecuentes, desintegración familiar, falta de soporte, depresión o enfermedad en los padres, la existencia de maltrato intrafamiliar, figuras parentales sobreprotectoras o negligentes. Finalmente en cuanto a los factores sociales de mayor incidencia en el comportamiento de riesgo suicida se puede mencionar los niveles importantes de pobreza, desempleo, cambios de domicilio, fuerte presión por parte de los padres, violencia escolar, pobre apoyo escolar y dificultades de aprendizaje (Gómez-Maqueo & Ancona, 2014).

Muñoz-Ortega et al. (2009) afirman que son fuertes las lesiones psicológicas que pueden darse en los niños al ser simplemente testigos de circunstancias adversas y pueden resultar aún peores que al haber sido protagonistas del daño. Los niños suelen valorar las situaciones de manera más dramática sea por la dependencia a sus padres o por su capacidad de empatía y compasión. El que un individuo haya estado expuesto en mayor medida a situaciones de violencia, o de riesgo suicida como pueden ser las relaciones humanas tumultuosas, contrariedades o problemas con la ley, incrementan la probabilidad de desarrollar psicopatologías en la vida adulta (Pérez, 2009).

Mientras mayor es el nivel de experiencias adversas vividas por la persona, aquellas correspondientes a la lista de factores enunciada, mayor es la probabilidad de desarrollar riesgo de comportamiento suicida. Cabe destacar que si la persona no desarrolló durante su infancia una base segura con la figura de cuidado, esto dificulta y disminuye su capacidad de ser resiliente ante las vivencias de adversidad. Flores, Cicchetti y Rogosch

(2005) afirman que la resiliencia en una persona tiene como variables protectoras la autoconfianza, autoestima, y autoeficacia social, la misma que implica una menor internalización de síntomas como la ansiedad, la depresión.

Los aspectos resilientes se relacionan con actitudes racionales y controladas, inteligencia, madurez cognitiva, confianza en sí mismo y el entorno, autonomía y competencia social. Un factor protector es el vínculo de apego seguro en la infancia que mejora la respuesta del sujeto ante la amenaza aumentando su adaptabilidad. La base de apego seguro permite a la persona tener relaciones de apego adecuadas, desarrollo emocional y autoestima plena. Resulta ser un amortiguador de los efectos de la violencia por ejemplo, si al menos una relación de apego seguro funcional con el cuidador no maltratador brinda recursos afectivos, cognitivos. Incluso a nivel neurobiológico se ha observado que los cuidados maternos adecuados alteran la respuesta neuroendócrina al estrés facilitando respuestas adaptativas (Flores, Cicchetti & Rogosch, 2015).

Capítulo 4: Investigación de campo

El presente capítulo muestra el trabajo de campo realizado con un grupo de diez adolescentes de 13 a 18 años de edad del grupo de apoyo de intentos de suicidio en el Hospital General Enrique Garcés; en el mismo que se detalla la información cualitativa y cuantitativa obtenida, relacionada a sus experiencias tempranas de trauma infantil (que incluye experiencias de abuso, negligencia y disfuncionalidad familiar) y la información recopilada sobre su tipo de apego inseguro infantil y su tipo de apego inseguro adulto.

4.1 Método

El presente trabajo de investigación se lo llevó a cabo en el Grupo de apoyo de intentos autolíticos del Servicio de Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés, dicho grupo actualmente no continúa con sus servicios por disposición del director del Hospital. Se utilizó como método de investigación en primer lugar, una ficha de datos (Anexo 4) para recoger información sociodemográfica sobre los participantes voluntarios. Además se utilizó el cuestionario ACE (Experiencias Infantiles Adversas) desarrollado por los Centers for Disease Control and Prevention (2016), el mismo que busca ver el nivel de Experiencias Infantiles Adversas. Luego se aplicó el Attachment Script Assesment (ASA), narrativas de Apego Adulto de L.M. Rodrigues, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001) para determinar el tipo de apego, asociarlo con la manera en que los adolescentes participantes procesan el trauma y ver si existe una relación con comportamiento de riesgo suicida. La metodología utilizada es mixta ya que combina una parte cualitativa y otra cuantitativa.

4.1.1 Participantes

En el presente estudio participaron diez adolescentes de 13 a 18 años de edad que asistían regularmente al Grupo de apoyo de intentos autolíticos del Servicio de Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés. Para la realización de la investigación se solicitó la autorización del Departamento de Docencia e Investigación de dicho Hospital (Anexo1); se presentó el proyecto de investigación y la solicitud redactada por parte de la Cordinadora del Área Clínica de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Después de ser revisado por la Coordinación y por el director del Servicio de Salud Mental se autorizó la realización del trabajo. A partir de este momento se llevó a cabo el proceso de reclutamiento de los participantes y su selección en coordinación con la agenda de la Psicóloga Clínica encargada de llevar sus procesos. Previo al levantamiento de datos se firmó un consentimiento informado (Anexo 2) con los padres o cuidadores y los adolescentes. También se firmó un consentimiento informado

para la grabación/ transcripción de la sesión (Anexo 3). En estos documentos, los adultos firmantes, como custodios legales, autorizaban la participación de los jóvenes.

Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

N° Part	Sexo	Edad	EC	Escolaridad	Ocupación	Hijos
1	F	14 años	Soltera	Décimo año	Estudiante	Ninguno
2	F	17 años	Soltera	Tercero de bachillerato	Estudiante	Ninguno
3	F	14 años	Soltera	Noveno año	Estudiante	Ninguno
4	M	17 años	Soltero	Primero de bachillerato	Estudiante	Ninguno
5	M	14 años	Soltero	Décimo año	Estudiante	Ninguno
6	F	13 años	Soltera	Noveno año	Estudiante	Ninguno
7	F	15 años	Soltera	Primero de bachillerato	Estudiante	Ninguno
8	F	16 años	Soltera	Segundo de bachillerato	Estudiante	Ninguno
9	F	18 años	Soltera	Primero de bachillerato	Estudiante	Uno
10	M	18 años	Soltero	Bachiller	Estudiante	Ninguno

Nota: Elaborado por Corral, V. (2017)

Como se puede observar en la Tabla 2, el 70% de los participantes son de sexo femenino y el 30% de sexo masculino. Su rango de edades está entre 13 y 18 años; la edad mínima fue de 13 años, la edad máxima fue 18 años y la media es 15.6 años. El 100% de los participantes son solteros y estudiantes. Solo un participante tiene un hijo; se trata de una adolescente de sexo femenino. La escolaridad del grupo fluctúa entre décimo año de educación básica y tercero de bachillerato; el 20% (dos participantes) son de noveno año, otro 20% (dos participantes) corresponde a décimo año, el 30% cursa primero de bachillerato, el 10% (un participante) estudia el segundo de bachillerato, el 10% (un participante) pertenece a tercero de bachillerato, y un participante (10%) es bachiller graduado.

Las características de las familias de los participantes se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Características de la familia de los participantes

N° Part	Vive con
1	Abuelos maternos
2	Abuelos paternos, padre, hermano mayor
3	Tía materna
4	Abuela materna, madre, dos tías maternas, un tío materno.
5	Padres, hermana de 19 años, hermano fallecido (23 años)
6	Madre, hermana mayor y cuñado
7	Padres, abuelos paternos, hermano de 13 años, hermana de 10 años, dos tíos paternos solteros, dos tíos casados.
8	Madre y padrastro
9	Madre y su hija de año, cinco meses
10	Padre, madre, es hijo único

Nota: Elaborado por Corral, V. (2017)

Como se puede observar en la Tabla 3, en cuanto a la estructura de las familias de los adolescentes entrevistados se puede decir que el 30% de los participantes fueron abandonados por su madre antes de que cumplieran los seis meses de edad, en el 30% de los casos hubo migración de parte del padre y el 10% migración de parte de la madre a otros países. En el 30% de los casos la madre ha establecido otro hogar, el 10% de los casos la madre sufre un trastorno psicológico-emocional, el 60% de los casos no viven con su padre, el 60% de los casos sus padres son divorciados y viven separados, el 30% de los casos sus padres están casados y viven juntos. Otra información relevante sobre el contexto familiar del grupo de participantes es que en el 30% de los casos el padre fue alcohólico, el 30% han tenido familiares que han muerto por suicidio, el 30% han tenido familiares que han abusado sexualmente de ellos.

Dado que cada adolescente entrevistado tiene un contexto particular, a continuación se detallará la manera en que cada familia está conformada en cada uno de los diez casos abordados. La primera participante vive con sus abuelos maternos desde que tenía 5 meses

de edad ya que su mamá la dejó definitivamente con ellos para hacer otro hogar cuando ella tenía 11 años; “mi mamá no está conmigo porque formó otra familia”, manifiesta la participante; además supo expresar que lo que le hace estar más triste es el hecho de que no pueda estar con su padre ya que él se fue a estudiar y trabajar a otro país. El segundo participante vive con sus abuelos paternos, papá y hermano mayor porque la madre la dejó con sus abuelos cuando tenía dos meses, y a la edad de 11 meses, su padre viaja a otro país. El tercer participante vive con su tía materna ya que su madre biológica migró a España antes de que ella cumpliera los seis meses de edad. El cuarto participante vive con su abuela materna, dos tías, un tío y su madre tiene diagnóstico de trastorno emocional. El quinto participante vive con sus padres y una hermana mayor; fue víctima de un intento de abuso sexual por un pariente cercano; su padre consumía alcohol. La sexta participante vive con su madre, hermana y cuñado; fue víctima de abuso sexual por parte del cuñado; dos de sus tíos se han suicidado, su hermano menor de 10 años tiene epilepsia; además sus padres se divorciaron hace 3 años y el padre volvió a la casa de su familia de origen. El séptimo participante vive con sus padres, abuelos paternos, dos hermanos (varón de 13 años, mujer de 10 años), dos tíos paternos solteros de 23 y 21 años. El octavo participante vive con su madre y su padrastro. El noveno participante vive con su madre y su hija de un año, cinco meses; sus padres se divorciaron cuando ella era niña por el consumo de alcohol de su padre. El décimo participante vive con sus padres y hace un año su novia murió en un accidente de tránsito.

4.1.2 Medición

A. Escala de Experiencias Adversas en la Niñez o Adverse Childhood Experiences (ACE)

ACE o Adverse Childhood Experiences es el término que se usa para describir todos los tipos de abuso, negligencia y otras experiencias traumáticas que ocurren en individuos menores a los 18 años de edad. Este cuestionario se lo ha utilizado para estudiar la relación entre las experiencias de trauma infantil durante la infancia y el deterioro de la salud y calidad de vida a largo plazo (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). El cuestionario de Experiencias Adversas en la Niñez o Adverse Childhood Experiences (ACE) (Anexo 5) se sustenta en un estudio especializado en la atención primaria para describir la relación a largo plazo entre las experiencias adversas en la infancia con problemas médicos y de salud mental. El primer estudio se lo realizó en los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDCs) en Estados Unidos entre los años de 1995

a 1997, mediante la aplicación de entrevistas confidenciales a 17000 personas, las mismas que contenían información sobre sus experiencias de infancia, su estado actual de salud y comportamientos (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). El estudio ACE consiste en la evaluación retrospectiva y prospectiva del impacto a largo plazo del abuso y disfunción familiar durante la infancia en los siguientes riesgos en los adultos: factores de riesgo para enfermedades y su incidencia en la calidad de vida, cuidado de salud y mortalidad (Felitti, Anda, Nordenberg, Koss, & Marks, 1998).

