

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Embarazo producto de violación: salud mental de las  
madres y vínculo afectivo con sus hijos**  
Proyecto de investigación

**María José Murgueytio Riofrío**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Psicóloga Clínica

Quito, 08 de mayo de 2018

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**  
**COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Embarazo producto de violación: salud mental de las  
madres y vínculo afectivo con sus hijos**

**María José Murgueytio Riofrío**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Daniela Verónica Ziritt Cruz, MSc.  
Master of Brain and Mind Sciences

Firma del profesor

---

Quito, 08 de mayo de 2018

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: María José Murgueytio Riofrío

Código: 00118372

Cédula de Identidad: 1803787157

Lugar y fecha: Quito, 8 de mayo de 2018

## RESUMEN

**Antecedentes:** La violación sexual es una acción atroz y violenta que causa un trauma indescriptible sobre la víctima (Coleman, 2015). Sin embargo, el trauma se agrava para las mujeres que, como producto de este acto, quedan embarazadas. Esta población debe afrontar, además del impacto de la experiencia de un evento traumático, el hecho de dar a luz a una criatura no planificada y que se presenta como el recuerdo de la violencia sexual que vivieron. De esta forma, se ve afectada la salud mental de las madres y el desarrollo saludable y estable de un vínculo afectivo con el niño. **Metodología:** Esta investigación será no experimental, cuantitativa, con un diseño transeccional descriptivo, mediante el cual se podrá observar si las consecuencias de quedar embarazada luego de violación afectan la salud mental de las mujeres y, por ende, la formación del vínculo con sus hijos. Dentro del estudio participarán 25 madres quienes han sido víctimas de un abuso sexual y como consecuencia tuvieron un hijo de este acto (grupo experimental), y 25 madres que hayan concebido un hijo por voluntad propia (grupo control). **Resultados:** Basándose en la revisión de literatura, se espera encontrar correlaciones positivas entre el impacto de la violencia sexual y dificultades, tanto a nivel de la salud mental de la madre como en la creación de vínculos afectivos con el menor. **Conclusiones:** El embarazo producto de violación, trae consecuencias para la salud mental de las madres e interfiere en el vínculo afectivo con sus hijos. Sin embargo, esta realidad puede ser atendida y visibilizada para encontrar soluciones satisfactorias que favorezcan el futuro de sus víctimas.

**Palabras clave:** violación, embarazo por violación, madres niñas-adolescente, factores de vulnerabilidad, consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la violación, salud mental, vínculo afectivo, apego, tipos de apego.

## ABSTRACT

**Background:** Rape is an atrocious and violent act that causes an indescribable trauma on the victim (Coleman, 2015). The trauma is aggravated for women who, because of this act, become pregnant. This population must face the fact of giving birth to an unplanned creature, presented as the memory of the sexual violence they experienced, in addition to the impact of the trauma. The mothers' mental health, and the development of a healthy and stable emotional bond with the child are affected because of the trauma. **Methodology:** This research will be non-experimental, quantitative with a descriptive transactional design, to observe whether the consequences of becoming pregnant after rape affect the mental health of women and, therefore, the formation of the bond with their children. The study will involve 25 mothers who have been victims of sexual abuse and as a result had a child (experimental group), and 25 mothers who have conceived a child of their own (control group). **Results:** Based on the literature review, it is expected to find positive correlations between the impact of sexual violence, the mothers' mental health, and the formation of an affective bond with the child. **Conclusions:** Pregnancy because of rape has consequences for the mental health of mothers and interferes with the emotional bond with their children. However, this reality can be addressed to find satisfactory solutions that favor the future of its victims.

**Keywords:** rape, rape pregnancy, adolescent mothers, vulnerability factors, physical, psychological and social consequences of rape, mental health, emotional bond, attachment, types of attachment.