El cuestionario utilizado en el estudio ACE está estructurado para cuantificar el nivel de experiencias de trauma infantil vividas en la infancia siguiendo una escala del 1 al 10. Este cuestionario está conformado por diez preguntas cerradas de sí y no, cada pregunta abarca un tipo de experiencia de trauma infantil. Entre los tipos de experiencias de trauma infantil se incluyen tres grandes categorías. La primera corresponde a abuso infantil que incluye: abuso emocional, físico y sexual; la segunda corresponde a la negligencia, incluyendo la negligencia física y emocional. La tercera categoría corresponde a las dificultades familiares que incluye el crecer en un hogar donde existía consumo de sustancias, enfermedad mental, violencia de parte de un progenitor, padrastro o madrastra, separación de los padres, divorcio o tener algún familiar en la cárcel (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

En cuanto a la medición, cada respuesta afirmativa a las preguntas planteadas recibe la puntuación de 1 y si la respuesta es negativa recibe la puntuación de 0. Al final se realiza una sumatoria global de todas las respuestas obtenidas para obtener el puntaje ACE sobre diez. Mientras mayor sea el puntaje obtenido, esto da cuenta de que existe una mayor probabilidad de que la persona experimente comportamientos de riesgo en su vida adulta. Cabe destacar que el tener un puntaje ACE de cero no implica que una persona no podría tener otro factor de riesgo para estos comportamientos y enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

El primer estudio se lo concluyó en el año de 1997, desde entonces algunos estados en EEUU han seguido recogiendo información sobre ACE en sus poblaciones por medio del Sistema de encuestas sobre factores de comportamientos de riesgo (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) y actualmente el estudio ACE continúa realizándose (CDC, 2016). En Latinoamérica se ha considerado el uso de la escala ACE en países como Colombia en estudios con niños víctimas de violencia realizado por Jarero, Roque-López, Gómez, y Givaudan (2014). Además, Silveira y Abelha (2015) en Brasil, emplean en su

estudio “Predominio de trastornos mentales y factores de riesgo en adolescentes de sexo masculino privados de libertad” el cuestionario de experiencias de trauma infantil para comprender la relación entre experiencias de adversidad en la infancia y comportamientos de riesgo. Y Solórzano et al. (2015) en su estudio “Maltrato durante la niñez asociado al uso y abuso de drogas en estudiantes en una universidad de León, Nicaragua” también emplearon el cuestionario ACE para analizar la relación entre trauma infantil y adicciones en Nicaragua. Barboza et al. (2015) después de haber realizado el estudio ACE en Francia, mencionan que les interesaría realizar la investigación ACE en Costa Rica dado que es su ciudad natal y que trabajan en la Universidad de Costa Rica y que si bien el contexto cultural, político, histórico y económico es distinto, la metodología podría adaptársela contando con la epidemiología más adecuada.

Después de revisar los repositorios digitales de las universidades en Ecuador, se pudo encontrar que el cuestionario de experiencias traumáticas también se lo ha utilizado en otras disertaciones como es la titulada “Experiencias Traumáticas y Memoria en Adultos de 18 a 60 años que se encuentran dentro del Sistema de Protección Asistencial a Víctimas y Testigos de la Fiscalía de Tungurahua del Cantón Ambato” trabajada por Jenny (2016) en la Universidad Técnica de Ambato. En el repositorio de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica no se ha encontrado la realización de ningún estudio utilizando el cuestionario de Experiencias Infantiles Adversas (ACE). En el repositorio de la Universidad Central se ha podido encontrar trabajos que analizan los factores del comportamiento suicida como es el caso de la tesis titulada “Diagnóstico de los factores que influyen en la tentativa suicida en adolescentes atendidos en la Unidad Municipal De Salud Sur” de Carranco y Casagualpa (2016); sin embargo, los estudios existentes no han usado escala alguna para la medición de las experiencias de trauma infantil. En los repositorios de la Universidad Salesiana y Universidad San Francisco de Quito tampoco existen estudios sobre comportamiento suicida que utilicen el cuestionario sobre experiencias infantiles adversas ACE.

B. Narrativas de apego adulto Attachment Script Assesment (ASA)

La finalidad del Attachment Script Assesment (ASA) (Anexo 6) consiste en evaluar la calidad de base segura que tiene la persona por medio del relato de seis historias en base a seis láminas que tienen un título y una lista de palabras cada una. Esta es la manera de acceder al análisis de las representaciones de apego adulto que tienen los sujetos. Las narrativas en general consisten en una secuencia de acciones donde una figura de cuidado

da apoyo a la exploración, da respuesta de protección, luego el niño vive angustia por un obstáculo que se presenta, después hay separación del niño con la figura de cuidado, se resuelve la dificultad, el contacto con la figura de cuidado confortan efectivamente, el niño puede retomar el juego o actividad. Desde la teoría se analiza el apego que es el balance entre la exploración y el buscar la cercanía de la figura de cuidado. El guion de base segura consiste en que la figura de cuidado ayude al individuo (protagonista de la historia) a sobrellevar el cuadro ansioso para que la adversidad se resuelva y retorne a su normalidad. La base segura funciona como un facilitador que promueve una experiencia positiva. Las narrativas que siguen un guion de base segura muestran estrategias de afrontamiento, reducción de estrés, el rescate de aspectos positivos de la situación descrita, el uso de una conciencia y sensibilidad hacia el estado emocional y psicológico del otro, la preocupación por la interacción entre personajes. La narrativa debe dar cuenta de un intercambio, donde uno da y otro recibe y viceversa no es el mero relato de eventos. Y lo que es fundamental de analizar es que la expresión emocional de uno de los personajes activa en el otro una reacción emocional (Waters & Waters, 2006).

La prueba tiene 6 listas de 12 palabras dispuestas en tres columnas de cuatro palabras cada una (Anexo3). Las palabras guían el relato de cada participante y cada historia analiza un tipo de contenido; las dos primeras evalúan la relación de apego infantil, las historias 4 y 5 analizan el apego adulto y las historias 3, 6 son distractores que no se califican. En cuanto a la administración, se pide al participante que narre las historias las cuales se graban en audio para su posterior evaluación.

Con respecto a la calificación, las historias se puntúan en una escala del 1 al 7, en base a la calidad del contenido de base segura, siendo 7 y 6 los puntajes más altos que dan cuenta de que hay una rica interacción entre personajes, alta atención a su estado psicológico, hay una base segura bastante sensible al estado psicológico y una alta resolución del problema. El puntaje 5 da cuenta de un nivel medio de existencia de estas características, el puntaje 4 muestra un nivel débil. El puntaje 3 evidencia una narración de eventos que no incluye un evento afectivo y el puntaje 2 tiene un contenido que es inconexo con el guion de base segura. Finalmente el puntaje 1 evidencia una interpretación extraña de la historia que no reconoce ningún contenido de base segura. Luego de puntuar cada historia, se obtiene un promedio del apego infantil (narrativas 1 y 2), después un promedio del apego adulto (narrativas 4 y 5). Al final se promedian las cuatro narrativas

para tener una puntuación global; una puntuación de 4 o más puede interpretarse como un guion de base segura, y una puntuación de 3 o menos, como “insegura”.

En relación a la validez del ASA, Rodrigues, Wais, Zevallos, y Rodrigues (2001) analizaron “una correlación significativa entre las puntuaciones de las narrativas de apego adulto obtenidas en participantes norteamericanos y sus puntuaciones en la escala de Coherencia de la Entrevista de Apego Adulto ($r = .54, p < .001$)” (p.6). También existía “una alta correlación entre los guiones de base segura presentes en cada una de las cuatro historias de apego, entre .68 y .79 ($p < .001$) teniendo en cuenta los datos obtenidos en Estados Unidos, Suiza, Zimbabue y Perú” (p.6).

Rodrigues et al. (2001) observaron que sujetos de diferentes contextos culturales (Europa, África y Sudamérica) lograron narrar con coherencia historias en base a las palabras de guía. “Además, para determinar la confiabilidad inter-evaluador, las historias recogidas en distintas poblaciones fueron puntuadas por dos calificadores obteniéndose un Alpha de Cronbach entre .86 y .96” (p.7). En Perú, Bárrig, Nóbrega, Nuñez del Prado, Conde, Carbonell, Grupo ATI, Altman, encontraron una alta confiabilidad inter-evaluador para todas las historias, con un alfa de Cronbach de .98 para la historia de *La mañana del bebé*, de .97 para la historia de *La visita del doctor*, de .96 para *El campamento de Juana y Roberto* y de .97 para *El accidente*.

4.2 Resultados

Los resultados de la presente investigación se presentarán primero a nivel global para poder analizar las tendencias que se presentan en el grupo. Luego se presentarán los resultados a nivel individual por prueba para poder realizar un análisis de casos. Posteriormente se hará una asociación de los resultados obtenidos en ambas pruebas.

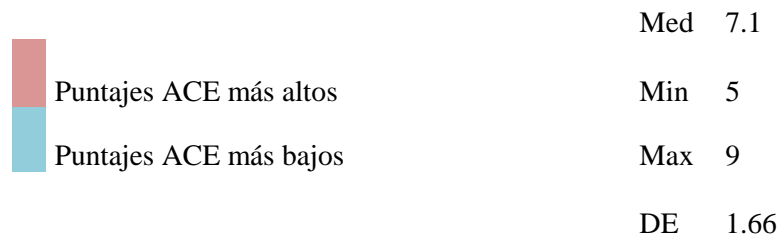
4.2.1 Resultados cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences)

Los resultados del cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences) se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4

Resultados de los puntajes obtenidos en el cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences)

N° Part	Preguntas										Suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7
3	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	5
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
5	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
7	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8
8	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7
9	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7
10	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	5
Med c/ pregunta	0.9	1	0.5	1	0.4	0.7	0.7	0.7	0.7	0.5	



Nota: Elaborado por Corral, V. (2017)

Como se puede observar en la Tabla 4, al realizar un análisis global se ha podido encontrar que de los puntajes obtenidos por los diez participantes el mínimo ha sido de 5, el máximo 9, la media 7.1 y la desviación estándar de 1.66. Al ser el promedio general de 7.1/10 evidencia una existencia bastante alta de experiencias de adversidad en la infancia o trauma infantil.

La pregunta número uno propone lo siguiente: “¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia la/o ofendían, la/o insultaban, la/o menospreciaban, o la/o humillaban? o ¿actuaban de tal forma que temía que le fueran a lastimar físicamente?” (Centers for Disease Control and Prevention, 2016, p.1). De manera global se puede apreciar que la media para la pregunta 1 es de 0.9, dado que 1 representa la existencia de trauma, se puede afirmar entonces que el 90% de los participantes han vivido violencia psicológica en la infancia.

La pregunta número dos plantea: “¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia la/o empujaban, la/o jalaban, la/o cacheteaban, o le

aventaban cosas? o alguna vez la/o golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron? (CDCP, 2016, p.1).” A nivel global la media obtenida de los puntajes de los diez participantes para la pregunta número dos corresponde a 1, lo que da cuenta de que el 100% de los adolescentes entrevistados han vivido violencia física en la infancia.