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>60</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	<b>68</b>
<b>DISCUSION</b> .....	<b>73</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>79</b>
<b>ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes</b> .....	<b>86</b>
<b>ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado</b> .....	<b>87</b>
<b>ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información</b> .....	<b>89</b>

\_Toc513576286

## INTRODUCCIÓN

Las secuelas que una violación sexual trae consigo, muchas de las veces, son muy perjudiciales para las víctimas y los familiares de las mismas. De acuerdo con Hamel y Panicola (2002), la violación sexual es definida como un "acto atrozmente violento que causa un trauma indescriptible sobre la persona atacada" (citado en Coleman, 2015, p. 1). Sin embargo, el trauma se agrava para las mujeres que, como producto de este acto, quedan embarazadas.

Las posibilidades de que una mujer quede embarazada después de una violación sexual son casi equivalentes a la posibilidad que una mujer quede embarazada después de una relación consensual (Coleman, 2015). De acuerdo con el Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), un solo acto de violación tiene el 5% de posibilidad de resultar en el embarazo de víctimas de entre los 12 y 45 años que no estén usando métodos anticonceptivos (citado en Coleman, 2015). A pesar de que existen factores (estrés emocional, médico o nutricional, ciclo menstrual en el que ocurrió la violación) que podrían afectar la capacidad de la mujer para quedar embarazada, se encuentra que cada año en los Estados Unidos el 32,101 % de embarazos son resultado de una violación (Coleman, 2015).

En los siguientes párrafos se presenta una breve reseña acerca de las principales implicaciones que conlleva el evento traumático de quedar embarazada como resultado de una violación, resaltando el daño que se produce a nivel psicológico, y tomando en cuenta las variables legales a las que se ven expuestas estas mujeres al momento de la decisión de tener o no al infante. También, se explicará la afectación de estas variables en la creación de vínculos afectivos entre madre-hijo. A continuación, se expondrá el problema que justifica la elección del tema de estudio, la pregunta de investigación, el propósito del estudio y el significado del mismo.

## **Antecedentes**

De acuerdo con Coleman (2015), las víctimas de una violación sexual son propensas a experimentar el “síndrome de trauma por violación”, en donde la mujer entra en una fase de corto plazo, que dura varias horas o días, y consiste en el choque emocional, la incredulidad y la desesperación ocasionada por el evento que ha puesto en riesgo su vida. La respuesta a esta situación varía desde la inestabilidad emocional hasta un patrón de comportamiento bien controlado, en donde se observan síntomas somáticos, alteración en los estados del sueño y en la alimentación; reactividad emocional, como cambios de ánimo, ansiedad y depresión (Coleman, 2015).

Por otra parte, en la fase de largo plazo, que constituye el periodo en el que la víctima intenta reestructurar su vida y sus relaciones, puede durar varios meses o años (Coleman, 2015).

Por esta razón, el proceso de recuperación de la víctima lleva tiempo, y debe enfocarse en devolver la estabilidad a la persona, para que vuelva a sentir control por su cuerpo y a sentir confianza en su entorno. Los efectos psicológicos a corto y a largo plazo resaltan entre los síntomas de mayor incidencia, y, aunque no se presentan de manera uniforme en todas las víctimas, debido a varios factores, se encuentran latentes en la mayoría de ellas (Echeburúa, Corral y Sarasua, 1989).

Según Sutherland y Scherl (1970); y, Burgess y Holmstrom (1974), es común encontrar que las víctimas experimenten distintos síntomas a lo largo del tiempo, iniciando con una fase aguda, caracterizada principalmente por una desorganización en el estilo de vida, la aparición de conductas incoherentes, pensamientos de incredulidad y confusión. La siguiente fase se denomina, pseudoadaptación, en la cual se observa un restablecimiento al estilo habitual de vida, pero con presencia de conductas evitativas. Finalmente, en la fase de integración y resolución, la víctima experimenta sensaciones

internas de depresión, sentimientos de humillación, culpa, deseos de venganza y el temor de ser nuevamente víctima de un asalto sexual (citado en Echeburúa, Corral y Sarasua, 1989).