La pregunta número tres consiste en lo siguiente “¿Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez la/o tocó o acarició indebidamente o le dejó que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual? o ¿intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted? (CDCP, 2016, p.1).” La media de los diez puntajes obtenidos corresponde a 0.5 lo que indica que el 50% de los adolescentes entrevistados han vivido abuso sexual en la infancia.

La pregunta número cuatro dice lo siguiente: “¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia la/o quería o pensaba que usted era especial o importante? O en su familia ¿no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros? (CDCP, 2016, p.1).” La media de los diez puntajes resultantes para esta pregunta es de 1, lo que indica que el 100% de los adolescentes participantes en la investigación han vivido indiferencia de parte de sus figuras de cuidado en su infancia.

La pregunta número cinco versa así: “¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera? o ¿sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla/o o llevarla/o al médico si es que lo necesitaba? (CDCP, 2016, p.1)”. La media para los diez puntajes obtenidos en esta pregunta corresponde a 0.4, lo que muestra que el 40% de los adolescentes entrevistados vivieron negligencia en su infancia.

La pregunta número seis es la siguiente: “¿Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón? (CDCP, 2016, p.1)”. La media para esta pregunta fue de 0.7, lo que evidencia que el 70% de los participantes vivió la pérdida de una figura de cuidado en su infancia.

La pregunta número siete dice: “¿Fue su madre o madrastra (padre o padrastro): con frecuencia o con mucha frecuencia quien la/o empujaba, jalaba, golpeaba, o aventaba cosas? o ¿A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaba, la/o mordía, la/o daba puñetazos, o la/o golpeaba con algún objeto duro? O ¿Alguna vez la/o golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?”. La

media para los diez puntajes resultantes en esta pregunta es de 0.7, lo cual evidencia que el 70% de los participantes vivieron maltrato de parte de su cuidador.

La pregunta número ocho dice: “¿Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas? (CDCP, 2016, p.1)”. La media de los diez puntajes es de 0.7, lo que muestra que el 70% de los participantes vivieron con un cuidador consumidor de drogas, alcohol.

La pregunta número nueve propone lo siguiente: “¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse? La media de los diez puntajes de esta pregunta corresponde a 0.7, situación que da a entender que el 70% de los participantes han tenido miembros de su familia con depresión, enfermedad mental, intentos de suicidios o suicidios consumados.

Finalmente la pregunta número diez dice: “¿Algún miembro de su familia fue a la cárcel? (CDCP, 2016, p.1)”. La media para los diez puntajes resultantes en esta pregunta es de 0.5, lo que muestra que el 50% de los participantes han tenido un miembro de su familia en la cárcel.

Para realizar un análisis individual de casos se tomará los tres puntajes más altos que son los que corresponden a los casos 1, 4 y 6 los mismos que tienen un puntaje ACE de 9/10 lo cual indica una incidencia muy alta de experiencias tempranas adversas. El caso uno corresponde a una adolescente mujer, de 14 años de edad. La adolescente vive con sus abuelos maternos desde que tenía 5 meses de edad ya que su madre la dejó con ellos. La madre deja a la joven definitivamente con ellos para hacer otro hogar cuando ella tenía 11 años de edad. “Mi mamá no está conmigo porque formó otra familia” dice. Además su padre se fue a estudiar y trabajar a otro país. Actualmente la adolescente se encuentra atravesando una etapa de depresión. Comenta “a veces mi padre me llama y me dice que me ama pero yo no lo siento real porque tan solo son palabras; en verdad no sé si realmente él lo siente o no”. Con quien mejor se lleva la adolescente es con su abuela materna ya que su abuelo no expresa su cariño hacia ella pues nunca recuerda sus cumpleaños, ni le dice que la quiere. La joven dice que lo que le entristece en gran manera es no poder estar con su padre, comenta que la última vez que lo vio fueron a una piscina, se comenzó a encariñar con él pero cuando le dio la noticia de que se iba, otra vez se fue todo ese cariño. Dice “no siento odio ni nada por él, al principio sí cuando era niña y no me daba cuenta de las cosas pero ahora ya no siento nada”. También cuenta que su tío de 30 años ha intentado suicidarse muchas veces, y ella presenció el día que él trató de hacerlo.

Ella también ha visto como otro día llegó asaltado, sin ropa, casi desmayado y lo llevó un patrullero. Como se puede ver en el relato de la adolescente, hay una ruptura del vínculo a muy temprana edad, a los tres meses de edad con su madre y tampoco su padre ha podido formar un lazo con ella. La joven presenta un vínculo ambivalente evitativo con sus progenitores pues anhela tenerlos pero los evita por haberla abandonado primero. Es importante destacar que quien ha funcionado como base segura para esta adolescente de 14 años de edad es su abuela materna, quien es la única persona en quien confía y a quien podría acudir. Además, la adolescente ha debido presenciar a temprana edad experiencias adversas como es la desestructuración de su familia por la separación de sus padres, el abandono de sus padres, la violencia de parte de su abuelo, los intentos de suicidio y consumo de drogas por parte de su tío materno. Todo esto ha vulnerado sus recursos personales llevándole a desarrollar un cuadro depresivo.

El caso número cuatro, que también tiene un puntaje alto en la escala ACE, es un adolescente varón de 17 años de edad. Vive con su abuela materna, dos tías y un tío; su padre se fue siendo él niño. La relación con la madre es bastante mala dado que ella tiene un trastorno psicológico y emocional, lo que dificulta la comunicación entre ellos. El adolescente comenta haber intentado 15 veces suicidarse y haber participado en rituales satánicos. Desde hace cuatro años experimenta una fuerte depresión, perdió un año en el colegio, todo comenzó a partir de una ruptura amorosa en la que intervino su madre ya que ella no lo aprobaba e intervino llamando a los padres de la novia para decirles que ella estaba embarazada (cosa que no era cierta). Su enamorada tenía diagnóstico de esquizofrenia. Por otro lado, el joven manifiesta que se siente muy acomplejado por su tamaño pues no es muy alto y culpa a su madre de tener esa “deformidad”, él se siente muy poco atractivo y bastante frustrado por ello. El adolescente dice que no quiere ver a su madre y que la única persona en quien puede confiar es su tía. En este caso se puede ver un vínculo evitativo con la madre, la figura de base segura para el paciente es su tía materna, su estado depresivo se ha complicado por la pérdida de una relación amorosa y por el complejo que siente de ser muy pequeño y poco atractivo para las mujeres. También podemos ver que en su vida no tiene un referente paterno en el que pueda apoyarse y el que establezca límites e introduzca la ley en su comportamiento.

El caso número seis, el último con un puntaje alto en ACE, corresponde a una adolescente de 13 años de edad. Tiene bastante resistencia durante la entrevista no quiere conversar de nada, muestra gran distracción y desgano. Sus padres se divorciaron hace tres

años dado que su padre maltrataba física y psicológicamente a su esposa y cuatro hijos. Actualmente vive con su madre, tres hermanos y su cuñada. Fue abusada sexualmente por el cuñado tres veces, ninguna de las ocasiones ella avisó porque la amenazaba con matarla y en cambio, buscó morir tomando una sobredosis de pastillas. Dos de sus tíos se suicidaron, de su hermana mayor trataron de abusar sexualmente su tío y padre, y su hermano menor de 10 años tiene epilepsia. Desde la edad de 9 años, recibió diagnóstico de migraña infantil y depresión crónica; por ello, toma tratamiento. Además, su madre manifiesta que la joven tiene una conducta muy agresiva, no atiende su cuidado físico y se muestra indiferente pues nada parece ni emocionarle ni entristecerle. Como se puede ver en el relato, la adolescente ha tenido algunas experiencias de trauma infantil como fue la separación de sus padres, el maltrato físico, verbal y sexual de su padre, el consumo de alcohol de parte de su padre. Además el repetido abuso sexual de su cuñado es un evento traumático que la ha marcado dejándola sin recursos yoicos. Su figura de base segura es la madre quien muestra gran preocupación por ella; sin embargo, su vínculo parece ser evitativo pues la adolescente evita el contacto con su madre, le oculta lo que ella vive. Con respecto a su padre se puede ver que hay un vínculo desorganizado, ambivalente inseguro porque la adolescente siente temor de la posibilidad de encontrarse con su padre.

A continuación se analizarán los tres casos de los adolescentes que presentaron los puntajes ACE (Adverse Childhood Experiences) más bajos que corresponde a los casos 3, 5 y 10. El caso tres corresponde a una adolescente mujer, de 14 años de edad. Ella creció con su tía materna ya que su madre migró; sin embargo, su madre biológica regresó de España el mes de agosto del 2015 y la obligó a ir a vivir con ella, con lo que desarrolló un cuadro depresivo y quiso quitarse la vida. La joven manifiesta que extraña a su tía y a sus primos. Tiene dos intentos de suicidio, el primer intento lo hizo en el mes de marzo del año 2015. La paciente refiere tener muchas iras por las discusiones dentro de casa, sobre todo entre su madre biológica y su tía. En este caso se puede ver que la figura de base segura de la joven es su tía materna porque es en quien confía y a quien siente como su verdadera madre. Por ello cuando la separaron de ella experimentó una angustia desbordante que le llevó a intentar morir. Con su madre biológica tiene un vínculo evitativo ya que no quiere estar con ella, ni siquiera la considera su madre.

El caso número cinco que corresponde al grupo de participantes con puntaje ACE más bajo, es el caso de un adolescente de 14 años de edad. Vive con sus padres y su hermana de 19 años de edad. El paciente manifiesta que intentó suicidarse porque le

atormentaba el recuerdo de cuando él tenía cinco años y su prima abusó sexualmente de él por un periodo de casi seis meses seguidos. El joven a los 6 años de edad no pudo más, cogió dos cuchillos, se encerró en su cuarto y trabó la puerta con un mueble; quiso clavarse con el cuchillo pero su madre lo detuvo desesperadamente, se puso a llorar y le rogó que no lo volviera a hacer. Él no podía contar lo que su prima había hecho pero al final se enteraron de todo, la prima se disculpó y dejó de ir a la casa de él. Además en aquella época su padre bebía y trató de golpear a su madre. Por otro lado, el colegio lo remite a consulta psicológica por consumo de drogas; el joven expresa que probó por curiosidad y que consume drogas porque haciéndolo mejora en notas. Además, su padre solía ser algo agresivo cuando consumía alcohol y se emborrachaba. El paciente comenta que al consumir drogas se le van los problemas, se olvida de ellos y deja de alterarse; sin embargo, él afirma que está asistiendo a un grupo para dejar las drogas completamente porque siente que va a ser mejor para su vida y que con ello va a dejar de hacer sufrir a su madre a quien ama inmensamente. A veces ha sentido odio hacia su padre por ser violento cuando se emborracha y cuando eso ha sucedido, él no ha podido reconocerlo y aceptar que lo haga. Este joven presenta un vínculo materno mayormente seguro lo que le permitiría tener mejores recursos para afrontar la adversidad y un grado mayor de resiliencia.

El último caso con puntaje ACE más bajo es el caso 10 que corresponde a un joven de 18 años de edad, hijo único. En este caso el joven presenta un vínculo mejor estructurado con sus padres, quienes sí funcionan como base segura para él. Su episodio depresivo se dio porque su novia murió en un accidente de tránsito; él cuenta que sentía como si no podía soportar el dolor de tremenda pérdida, esto lo llevó a intentar suicidarse. El paciente manifiesta que asistir al grupo de apoyo para jóvenes adolescentes con intentos autolíticos le ayudó mucho porque pudo comprender que nadie está libre de tener problemas y que lo importante es encontrar la fortaleza en uno mismo para sobrellevar la adversidad.