De esta forma, el impacto que se presenta en aquellos casos en los que las mujeres que, como producto de este acto de violencia, esperan un hijo fruto del asalto sexual, se vuelve aún más complejo. Estas mujeres deben afrontar, además del impacto de la experiencia de un evento traumático, el hecho de dar a luz a una criatura no planificada y que se presenta como el recuerdo de la violencia sexual que vivieron.

Estas mujeres han sido vulneradas, primero porque han pasado por una situación en donde su salud mental y física se encuentra fragmentada y herida; y luego, porque en este momento deben tomar una decisión sobre qué hacer con el niño que llevan dentro. Por último, muchas de las veces no existe el apoyo necesario y suficiente por parte de los familiares, de la pareja, de la sociedad, de las autoridades, ni del mismo Estado (Pérez, Lloret de Fernández y Dianderas, 2014).

La vulnerabilidad reflejada en la salud mental de las víctimas se manifiesta en el hecho de que pueden llegar a desarrollar trastornos de depresión, ansiedad, así como la posible presencia del trastorno por estrés postraumático (Pérez, Lloret de Fernández y Dianderas, 2014). Además, problemas con la salud física, como problemas en el embarazo, riesgo de parto prematuros, problemas de nutrición, suicidio, etc., son otros de los posibles impactos (Pérez, Lloret de Fernández y Dianderas, 2014).

De igual manera, esta población al momento de tomar una decisión acerca de tener o no al niño producto del acto que las ha transgredido, se ven envueltas en una situación en donde su voz no tiene el suficiente poder de ser escuchada o tomada en cuenta. De esta forma, no siempre la primera opción de estas mujeres es continuar con

el embarazo, porque se ven involucradas en una elección que abarca aspectos religiosos, económicos, sociales y legales.

Por lo tanto, la decisión de continuar o no con la gestación, se ve limitada por variables relacionadas con las condiciones y las circunstancias en las que ocurrió la violación, y el proceso legal que se llevó a cabo. Es así como, la falta de apoyo por los familiares (especialmente en casos de incesto), la carencia de conocimiento sobre sus derechos, la edad en la que fueron violadas (menores de edad más complejo), el nivel de su educación sexual, e incluso la ineficacia de los servicios necesarios, son factores que impide a la víctima a denunciar a tiempo el acto de violencia y encontrar soluciones al respecto.

Especialmente en América Latina y el Caribe (LAC), “los regímenes jurídicos sobre aborto (...) pueden clasificarse de diversas formas (...), empezando por un espectro que va desde las legislaciones que castigan el aborto durante todo el embarazo a aquellas que solo prevén su sanción penal en las etapas más avanzadas de la gestación” (Bergallo y Gonzáles, 2012: p. 19).

De acuerdo con Bergallo y Gonzáles (2012), existen tres modelos puros de regulación penal positiva del aborto en LAC. El primero, el modelo de penalización total, se encuentra vigente en países como Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam, donde el aborto es autorizado únicamente apelando al Estado por caso de peligro grave para la vida de la mujer embarazada (DAES, 2011).

Por otro lado, el modelo de permisos que se encuentra vigente en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela, Uruguay; incluye varias causales por las cuales se justifica el aborto (DAES, 2011). Entre ellas se incluye la causal de vida, y salud; la causal de

aborto en caso de malformaciones que sean incompatibles con la vida, la causal socioeconómica, y la causal violación (Bergallo y Gonzáles, 2012).

Finalmente, el tercer modelo de plazos está vigente en Guyana Francesa, México DF y Puerto Rico (DAES, 2011); y permite “la supresión de la penalización del aborto en el embarazo temprano y su mantenimiento con una serie de causales de aborto permitido para las etapas avanzadas del mismo” (Bergallo y Gonzáles, 2012, p. 20).

El modelo de permisos, que se encuentra vigente en el Ecuador, se presenta con significantes divergencias entre los países alineados al mismo, es así como se pueden observar estas diferencias tanto a nivel de

[...] la formulación legal del modelo en el texto de las normas del Código Penal y las reglas y la jurisprudencia que lo complementan, así como en la aplicación práctica de las normativas vigentes frente a las cuales existen variaciones en materia de políticas públicas, oferta de servicios, y grados de cumplimiento o de omisión de parte de las autoridades y las personas obligadas por la normativa aplicable. (Bergallo y Gonzáles, 2012, p. 21)

De esta forma, el Código Penal (2014) del Ecuador, en su artículo 150 expone que

El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental. (p. 71).

Asimismo, se ha podido encontrar que el Ecuador en cuanto a la existencia de marcos regulatorios que complementen las normas penales no cuenta con disponibilidad de las iniciativas estatales para la implementación o el cumplimiento del modelo de permisos descrito (Bergallo y Gonzáles, 2012).

Las diferentes causales legales, sociales, religiosas y económicas jugarán un papel muy importante al momento de tomar una decisión sobre la continuación del

embarazo por causa de violación, y esto marcará una gran diferencia al momento de la creación de vínculos de estas mujeres con sus hijos, y en la elección de un estilo de crianza.

La creación de vínculos entre una madre y un hijo producto de un asalto sexual puede ser uno de los factores que se ve afectado dentro de esta población. El rol de madre que la mujer debe acoger se ve alterado desde el momento de la concepción, pues el instante en que comienza la vida del nuevo ser, se mantiene el recuerdo del acto que ha transgredido su cuerpo y su psique. Por lo tanto, la mujer se verá involucrada en una situación en donde debe elegir en continuar o no con su embarazo, y como se ha explicado anteriormente, no muchas de las víctimas conocen o tienen accesibilidad a los servicios y apoyo necesario para poder llegar a una conclusión satisfactoria. Así, el no poder elegir discontinuar con el embarazo, se presentará como una decisión forzada, complicando aún más la posibilidad de generar lazos armónicos entre la madre y el hijo.

Pérez et al. (2014), manifiestan que el embarazo forzado es todo aquel que pone en riesgo la vida, salud e integridad de la mujer. No existe un registro claramente documentado sobre la magnitud y las consecuencias de esta problemática.

Silverman et al. (2007), reportan que “mujeres que fueron violadas por parte de sus parejas reportaron con más frecuencia tanto embarazos no deseados como «pérdidas», sean éstas un aborto espontáneo, un aborto inducido o un mortinato” (citado en Bergallo y Gonzáles, 2012, p. 17).

En el estudio realizado por Holmes et al. (1996), se encontró que diecinueve de 413 mujeres que fueron víctimas de violencia sexual reportaron haber quedado embarazadas como producto de una violación. Ante la decisión de continuar o no el embarazo, un 50% optó por la interrupción, 32% lo continuó, 6% escogió la adopción posterior al parto y un 12% tuvo abortos espontáneos (citado en Pineda, 2011).

De la misma forma, en investigaciones realizadas por La Fundación Si Mujer entre 1998 y 1999, sobre 121 casos de mujeres embarazadas por violación, se encontró que el 63% de las víctimas decidieron interrumpir el embarazo, un 18% optó por continuarlo y un 8% escogió la adopción (citado en Pineda, 2011).

Otro estudio que muestra estadísticas acerca de las decisiones tomadas por mujeres embarazadas como producto de violación sexual, es el documento de 2007 de la Universidad Estatal de Campinas, en el que se encontró que de 1174 casos de violencia sexual reportados entre 1998 y 2006, 109 mujeres resultaron embarazadas por asalto sexual (citado en Pineda, 2011). De estas mujeres, el 65% optó por interrumpir el embarazo, 21% decidió continuarlo y 14% tuvo que continuarlo debido a que la edad gestacional superaba el tiempo permitido por la ley para cesar el embarazo (citado en Pineda, 2011).