4.2.2 Resultados Narrativas de apego adulto Attachment Script Assesment (ASA)

Los resultados obtenidos en el Attachment Script Assesment (ASA) se presentan a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5

Resultados de los puntajes obtenidos en la herramienta Attachment Script Assessment (ASA)

Historias								
N° Part	1	2	Media Apego Infantil	3	4	Media Apego adulto	Suma Total	Media Total
1	3	3	3	1	3	2	10	2.5
2	3	2	2.5	1	1	1	7	1.75
3	4	1	2.5	1	1	1	7	1.75
4	1	1	1	1	3	2	6	1.5
5	2	4	3	4	3	3.5	13	3.25
6	1	1	1	1	1	1	4	1
7	1	1	1	0	0	0	2	0.5
8	5	3	4	3	3	3	14	3.5
9	1	1	1	1	1	1	4	1
10	5	3	4	3	3	3	14	3.5
Media	2.6	2	2.3	1.6	1.9	1.75		2.025


 Puntajes ASA más bajos
 Puntajes ASA más altos

Nota: Elaborado por Corral, V. (2017)

Como se puede observar en la tabla 5, a nivel global, de los diez participantes, la media de la narrativa 1 de apego infantil es 2.6, su mínimo es de 1 y su puntaje máximo es de 5. La media de 2.6 muestra una narrativa de eventos con un pobre detalle sobre acciones de dar y recibir entre los personajes, poca atención al estado psicológico de los mismos y la falta de detalle de eventos afectivos. Esto da cuenta de un tipo de apego infantil débil e inseguro con la figura de cuidado. La narrativa 2 de apego infantil tiene una media de 2, mínimo de 1 y máximo de 4 para las diez historias narradas por los diez participantes; el puntaje es aún menor que la primera narrativa, lo cual da cuenta de una base segura de calidad muy baja e insegura. El promedio global de apego infantil es de 2.3 evidenciando que los participantes carecen de una base segura en su figura de cuidado durante la infancia.

Para las narrativas 3 y 4 de apego adulto tenemos las medias de 1.6 y 1.9 respectivamente. Para la narrativa 3 el puntaje mínimo es 1 y el puntaje máximo es 4, en tanto que para la narrativa 4 el puntaje mínimo es 1 y el puntaje máximo es 3. El promedio global de las narrativas de apego adulto es de 1.75, el mismo que da cuenta de una calidad de vínculo de pareja bastante pobre e inseguro (aún menor que en el promedio

correspondiente al apego infantil) y una carencia de recursos personales para el afrontamiento de adversidades. Las narrativas muestran historias con algún contenido extraño que no conecta con el guion de base segura y que ni siquiera presta atención al estado psicológico, emocional entre los personajes, ni da resolución del conflicto planteado.

A nivel global en ambas narrativas de apego infantil y adulto la media es baja; el apego infantil es de 2.3 con lo que se evidencia una carencia de conducta de base segura con las figuras de cuidado. En cuanto al apego adulto la media es aún más baja (1.75) con lo que los participantes proyectan una carencia de recursos personales para atender a quien sufre una adversidad. La media total entre el apego infantil y el apego adulto es de 2.02 lo que evidencia que la calidad del vínculo de los participantes en el presente estudio es altamente inseguro.

A nivel individual se analizarán los casos 6, 7 y 9 que poseen los puntajes más bajos y los casos 10, 8 y 5 que poseen los puntajes más altos.

Respecto al caso 6 se pudo obtener como media del apego infantil 1 y como media del apego adulto 1, lo que da cuenta de que el vínculo afectivo es altamente inseguro y la calidad de base segura bastante pobre. La participante de este caso, también obtuvo un puntaje alto en ACE (9), lo cual refleja un alto índice de trauma infantil. Según se expuso en el acápite anterior, se trata de una adolescente de 13 años de edad, de padres divorciados, que vive con su madre y hermanos, y que fue abusada sexualmente por su cuñado; dos de sus tíos se han suicidado y su hermano menor de 10 años tiene epilepsia. La paciente toma Respiridona para la ansiedad y Valcote para la migraña; padece de depresión crónica desde los 9 años; muestra resistencia a la entrevista. Como se mencionó, la madre reporta que la paciente no reconoce su conducta agresiva, no atiende a su cuidado físico y que nada le emociona ni le entristece. En este caso, se puede ver claramente que hay una mayor relación entre el apego inseguro y la incidencia del trauma infantil; esto colabora a que el adolescente desarrolle un comportamiento de riesgo suicida.

El caso 7, con puntaje bajo en ASA, tiene una media para el apego infantil de 1 y una media para el apego adulto de 0, lo que evidencia una carencia de base segura. Se trata de una paciente femenina de 15 años de edad, actualmente vive con sus padres, abuelos paternos, dos hermanos (varón de 13 años, mujer de 10 años), dos tíos paternos solteros de 23 y 21 años, dos tíos casados (mujer de 27 años, varón de 28 años). Refiere que sus ideas de morir son más fuerte al recordar el pasado; sobre todo el hecho de que su padre le

pegara bastante a ella, a madre y hermanos. Comenta que recibía golpizas con puntapiés y puñetes, vivió mucha violencia e indiferencia en su casa, y dado que era la hermana mayor sufría mucho más. Acepta que tiene un carácter muy malo, que estalla, le cuesta controlarse porque quiere pegar a todo el mundo. Después vivió una experiencia aterradora, al salir del colegio, un señor se acercó, le dio un papel con escopolamina, abusó sexualmente de ella. Ella no había contado nada, sentía que le habían arrebatado algo bien grande, se sentía tachada, sentía que ya no valía para nada. En el colegio andaba bien sola, tenía amigos que le daban drogas, comenzó a consumirlas por el gran temor que tenía.

Con respecto al caso 9, que también tiene un puntaje bajo en ASA, la media del apego infantil es 1 y la media del apego adulto es 1, lo que da cuenta de un vínculo desestructurado e inseguro. Este caso corresponde a una adolescente de 18 años de edad, procedente del Oriente, vive actualmente con su madre e hija de año y medio de edad. Sus padres se divorciaron cuando era niña porque el padre tenía un consumo excesivo de alcohol, menciona haber vivido abuso sexual en la infancia y recientemente hace unos meses volvió a vivir esa experiencia. La actitud de la paciente es bastante reservada, le cuesta hablar de sus sentimientos y se muestra bastante ansiosa en el momento de realizarse la entrevista.

A continuación se analizarán los casos 10, 8 y 5 que son los que presentan los puntajes más altos. El caso 10 fue el participante que obtuvo un puntaje mayor en ACE (5) en relación al resto de participantes y a su vez, este participante es uno de los que tiene una media de apego infantil (4) y una media del apego adulto (3) mayor en relación al resto del grupo. Esto da cuenta de que al haber menos incidencia de trauma infantil, el tipo de apego es un poco más seguro. El caso 10 corresponde a un adolescente de 18 años de edad que no tiene hermanos; la relación con sus padres es buena, se puede decir que este adolescente tiene en mayor medida una base segura en relación a los demás jóvenes de estudio, lo que se evidencia en sus puntajes ASA que son más altos que el de los demás. Su dificultad se presentó cuando su novia murió en un accidente de tránsito, él manifiesta que el dolor que siente es demasiado grande y que tenía planes a futuro con su novia que se vieron truncados. Su problema se relaciona a la elaboración de un duelo por pérdida del ser amado.

El segundo caso con puntaje más elevado es el caso 8; el mismo que corresponde a una adolescente de 16 años de edad, quien es colombiana, no tiene hermanos y vive con madre y padrastro. La adolescente manifiesta que ha recibido maltrato de parte de su

padraastro y que ella no tiene confianza en sus padres. Llegó a emergencias del Hospital General Enrique Garcés después de haber ingerido una sobredosis de pastillas; la adolescente dice que intentó suicidarse por la desesperación de sentir que podría perder a su madre porque un día llegó a su casa y vio las maletas de su madre listas. No le supieron explicar bien qué sucedía y pensó que su madre la dejaba definitivamente cuando en realidad era por trabajo que la señora pensaba viajar a Ibarra. La familia de la adolescente tiene problemas económicos, por ello la madre necesitaba viajar a otra ciudad para realizar algunos negocios. La joven comenta que la comunicación dentro del hogar es nula, que cada cual vive su vida sin importarles el otro. La madre expresa una gran preocupación porque la joven mantiene una relación amorosa con uno de sus profesores y su mayor temor es que su hija sea sancionada o que ella se vaya a vivir con un hombre mucho más mayor. Se puede ver que la madre sobreprotege grandemente a la hija y la joven ha llegado a mentirle por todo y ocultarle sus decisiones. En este caso se puede ver un tipo de apego ambivalente pues por un lado la joven ama a su madre, tiene sentimientos de rechazo y odio hacia ella. La conducta de la joven es bastante evitativa y presenta dificultad con su figura paterna ya que su padre biológico fue drogadicto, las maltrataba y por ello su madre decidió dejarlo.

Finalmente, el último caso con un puntaje alto de apego infantil (3) y apego adulto adulto (3.5) es el caso número 5, el mismo que también pertenece al grupo de participantes con puntaje ACE más bajo (5). Este caso muestra que al haber menos incidencia de trauma infantil, la calidad de base segura puede ser mayor, el tipo de vínculo puede ser más seguro. El caso 5 corresponde al adolescente de 14 años de edad que tiene una buena relación con su madre, vive con los padres y una hermana. El motivo de su intento de suicidio fue porque sentía que no podía superar el abuso sexual que cometió su prima cuando él tenía cinco años. Su madre fue un apoyo fundamental para él, al final le terminó contando todo y tomaron medidas para alejar a la prima de la casa. El joven expresa que en esa época también le afectaba que su padre bebiera y que borracho tratara de golpear a su madre. Actualmente, el paciente asiste a un grupo de apoyo de adicciones pues quiere dejar de consumir totalmente. En este caso, la madre del joven ha funcionado como base segura afianzando sus recursos personales para desarrollar una mejor resiliencia ante el comportamiento de riesgo suicida.

A manera de cierre del presente capítulo, se puede decir que la investigación de campo da cuenta del cumplimiento de la hipótesis formulada ya que un 90% de los

adolescentes participantes del estudio han vivido un alto índice de experiencias de trauma infantil que incluye abuso, negligencia y disfunción familiar. Además, el 100% de los participantes evidencian un promedio de apego infantil y apego adulto muy bajo que da cuenta de la existencia de un tipo de apego inseguro. De esta manera, se puede decir que las experiencias de trauma a edades tempranas inciden en la estructuración de un apego inseguro y esto aumenta la probabilidad de riesgo de suicidio en adolescentes de 13 a 18 años de edad.

Conclusiones

Después de haber realizado diez entrevistas y observación clínica en el servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés a adolescentes de 13 a 18 años de edad, se pudo observar la presencia significativa de factores de trauma infantil que implican un riesgo considerable para el desenlace de comportamientos autolesivos; estos factores incluyen principalmente el área personal, social y el área familiar o contextual. En general, se puede concluir que la presencia de los factores mencionados en la historia vital de los adolescentes entrevistados ha incrementado considerablemente el riesgo de cometer suicidio o comportamientos autolesivos.

Cabe destacar que en el capítulo 4 del presente trabajo de investigación, se ha podido explicar la aplicación teórica práctica de un cuestionario de experiencias de trauma infantil (ACE score) y el instrumento ASA (Attachment Script Assessment), narrativas de Apego Adulto, en un grupo de apoyo para adolescentes con intentos de suicidio en el Hospital General Enrique Garcés de Quito durante el año 2016. Estos cuestionarios han arrojado información importante para poder elaborar las conclusiones que se detallan a continuación.

Se puede concluir que existe una importante relación entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida, considerando la teoría del apego, en los diez pacientes entrevistados que asisten al servicio de salud mental del Hospital General Enrique Garcés. Se pudo observar que de los diez casos de adolescentes entrevistados con intentos autolíticos, la mayoría ha vivido experiencias de trauma infantil; el 30% de los participantes tienen un puntaje de experiencias de trauma infantil de 9/10, otro 30% tiene un puntaje de experiencias de trauma infantil de 7/10, otro 30% reporta un puntaje de 5/10 y el 10% reporta un puntaje de trauma infantil de 8/10. Todo esto da cuenta de una alta existencia de trauma infantil en la generalidad de participantes. De todos los tipos de traumas se puede concluir que al 100% de los participantes en su infancia, se le ha aventado cosas, ha sido empujado, jalado, cacheteado con frecuencia o con mucha frecuencia por sus padres u otros adultos y el 100% de los casos ha sentido con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quiere, ni se ha sentido especial para ellos o que les importara. Además, el 100% ha sentido que en su familia no se cuidaban los unos a los otros, ni tenían una relación cercana, ni se apoyaban los unos a los otros. El 90% de los participantes, con frecuencia o con mucha frecuencia ha sido ofendido, insultado, menospreciado, humillado por sus padres u otros adultos, o sintieron en su infancia como

si los fueran a lastimar físicamente. A partir de eso, se puede concluir que existe un factor familiar importante de riesgo que es el maltrato en los adolescentes entrevistados ya que han vivido un alto grado de maltrato físico, verbal, psicológico.

El 40% de los adolescentes participantes del estudio, manifestó que sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que carecía de suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia, que no tenía nadie que lo protegiera o que sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba. A partir de este dato se puede concluir que existe un importante factor de riesgo de disfunción familiar por el alto grado de negligencia evidenciado.

El 70% de los casos entrevistados, reporta haber perdido un padre o madre biológico debido a divorcio, abandono o alguna otra razón. Además, el 70% de los participantes manifiesta haber vivido con alguien que era borracho, alcohólico, que usaba drogas o que algún miembro de su familia sufría depresión, enfermedad mental o trató de suicidarse. En base a estos datos, se puede concluir que en los adolescentes entrevistados se evidenció la presencia de factores relevantes de riesgo como son: la presencia de antecedentes de suicidio en la familia, la ausencia de afecto entre miembros de la familia, discusiones, pleitos, relaciones inadecuadas entre padres, la falta de soporte familiar, desintegración familiar, la ausencia de uno de los padres, depresión o enfermedad psiquiátrica en uno de los padres, maltrato intrafamiliar, percepción de falta de apoyo en la familia, desempleo de ambos o de uno de los padres, padres con una educación pobre, desempleados, padres castigadores, posesivos o sobreprotectores.

El 50% de los adolescentes entrevistados alguna vez fue tocado, acariciado indebidamente, de alguna forma sexual por algún adulto o alguna persona al menos cinco años mayor que intentó tener relaciones orales, anales o vaginales con ellos. Además, el 50% de los participantes reporta que algún miembro de su familia fue a la cárcel. En base a esta información, se puede concluir que los adolescentes entrevistados revelan la existencia de un factor personal de riesgo que es el abuso físico y sexual. Y otro factor de riesgo relevante familiar es la infracción de la ley.

Otra conclusión es que existe una alta incidencia de las experiencias de trauma infantil en el comportamiento de riesgo suicida en el grupo de adolescentes entrevistados, de 13 a 18 años de edad. Como se ha detallado anteriormente, en el grupo de jóvenes se pudo comprobar una presencia muy alta de experiencias adversas vividas en su infancia, las mismas que muestran haber dejado huellas de un intenso dolor emocional en ellos.

Además, no ha existido la estructuración de una base segura en los adolescentes; por ende, el comportamiento al que han recurrido ha sido el de morir por mano propia. Vujicic (2012, p.121) afirma que existen personas que llevan a cabo la autoagresión con el objetivo de aliviar el desasosiego a un dolor emocional muy intenso del que no poseen escapatoria. El infringirse daño logra una sensación momentánea de calma, aletargamiento que lleva a que lo repitan aunque se trate de una conducta nociva. Por ejemplo, la práctica de cortarse a uno mismo se describe como “gritar sin palabras” (Anexo 7). Muchos de los que piensan en suicidarse no tienen cerca una red de apoyo de familiares o amigos y esto complica el cuadro.

Por otro lado, se puede concluir que la mayoría de los adolescentes entrevistados no establecieron en su primera infancia un tipo de apego seguro sino un tipo de apego inseguro, el mismo que ha influido negativamente en su desarrollo emocional, cognitivo, social, conductual. Prader y Golden (2009, p.4-19) afirman que dado que el trauma irrumpe el comportamiento de apego normal en los niños, se genera una secuela compleja a largo plazo de deficiencias emocionales, síntomas comportamentales que reflejan el maltrato y crean tensión en el apego. Es probable que los niños lleguen a formar una personalidad manipuladora, poco ingenua hacia los demás, con gran desconfianza y un sentido distorsionado de seguridad. Esto hace que tengan relaciones interpersonales muy pobres a lo largo de su vida, y en la adultez se muestran emocionalmente distantes, con dificultad para formar relaciones cercanas, demuestran falta de resiliencia o pueden tener comportamientos antisociales.

Se puede concluir que un tipo de apego seguro edifica el desarrollo del ser humano, mientras que un apego inseguro lo destruye. Para argumentar esta conclusión, cabe mencionar que del grupo de los diez adolescentes entrevistados, la media para el apego infantil es de 2.3/7; el 20% de los participantes obtuvo un puntaje de apego infantil de 3/7, otro 20% obtuvo un puntaje de 2.5/7, un 40% obtuvo un puntaje de 1/7 y un 20% obtuvo un puntaje de 4/7. Esta información comprueba la existencia de un tipo de apego inseguro en la mayoría de los adolescentes entrevistados, en base a lo que se puede concluir que su figura de cuidado no representó una base segura a la que podría acudir al enfrentar adversidad. La falta de base segura puede relacionarse con lo expuesto anteriormente de que en la mayoría de los adolescentes entrevistados (90%) existe un alto factor de riesgo de disfunción familiar, entendiéndose como disfunción familiar el no cumplir las funciones básicas de la familia: proteger, amar, proveer, sostener.

De igual manera, dado que la media del puntaje para el apego adulto es baja (1.75/7) se puede concluir que este tipo de apego inseguro adulto dificulta el desarrollo pleno de los adolescentes en varias áreas de sus vidas a nivel personal, social, emocional, conductual, en sus relaciones adultas de amistad, filiales, amorosas. Para apoyar esta conclusión se puede analizar la información obtenida que muestra que del grupo entrevistado, el 30% tiene un puntaje de apego adulto de 2/7, el 40% tiene un puntaje de 1/7, un 10% tiene un puntaje de 3.5/7, otro 10% tiene un puntaje de 0/7 y un 20% tiene un puntaje de 3/7. Esta información da cuenta de la presencia de un tipo de apego inseguro adulto, el mismo que ha influido negativamente en el desarrollo bio-psico-social de los jóvenes pues ha obstaculizado el fortalecimiento de sus recursos personales y ha disminuido la constitución de comportamientos resilientes ante la vida.

También se puede inferir que las experiencias tempranas de trauma infantil pueden ser efecto de un tipo de apego inadecuado, que sale de lo normativo. Por lo manifestado anteriormente, se ha podido comprobar que el tipo de apego de los adolescentes entrevistados es inseguro, desestructurado, esto da cuenta de que hay una carencia de una base segura en sus vidas que los afiance. En base a esta realidad, se puede concluir que el apego inseguro desestructura sus recursos personales y por ende, la vivencia subjetiva de las experiencias de trauma infantil es mucho más intensa. Para corroborar esta conclusión, es necesario relacionarla con el hecho de que se ha podido comprobar que el factor de riesgo más representativo evidente en el grupo de adolescentes entrevistados ha sido la toxicidad familiar en cuanto a conductas de violencia, maltrato psicológico, físico, negligencia. Este factor de riesgo fundamenta la estructuración de un tipo de apego inseguro en todos los participantes del estudio y da cuenta de una alta existencia de experiencias de trauma infantil.

En base al estudio observacional realizado, se puede concluir que los adolescentes evidencian los siguientes comportamientos relacionados con el riesgo suicida: atracción hacia la muerte, abuso de drogas, intentos previos de suicidio, depresión, conducta antisocial, conducta narcisista, trastornos emocionales, sentimientos de vergüenza, soledad, culpa, desesperanza, sentimientos de minusvalía, fuerte deseos de morir, rabia, hostilidad, irritabilidad, duelo por la pérdida de una persona significativa en sus vidas, conductas autodestructivas, ausentismo escolar, dificultad para hacer amigos, apatía, insomnio. Estos comportamientos se pueden entender como factores personales que aumentan el riesgo de cometer suicidio. Es importante comprender que muchos de estos

comportamientos se han desencadenado por la ausencia de una base segura, negligencia en el sistema familiar que genera una vivencia de abandono en la persona. Las secuelas de la negligencia implican un pobre desarrollo de las capacidades de socialización, la dificultad para distinguir realidad y fantasía, la falta de control de impulsos y una pobre tolerancia a la frustración. Incluso se puede decir que en quienes viven este trauma se forma una especie de "yo para la supervivencia", por lo que tienen la actitud de luchar permanentemente con las sensaciones de amenaza, ansiedad e inseguridad. Otra consecuencia del abandono puede ser el sentimiento de furia y tristeza como una muestra de que la persona "pide a gritos que se ocupen de él" (Campo, 2006).

En base a lo expuesto, se puede afirmar que en la investigación realizada se cumple la hipótesis planteada de que las experiencias tempranas de trauma infantil provocan una mayor probabilidad de riesgo de comportamiento suicida en adolescentes de 13 a 18 años, en el servicio de Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés, durante el año 2016.

Recomendaciones

El presente trabajo de investigación ha facilitado la comprensión de la dinámica del comportamiento suicida en adolescentes de 13 a 18 años de edad. La aplicación práctica de los cuestionarios para obtener puntajes de trauma infantil y del cuestionario para obtener puntajes de apego adulto e infantil, evidenció que los principales factores de riesgo para el comportamiento suicida en el grupo entrevistado fueron el de disfunción familiar que incluye violencia, maltrato, negligencia, y los factores personales relacionados con las secuelas del maltrato físico, sexual y psicológico. En base a esto, resulta pertinente elaborar algunas recomendaciones.

La primera recomendación consiste en que se debería crear más espacios de apoyo para adolescentes con comportamientos suicidas dado que la falta de una base segura en ellos detona su desbordamiento conductual, resulta importante estructurar una comunidad o grupo terapéutico que cumpla con la función de esa base segura.