Finalmente, en el estudio realizado por Pineda (2011), se analiza la decisión de 212 mujeres que quedaron embarazadas por violación y que acudieron al servicio de atención de víctimas de violencia sexuales de La Fundación Si Mujer en los años 2006 a 2010, se encontró que un 85% de las víctimas manifestaron que deseaban interrumpir el embarazo y un 5% afirmaba su deseo por continuar. Sin embargo, del 85% de mujeres, solo 45 de ellas optó por finalizar el embarazo, 34 pudieron acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, 6 cambiaron su decisión inicial por las diversas presiones que recibieron por parte del sector de salud, y con 5 de ellas se perdió el contacto (Pineda, 2011).

El porcentaje de mujeres que ha tomado la decisión de continuar el embarazo, bajo las diferentes circunstancias que hemos mencionado, tienen que enfrentar el desarrollo gestacional, el parto, el primer contacto con el recién nacido, pensar en el

sustento del bebé, asumir las responsabilidades de la maternidad y, entre ellas, la crianza y relación que debe crear con su hijo (Ipas, 2016).

### **Problema**

El problema que se presenta en la siguiente tesis, hace mención a todo lo que abarca la formación y construcción del vínculo afectivo que la madre y el hijo van desarrollando. Se consideran las diferentes variables que el hecho representa tanto para la madre como para el hijo. La madre debe encargarse de la crianza de un hijo producto de la violación que sufrió; y el niño se ve expuesto a un ambiente lleno de la carga emocional negativa que la madre presenta debido al trauma de la violación, y que muchas de las veces está lleno de hostilidad.

De esta forma, el siguiente trabajo busca describir las dinámicas que se generan entre la madre que como producto del asalto sexual ha quedado embarazada y ha decidido criar a este niño, tomando en cuenta que su salud mental se ve afectada por la violencia que ha sufrido y a su vez que este factor puede ser un determinante muy importante en la construcción de vínculos afectivos con su hijo. De la misma forma, se describirán y se sugerirán métodos para mejorar esta relación donde se vean beneficiados tanto la madre como el hijo.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo y hasta qué punto las consecuencias psicológicas de quedar embarazada luego de una violación afectan la salud mental de las mujeres y, por ende, la formación del vínculo con sus hijos?

### **Propósito del Estudio**

En el presente trabajo se busca estudiar y enfatizar el tipo de vínculo que se genera entre las madres que han sido víctimas de un asalto sexual y los hijos productos de este acto, tomando como variable el hecho de que el trauma puede traer consigo

consecuencias para la salud mental de la madre, lo que puede dificultar la formación de vínculos afectivos estables y positivos con el niño.

La relevancia de este tema en el campo psicológico reside en que los resultados obtenidos pueden ser la base para futuros estudios en donde se busque la aplicación de tratamientos o intervenciones para mejorar el vínculo entre madre e hijo. A través de esto no solo se podrá trabajar en la visibilización de esta problemática, sino, también, en la prevención, para que de esta forma se puedan crear lazos afectivos estables y saludables dentro de esta población.

### **El significado del estudio**

El presente estudio busca destacar una realidad no muy visible en nuestra sociedad, debido a los prejuicios que en la mayoría de las ocasiones impiden a las víctimas denunciar el acto de violencia, que con mucha frecuencia sucede en el entorno familiar. Resaltar y criticar el estigma cultural, influenciado por las creencias moralistas y religiosas que impiden a las mujeres tomar una decisión sobre sus vidas, imposibilitando aún más el derecho a hablar. Asimismo, no existe suficiente información, ni datos relevantes sobre los embarazos producto de violación, lo que pone a esta temática en un punto ciego, donde no existe respuesta, ni empatía por parte de la sociedad ni del Estado por encontrar una solución que brinde la ayuda necesaria y suficiente a estas mujeres y niños, donde se garantice o se vele por un futuro que sea saludable y estable para ambos.