Una segunda recomendación incluye la elaboración de un trabajo psicoterapéutico a nivel personal, esto se lo propone partiendo del hecho de que existen fuertes factores personales en los adolescentes que incrementan el riesgo de suicidio y que requieren ser resignificados o elaborados con la facilitación de una intervención psicoterapéutica. Los adolescentes necesitan encontrar los recursos personales necesarios para lidiar y afrontar de mejor manera aquellos sentimientos de miedo, vergüenza, culpa, apatía, ira. Entre las terapias recomendadas se podría considerar aquellas que involucren actividades artísticas ya que estas resultan atractivas para los adolescentes, les otorgan sentido de autonomía, incrementan su sentimiento de autoestima y les permite además resignificar todas sus vivencias de trauma.

Una tercera recomendación sugiere la terapia a nivel familiar; dado que la mayoría de los adolescentes entrevistados mostraron fuertes dificultades y falta de soporte en su sistema familiar, es necesario que las familias encuentren recursos para funcionar como sistema que protege, cuida, provee y edifica. Si en la primera infancia el niño tiene vivencias de apego traumáticas se puede constituir un vínculo desorganizado o si es un caso más severo se puede llegar a desarrollar un trastorno del apego. Dado que los niños afectados desarrollan dificultades de conducta sobre todo en la socialización, se propone que la terapia que se realice con ellos tenga como objetivo el aprendizaje de una conducta de vínculo seguro. Y en situaciones muy complejas es necesario que se dé un tipo de intervención clínica y el apoyo de una familia de acogida (Gaschler, 2013).

En cuanto a la intervención, se puede recomendar un abordaje que considere que factores como la negligencia crónica en los niños dejan fuertes sentimientos de culpa; por ende, es necesario que en la terapia la persona elabore su vivencia de rechazo y que se le explique adecuadamente, dependiendo del caso, los motivos por los que sus padres no proveyeron lo necesario. Resulta necesario corregir el sentimiento de culpa por el descuido afectivo y explicar el hecho de que la persona merecía y tenía derecho a recibir los vínculos primarios de contención. En el abordaje terapéutico de historias de falta de soporte familiar o abandono emocional, la meta fundamental a largo plazo consistiría en lograr que la persona llegue a integrar y reconstruir su historia vital. El trabajo consiste en que la persona resignifique su vivencia de trauma por la ausencia de sus figuras primarias de cuidado, por el rechazo parental (sea que sus padres vivan o que no los conozca). Aquella experiencia de carecer de una base segura que es una experiencia de abandono, es el punto de inflexión en la vida de la persona que se reactualiza cuando ocurre una pérdida, duelo o crisis. Además, la terapia personal brindaría justamente el espacio para elaborar este intenso dolor emocional; el objetivo sería que la persona elabore el duelo por las figuras de cuidado que tanto deseó, el duelo de no haber sido cuidado, protegido (Valencia, 2003).

En la intervención, se debe considerar el hecho de que como mencionan Rosas, Gallardo y Angulo (2000) en las personas con apego inseguro, la elaboración del duelo implica una dificultad mayor de sufrimiento y dolor de lo que conlleva un duelo normal, porque la ausencia de una base segura desencadena una carga de proyecciones, fantasías, culpas, gran ambivalencia en relación a las figuras de cuidado. Es fundamental entender que la persona necesita elaborar este proceso de duelo para que el futuro sea diferente y no tenga que atarse a la repetición de privaciones continuas respecto a sus futuros vínculos de amistad, pareja o con sus hijos. Y es especialmente importante que el terapeuta tome la posición de la base segura para acompañar a los pacientes a afrontar sus angustias dentro del marco de la psicoterapia de apoyo y en la terapia conductual.

El trabajo terapéutico para abordar las secuelas de un apego inseguro implica crear un espacio subjetivo de cuidado, un refugio donde pueda haber un acompañamiento real para alcanzar el reto de simbolizar la historia de la persona, estructurar su identidad y elaborar una imagen del mundo y proyectos que otorguen sentido a su vida. Este proceso psicoterapéutico se sustenta en el modelo de la relación madre-hijo, en el que por medio

del diálogo, la comunicación verbal y no verbal, se ayuda al sujeto a regular e integrar afectos dándole además una experiencia real de amor (Talarn et al., 2012, p. 29).

Se recomendaría que la terapia que se realice con este tipo de población vulnerable incluya los siguientes objetivos generales: proteger, resignificar el daño emocional y fortalecer los recursos individuales, familiares y comunitarios. En este proceso la terapia de arte puede ser una gran aliada pues genera un “espacio transicional o mediador” en el que la persona elabora su contenido intrapsíquico. Es por medio del arte que las personas pueden expresar su trauma sin verse desbordados por ello sino que manteniendo cierta distancia por medio de la proyección artística. Según Calvo (2008) el arte terapia permite encontrar y elaborar imágenes propias con mayor facilidad, para que esta forma la persona se relacione con sus conflictos internos. El arte permite la simbolización, por ello las expresiones plásticas del paciente son metáforas de sí mismo o de algún aspecto suyo, que logran aparecer para poder integrarlos.

Una de las ventajas del arte es que permite al paciente describir sus fantasías ganando un sentimiento de control sobre sus propios sentimientos que le resultan amenazantes, el arte otorga al paciente distancia psicológica con respecto a sus conflictos. Mediante la expresión simbólica de los conflictos, las personas pueden aumentar sus conductas adaptativas y disminuir las disruptivas. Calvo (2008) enumera seis aspectos que benefician el desarrollo yoico de los pacientes usando la terapia del arte: aumenta el control de impulsos, aumenta el desarrollo yoico autónomo, se enriquece el sentido de la realidad, se desarrollan mecanismos de defensa más adecuados, se logran relaciones objetales y se enriquecen las funciones sintéticas yoicas. Lo maravilloso del arte es que permite expresar de una manera visual aquello que resulta demasiado doloroso ponerlo en palabras, además permite tomar la distancia necesaria frente a pensamientos, emociones conflictivas o difíciles y permite resignificar las experiencias traumantes en experiencias más “digeribles” para la psique.

Bibliografía

- Acevedo, J. A. (2010). *El castigo infantil en México: las prácticas ocultas*. México D.F: Plaza y Valdés S.A.
- Ainsworth (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist* , 44 (4), 709-716.
- Ainsworth, Lehar, Waters, & Wall. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: NJ:Erlbaum.LINK.
- Ainsworth (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship . *Child development* , 969-1025.
- Aguirre, Cova, Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, L., & Rincón, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica . *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* , 48 (2), 114-122.
- Almeida. (06 de julio de 2014). El suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 12 a 17 años. *El telégrafo* .
- Álvarez, M. A. (2010). Evaluación e intervención del riesgo suicida. .
- Arce, J. L., & Becerra, P. A. (2006). Abuso sexual intrafamiliar: prevalencia y características en jóvenes de liceos municipalizados de Chillán . *Theoria* , 15, 79-85.
- Bange, D. (2008). Abusos sexuales de los niños . *Mente y cerebro* .
- Bannister (1995). Images and action. En Jennings, *Dramatherapy with Children and Adolescents*. Routledge, Londres.
- Bannister, A. (2011). *Terapias creativas con niños traumatizados*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Barcelata, B. E. (2015). *Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia*. México: El Manual Moderno.
- Bannister (1997). *The Healing Drama: Psychodrama and Dramatherapy with Abused Children* . Londres: Free Association Books .
- Baumrind (2008) . *Baumrind's Parenting Styles and Their Relationship to the Parent Developmental Theory* . EEUU: Pace University .
- Benavides, J., & Miranda, S. (2009) . *Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil* . Bogotá : Pontificia Universidad Javeriana .
- Berger (2006). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bower-Russa, Knutson, & Winebarger. (2001). Disciplinary History: Adult Disciplinary Attitudes and Risk for Abusive Parenting . *Journal of Community Psychology* , 219-240.
- Bower & Knutson. (1996). Attitudes Toward Physical Discipline as a Function of Disciplinary History and Self-Labeling as Physically Abused. *Child Abuse and Neglect* , 689-699.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *World Health Organization Monograph* .
- Bowlby (1958). The nature of the child's tie to his mother.
(<http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/nature%20of%20the%20childs%20tie%20bowlby.pdf>, Ed.) *International Journal os Psycho-Analysis* , 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 2). New York, EEUU: Basic Books.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., & Calderón, A.

- (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* , 45 (4), 288-295.
- Calvo, M. (2008). (U. d. Chile, Ed.) *La muñeca del bosque: el proceso arte terapéutico con una niña víctima de vulneraciones de derecho grave* .
- Cantón, J., & Cantón, D. (2014). *Desarrollo socioafectivo y de personalidad*. Madrid: Larousse-Alianza Editorial.
- Campo (2006). *Niños de la calle: abandono, trauma y generación de espacios de encuentro y reintegración social: el caso de Alejandro*. . Guadalajara , México: Universidad de Guadalajara.
- Camejo, L., Hernández, T., & Fuentes, H. (2015). Diagnóstico de los pacientes con riesgos suicida perteneciente al equipo de salud mental del Policlínico Manuel Fajardo Rivero del Municipio La Tunas.
- Cassidy (2008). «The nature of the child's ties». En Cassidy, & Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (Segunda ed., págs. 3-22). Nueva York: Guilford.
- Casullo, Bonalde, & Fernández. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte.
- Censos, I. N. (20 de febrero de 2016). Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Cicchetti, & Olsen, K. (1990). Handbook of developmental psychopathology. . En M. Lewis, & Miller, *The developmental psychopathology of child maltreatment*. Nueva York: Plenum Press.
- Cifuentes, O., & Müller, M. (2012). *Crisis en la infancia: ¿qué piensan, sienten y dicen los niños sobre la separación de sus padres?* Bogotá, Colombia: Universitas Psychologica.
- Citron (2002). Touch me- No! Creative therapies with young sexually abused children . En Bannister, & Huntington, *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Comercio, D. E. (2 de octubre de 2015). 'El suicidio es la fase final de la depresión y hay edades de mayor riesgo', asegura psicóloga.
- Corsi (1994). *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Council, N. R. (2006). *Understanding Child Abuse and Neglect*. Washington D.C: National Academy Press.
- Durklak, Weissberg, Dymnicki, & Taylor. (2011). The impacto of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 405-432.
- Encinas, L., Fernández-Velasco, & Rincón. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicotema* , 22 (1), 99-105.
- Feeney, J., & Noller, P. (2009). *Apego adulto*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Koss, D. F., & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. . *American Journal of Preventive Medicine*.
- Florenzano, Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., & Muñoz, C. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil, un estudio empírico. . *Neuro-Psiquiatría* , 56, 335-340.
- Flores, M., Barcelata, B., & Juárez, M. (2015). Memorias VI Congreso Internacional de Prevención del Suicidio.

- Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz, & Weil. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena Neuropsiquiatría* , 103-9.
- Gaschler, K. (2013). El peso del apego temprano. *Mente y Cerebro* , 60.
- Giancola, P. (2000). Executive Functioning: A conceptual framework for Alcohol-related Aggression. *Experimental and clinical psychopharmacology*.
- Gómez-Maqueo, & Ancona, M. H. (2014). *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México : Manual Moderno.
- Gómez, E. (2013). *Trauma relacional temprano: hijos de personas afectadas por traumatización de origen político*. Santiago de Chile, Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Gómez. (1988). Maltrato infantil: un problema multifacético. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 20 (2), 149-161.
- Guzmán, L., Martínez, S., & Arenas, P. (Septiembre de 2015). Conducta suicida adolescente: estudio de caso . *Memorias VI Congreso Internacional de Prevención del Suicidio*.
- Hayes, H. R., & Emshoff, J. G. (1993). Substance abuse and family violence. En R. L. Hampton, T. P. Gullota, G. R. Adams, E. H. Potter, & R. P. Weissberg, *Family Violence: Prevention and Treatment, Issues in children´s and families´Lives* (Vol. 1). California, Newbury Park: Sage Publications.
- Herman. (1992; reimp. en 1998). *Trauma and Recovery: From Domestic Abuse to Political Terror*. Londres: Pandora.
- Hernández-Cervantes, & Lucio. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* , 23 (1), 45-52.
- Hernández, R. P., & Gras, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología* , 21 (1), 11-17.
- Hewitt, N. R. (2009). Factores cognoscitivos de los padres, asociados con la concurrencia del consumo de alcohol y el maltrato físico a los hijos . *Red Acta Colombiana de Psicología*.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Bilbao, España : Desclée de Brouwer.
- Janet (1919). *Psychological Healing* (Vol. 1). Nueva York: Macmillan.
- Johnson, & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of Research Findings. *Pediatrics*.
- Krüger, A. (2012). *Primeros auxilios para niños traumatizados* . Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Labrador Encinas, F. J., Fernández-Velasco, R., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicotema* , 22 (1), 99-105.
- López, F. S. (1999). *La inocencia rota* . México : Océano.
- López, Y. R., Aguiar, B. A., & Garcia, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka* , 9 (1), 58-68.
- López (2016). *Experiencias Traumáticas y Memoria en Adultos de 18 a 60 años que se encuentra dentro del Sistema de Protección Asistencial a Víctimas y Testigos de la Fiscalía de Tungurahua del Cantón Ambato*. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Lovett (2000). *La curación del trauma infantil mediante DRMO (EMDR)*. Barcelona: Paidós.

- Lluch, C., Reynerio, Hernández, T., Kirenia, & Fuentes, H. (2015). *El suicidio y los factores psicosociales*. Buenos Aires, Argentina: El Cid Editor.
- Martínez, I. (2007). La violencia en la familia: la utilización del castigo físico por parte de los padres. En A. Blanco, *CONVIVIR con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. Cuenca, España : Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Mendoza, S., Jaimes, E., Reyes, I., Márquez, O., & Veytia, M. (septiembre 2015). Significado psicológico de las palabras suicidio y autolesión en jóvenes mexicanos. *Memorias VI Congreso Internacional de Prevención del Suicidio*. México.
- Milner, J. S. (1993). *Social information processing and physical child abuse*. EEUU: Clinical psychology review.
- Miller, B. A., Maguin, E., & Downs, W. R. (1997). Alcohol, drugs and violence in children's lives. En Galanter, *Recent Developments in Alcoholism* (págs. 357-385). EEUU .
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento. I Evaluación y tratamiento*. España.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico* , 9 (17), 83-96.
- Moreno (1977). *Psicodrama* (Vol. 1). Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Müller, M. B. (2015). *Abuso sexual en la infancia: mitos, construcciones e injusticias: el éxito judicial del falso síndrome de alienación parental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Maipue.
- Muñoz-Ortega, M. L., Gómez-Ayala, P. A., & Claudia, M. (2009). *Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Oquendo, Brendt, Birmaher, Greenhill, Kolko, & Stanley. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression . *Am J Psychiatry* (162), 560-6.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *El valor de la diferencia*. En *Seminario Galego de Educación para la Paz. Educación emocional y violencia contra la mujer*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Pelton, L. (1978). Child abuse and neglect: The myth of classlessness. *American Journal of Orthopsychiatry* , 48 (4), 608-617.
- Pérez, S. B. (2009). Manejo de la crisis suicida del adolescente.
- Pernanen, K. (1976). Alcohol and crimes of violence. En B. Kissin, & H. Begleiter, *The biology of alcoholism: Social aspects of alcoholism*. New York: Plenum Press.
- Petrzelová, J. (2013). El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea. México D.F: Plaza y Valdés S.A.
- Prader, & Golden. (2009). A Behavioral Perspective of Childhood Trauma and Attachment Issues: Toward Alternative Treatment Approaches for Children with a History of Abuse. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 5 (156), 222-241.
- Posada, G., Trumbell, J., Noblega, M., Plata, S., & Carbonell, P. P. (2016). Maternal Sensitivity and Child Secure Base Use in Early Childhood: Studies in Different Cultural Contexts. *Child Development*, 87 (1), 297-311.
- Ramírez, C. (2006). El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 287-301.
- Ramírez, N. H. (2009). Factores cognoscitivos de los padres, asociados con la concurrencia del consumo de alcohol y el maltrato físico a los hijos.

- Rodríguez, González, Mencía, & Flores. (2000). Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos. *Anales de Pediatría* , 52 (1), 31-35.
- Rodríguez, M., Carrasco, M., & Holgado-Tello, F. (2016). Contribución de la aceptación-rechazo materno y paterno al ajuste psicológico de los hijos: Diferencias entre población clínica y general. . *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 21 (2.2016.16120).
- Rosas, Gallardo, & Angulo. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* , IX (1), 145-159.
- Sacroisky (2003). *Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra*. Argentina: Archivo Argentio de Pediatría.
- Salinas-Quiroz, F., & Posada, G. (20 de febrero de 2014). MBQS: Método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.*, 1051-1063.
- Schaefer (2012). *Fundamentos de la terapia de juego*. México: El Manual Moderno.
- Silva, P. (2013). Sensibilidad Materna y su asociación con el desarrollo infantil temprano. Estudio exploratorio en díadas madre-bebé en Contexto Actual. . *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación. Noveno encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Schaffer (1974). *Optimal Reproductive Effort in Fluctuating Environments* (Vol. Vol. 108). The American Naturalist.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-Senplades. Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito , Ecuador: Senplades.
- Shneidman (1993). Suicide as a psychache. *J Nervous Mental Disease* , 181, 147-149.
- Shwartz, N. (1999). Mujeres sobrepasadas.
- Simón, C. R., López, J. L., & Linaza, J. L. (2000). Maltrato y desarrollo infantil. *Madrid*.
- Spatz, C. W., & Hiller-Sturmhogel. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Journal Alcohol Research and Health*.
- Taco, E. C. (2013). Intento suicida y antecedentes de trauma infantil en adultos con depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. 72.
- Talam, A., Sáinz, F., & Rigat, A. (2012). Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo.
- Terr (1988). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 96-104.
- Tomison, A. M. (18 de 11 de 2001). *Child maltreatment and substance abuse* . (N. c. clearinghouse, Productor) Obtenido de <http://www.aifs.org.au/nch/discussion2.html>.
- Valencia, H. (2003). Efectos psicológicos del abandono y su reparación mediante la adopción. Problemática del menor en situación irregular. *Primer encuentro Nacional*.
- Varea, J. M., & Delgado, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención psicosocial* , 15 (3), 253-274.
- Vitriol, V. (abril-junio de 2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil . *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 88-96.
- Vujicic, N. (2012). *Un espíritu invencible. El increíble poder de la fe en acción*. USA: Santillana USA Publishing Company.

- Waters, & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 8 (3), 185-197.
- Weil, K., & Vitriol, V. (2002). *Presencia de trauma psíquico infantil en pacientes del Hospital Regional de Curicó, estudio descriptivo. Trabajo publicado en el libro resúmenes del 58 Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*. Valdivia: Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Winn (1994). *Post-traumatic Stress Disorder and Dramatherapy*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Young (1992). Sexual abuse and the problem of emdodiment. En Young, *Child Abuse and Neglect* (págs. 89-100).

Anexos

Anexo 1



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 9 / Dirección Distrital 17D06 – Chilibulo
Hospital General Enrique Garcés
Unidad de Docencia

OFICIO #079-CD-HGEG

Quito DM., 25 de noviembre de 2016

Señora Mtr.
Alexandra Serrano Flores
COORDINADORA ACADEMICA PSICOLOGIA CLINICA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
Presente.

De mi consideración:

Con un saludo cordial me dirijo a Usted, con la finalidad de poner en su conocimiento que la solicitud presentada por la Señorita Verónica Jazmín Corral Proaño con Cl. 1714080759, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, ha sido autorizada por parte de la Unidad de Docencia e Investigación del **Hospital General "ENRIQUE GARCÉS"**, para el desarrollo de su trabajo de investigación, con el Tema: **"LA RELACION ENTRE EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE TRUAMA INFANTIL Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA. ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORIA DEL APEGO. TRABAJO REALIZADO CON PACIENTES DE 13 A 18 AÑOS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DURANTE EL AÑO 2016"**.

Solicitamos a la Señorita Verónica Jazmín Corral Proaño, que una vez terminado su trabajo entregar una copia en físico y magnético en la Unidad de Docencia de esta Casa de Salud, para que el beneficio científico sea compartido de manera Interinstitucional.

Expreso mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



[Firma]
Dra. Marianita Escutar V.
COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

c.c. Lcda. Mónica Pazmiño – **Coordinadora de Admisiones**
Archivo

Elaborado por:	Lic. Beatriz Zambrano G.
Revisado por:	Dra. Silvia Morales Psc.cl.
Autorizado por:	Dra. Marianita Escutar V.

Dirección: Chilibulo S/N y Av. Enrique Garcés -Telfs.:2648092 ext. 2392 Fax 2654298
docenciaheg10@hotmail.com

Anexo 2

Ficha de datos

- **Nombre:**
- **Fecha de Nacimiento:**
- **Edad:**
- **Escolaridad:**
- **Ocupación:**
- **Dirección:**
- **Teléfono:**
- **Correo:**
- **Vive con:**
- **Remitido por:**

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO¹

TÍTULO DEL ESTUDIO: La relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. Estudio realizado desde la teoría del apego, realizado con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Verónica Corral

INSTITUCIONES: Facultad de Psicología Pontificia Universiadd Católica del Ecuador.

EN CASO DE PREGUNTAS, CONTACTO: Verónica Corral, teléfono: 0996424440, correo electrónico: vero_jcp@hotmail.com

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente se le solicita su participación en un estudio de disertación de Pregado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objeto de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: El objetivo del estudio es analizar la relación existente entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida, desde la teoría del apego, en pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital Enrique Garcés. Para ello se requiere que adolescentes de 13 a 18 años de edad, decidan participar voluntariamente en una entrevista y ejercicio de narrativa.

PROCEDIMIENTOS: Si decide participar, se le realizará un cuestionario (de experiencias infantiles adversas ACE) durante el que se pregunta sobre uno o más eventos difíciles por los que haya pasado en su vida. Antes de la entrevista, se le pedirá que complete un

¹ Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología y las consideraciones del comité de ética de la PUCE.

cuestionario con su información sociodemográfica. La entrevista durará aproximadamente 30 minutos. Posterior a esto, se realizará un ejercicio de narrativas llamado Attachment Script Assesment (ASA), narrativas de Apego Adulto que durará 30 minutos. Estas sesiones serán grabadas y transcritas para su posterior análisis. Su nombre no aparecerá en ningún material de análisis y su caso será codificado, por ejemplo paciente 001. El proceso será supervisado por la Dra. Victoria Muñoz del Hospital Enrique Garcés y la Msc. Elena Díaz de la Facultad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La grabación de sesiones es una práctica habitual en la investigación científica, el propósito de la grabación de las sesiones y la supervisión, es ayudar a los terapeutas a brindarle el mejor servicio posible. El audio se graba digitalmente y se almacena en un servidor seguro. Todas las grabaciones son borradas después de finalizar la investigación.

RIESGOS: Se considera que los riesgos en este estudio son mínimos. Se cuidará que no haya indicios de re victimización o de filtración de la información. Es posible que usted se sienta incómoda/o durante la entrevista ya que el cuestionario puede referir a alguna experiencia difícil en su vida. Sin embargo, se espera que estos efectos sean temporales y disminuyan a medida que prosigue su proceso terapéutico en el grupo. Todo el equipo que apoya este proyecto está conformado por psicólogos y psicólogas clínicas previamente capacitadas. Usted también puede negarse a contestar preguntas o dejar de participar en el proyecto en cualquier momento sin ninguna penalidad.

BENEFICIOS: Se espera que este estudio beneficie a que investigadores y profesionales de salud mental puedan identificar los principales factores que afectan notablemente el desarrollo de niños y adolescentes aumentando el riesgo de comportamientos suicidas para que de esta manera se pueda brindar apoyo especializado inmediato. Apoyo que usted recibirá en el grupo de apoyo terapéutico ADHMYS pensando en beneficiarle directamente. Apreciamos inmensamente su ayuda para recopilar esta información.

COMPENSACIÓN: Usted no recibirá una compensación económica directa por su participación en este proyecto de investigación de Pregrado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

CONFIDENCIALIDAD: La información que se obtenga será estrictamente confidencial y no se utilizará con otros fines que no sea los de esta investigación. Toda la información recolectada durante el proyecto no será identificada por nombre, si no por un número. Todos los archivos serán guardados de forma codificada en un ordenador seguro y cuando el proyecto haya finalizado todos los documentos serán destruidos. Cualquier información

obtenida en relación a este estudio que puede identificarla/o Ud. como participante seguirá siendo confidencial.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor contacte a Verónica Corral al 0996424440.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: La decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones futuras con las instituciones cooperantes. Su participación es voluntaria y usted puede retirar su consentimiento y negar su participación en el estudio en cualquier momento sin riesgo de ser penalizada/o. Su firma en este documento indicará que Ud. ha leído la información proporcionada, y que ha aceptado de forma voluntaria participar en este proyecto. Su firma también indica que en esa fecha se le ha ofrecido una copia de este documento.

Yo (nombre y apellidos completos) _____
confirmando que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada LA RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE TRAUMA INFANTIL Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA. TRABAJO REALIZADO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO. TRABAJO REALIZADO CON PACIENTES DE 13 A 18 AÑOS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DURANTE EL AÑO 2016, aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en la investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Investigador/a: _____ Fecha: _____

Supervisor Institucional: _____ Fecha: _____

Supervisor PUCE: _____ Fecha: _____

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA GRABACIÓN / TRANSCRIPCIÓN DE LA SESIÓN²

TÍTULO DEL ESTUDIO: La relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. Estudio realizado desde la teoría del apego, realizado con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Verónica Corral

INSTITUCIONES: Facultad de Psicología Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

EN CASO DE PREGUNTAS, CONTACTO: Verónica Corral, teléfono: 0996424440, correo electrónico: vero_jcp@hotmail.com

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizará de la grabación/transcripción de las sesiones de psicoterapia que usted facilita. Léalo atentamente y consulte con la investigadora todas las dudas que tenga.

OBJETIVO DEL PROYECTO:

El objetivo del estudio es analizar la relación existente entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida, desde la teoría del apego, en pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital Enrique Garcés. Para ello se requiere que adolescentes de 13 a 18 años de edad, decidan participar voluntariamente en una entrevista y ejercicio de narrativa.

INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN/ TRANSCRIPCIÓN DE LAS SESIONES: Se llevará a cabo un proceso de grabación/transcripción del instrumento de narrativa Attachment Script Assesment (ASA), narrativas de Apego Adulto de L.M. Rodrigues, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001) con fines formativos, de investigación y de desarrollo profesional. Las grabaciones se utilizarán como apoyo para el análisis en el trabajo de disertación para determinar la relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. Estudio realizado desde la teoría del apego y realizado con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016.

CONFIDENCIALIDAD: La información que se obtenga será estrictamente confidencial y

² Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología y las consideraciones del comité de ética de la PUCE.

no se utilizará con otros fines que no sean los de esta investigación. Toda la información recolectada durante el proyecto no será identificada por nombre, si no por un número. Todos los archivos serán guardados de forma codificada en un ordenador seguro y cuando el proyecto haya finalizado, los documentos serán destruidos. Cualquier información obtenida en relación a este estudio que puede identificarla/o Ud. como terapeuta seguirá siendo confidencial.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor contacte a Verónica Corral al 0996424440.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: La decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones futuras con las instituciones cooperantes. Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en la grabación, transcripción de la sesión, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar las grabaciones con fines de formación y desarrollo profesional.

Su firma en este documento indicará que Ud. ha leído la información proporcionada, y que ha aceptado de forma voluntaria permitir que las sesiones sean grabadas y transcritas. Su firma también indica que en esa fecha se le ha ofrecido una copia de este documento.

Yo (nombre y apellidos completos) _____
confirmando que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada La relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. Estudio realizado desde la teoría del apego. Trabajo realizado con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016, aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en la investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Investigador/a: _____ Fecha: _____

Supervisor Institucional: _____ Fecha: _____

Supervisor PUCE: _____ Fecha: _____

Anexo 5

Adverse Childhood Experiences (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

¿Cuál es mi Puntaje de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)?

Antes de cumplir 18 años:

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia... La/o ofendían, la/o insultaban, la/o menospreciaban, o la/o humillaban? o Actuaban de tal forma que temía que le fueran a lastimar físicamente?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1_____

2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...La/o empujaban, la/o jalaban, la/o cacheteaban, o le aventaban cosas?_ o alguna vez la/o golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron?__

Si No

Si la respuesta es SI anote 1_____

3. Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez...La/o tocó o acarició indebidamente o le dejo que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual? o Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1_____

4. Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que...Nadie en su familia la/o quería o pensaba que usted era especial o importante? O En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?__

Si No

Si la respuesta es SI anote 1_____

5. Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que...No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera? o Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla/o o llevarla/o al medico si es que lo necesitaba?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1_____

6. alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

7. Fue su madre o madrastra: Con frecuencia o con mucha frecuencia la/o empujaban, jalaban, golpeaban, o aventaban cosas? o A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la/o mordían, la/o daban puñetazos, o la/o golpeaban con algún objeto duro? o Alguna vez la/o golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

9. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

10. Algún miembro de su familia fue a la cárcel?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI." _____

Esta es su Puntaje de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

Anexo 6

Narrativas de Apego Adulto de L.M. Rodrigues, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001)

Se muestra a la persona los guiones y se le da la siguiente consigna: “Para cada historia le daré el título de la historia y esta lista de palabras para ayudarlo a hacer la historia. Si usted sigue el orden hacia debajo de la primera columna, y de ahí se mueve hacia la segunda columna y de ahí a la siguiente (señalar con el dedo), las palabras le dan un guion o guía general de lo que se supone se trata la historia. Por ejemplo en este caso, “La mañana del bebé”, el guion básico es “la mamá y el bebé están jugando encima de la colchita”

Los estímulos verbales para cada historia son los siguientes:

A. La Mañana del Bebé:

mamá/papá	abrazo	osito de peluche
bebé	sonrisa	perdido
jugar	cuento	encontrado siesta
colchita	simular	

B. La Visita del Doctor:

Pedro	ir de prisa	juguete
bicicleta	doctor	detener
dolor	llorar	sostener
mamá/papá	inyección	

C. Paseo al parque:

Susana	sonrisa	cansado
bicicleta	columpios	banca
parque	arenera	historietas
amiga	juego	coca-cola
abrazo	correr	

D. El paseo de campamento de Juana y Roberto:

Juana	carpa	fogata
Roberto	viento	sombra
maletas	derrumbe	ruidos
apresurarse	molesto	abrazo

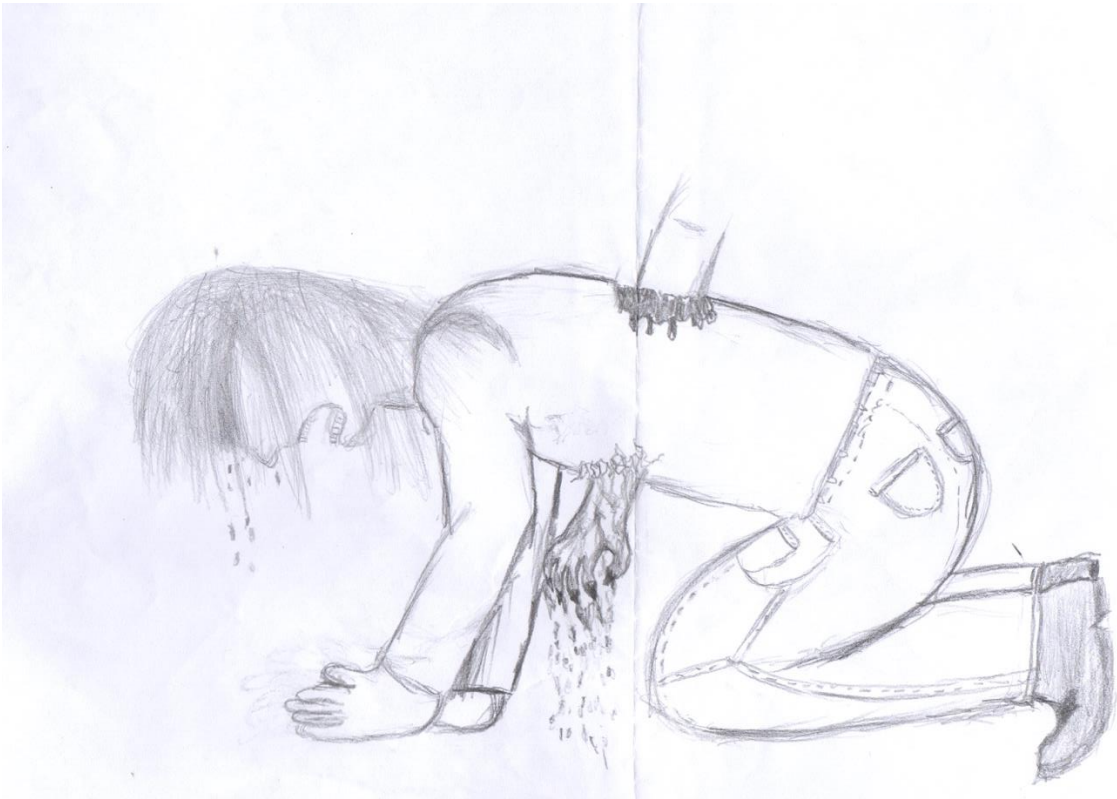
E. El Accidente:

Ana	esperar	casa
carretera	Miguel	cena
accidente	lágrimas	cama
hospital	doctor	abrazo

F. Una tarde de compras:

Emilia	curiosear	hambre
carro	comprar	comida
centro comercial	dinero	hablar a casa
amiga	regalo	

Anexo 7



Dibujo elaborado por participante del estudio, Archivo personal (2017).