A continuación, se encuentra el capítulo correspondiente a la Revisión de la Literatura, donde se explica a profundidad acerca del embarazo producto de violación; la formación y los tipos de apego; vínculos afectivos entre madre e hijo fruto del asalto sexual; y métodos y propuestas para mejorar los vínculos afectivos madre-hijo. Más

adelante, se explica la metodología de investigación que se propone utilizar, el análisis de los resultados esperados, y las conclusiones y discusión del estudio.

## REVISIÓN DE LITERATURA

### Fuentes

La información utilizada en la presente investigación proviene de revistas indexadas, libros académicos, trabajos de investigación y artículos científicos encontrados en los recursos electrónicos de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito y en Google Académico. Para acceder a esta información se utilizaron palabras claves como: violación, embarazo por violación, children born from rape, embarazo impuesto por violación, salud mental en víctimas violadas, consecuencias psicológicas de la violación, apego, vínculo afectivo entre madre e hijo, estilos de crianza en niños nacidos de violación.

### Formato de la Revisión de Literatura

A continuación, se realizará una revisión de los siguientes temas principales: embarazo como producto de violación; formación y tipos de apego; vínculos afectivos entre madre e hijo fruto del asalto sexual; y, por último, métodos y propuestas para mejorar los vínculos afectivos madre-hijo.

### Embarazo como producto de violación

El Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, según el artículo 171, menciona: “Es violación el acceso carnal con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal, o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo” (2014, p. 77).

Clark menciona que la violación, “no es solo una violación sexual y física, sino que también es una violación fundamental del *self*” (2014, p. 147). Es decir, que el nivel de violencia que sufre la víctima transgrede no solamente su cuerpo y su mente, sino, también, a todo lo que la define como sujeto, sus creencias, su imagen y percepción

sobre sí mismo, sus representaciones mentales, su identidad, su auto-valía, y su amor propio.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, realizada en el Ecuador en 2011, se encontró que la violencia sexual alcanza el 25,7% (Camacho, 2014). De este porcentaje, el 6,7% de mujeres señalaron haber sido violadas u obligadas a mantener relaciones sexuales a la fuerza, mediante amenazas, sometimiento e intimidación (Camacho, 2014).

Los principales perpetradores se encontraban dentro del círculo cercano de las víctimas: familiares, pareja, amigos, vecinos, conocidos; lo que es un factor que influye al momento en que las mujeres se deciden o no en realizar la denuncia (Camacho, 2014). De este modo, solo un 10,8% ha presentado una demanda en contra del violador, y solo el 26,8% continuó con el proceso judicial, y únicamente el 1,9% de estos alcanzaron una sentencia de condena en contra de los agresores (Camacho, 2014).

El embarazo que resulta de un asalto sexual “irrumpe bruscamente en el espacio íntimo de las mujeres trastocando por completo su existencia (...) [es una] forma de vulneración de los derechos de las mujeres y de violencia de género” (Pérez et al., 2014, p. 5).

Esta alarmante realidad social expone a las víctimas a varias situaciones críticas. Empezando con las consecuencias que la violación trae consigo a nivel físico, psicológico, social, legal; a esto se suma la noticia de saber que esperan un niño producto de la violación, y la decisión que deben tomar con respecto al embarazo (abortar, dar en adopción, criar al niño). Esta problemática es complicada porque lleva connotaciones muy distintas a las de un embarazo consensuado; incluso se muestra muy

diferente de aquel embarazo donde la madre no desea tener al niño, pero que ha sido engendrado con su pareja sin ningún acto de violencia.

En el Ecuador no existen datos exactos sobre las mujeres que han quedado embarazadas como producto de violación; sin embargo, se sabe que las víctimas no cuentan con la debida ayuda para enfrentar esta situación. Es así como las opciones que se le presentan son muy limitadas e incluso riesgosas.

Una de las alternativas por las que optan algunas mujeres es el aborto, el mismo que representa una amenaza debido a que en el país es un acto ilegal a menos que la mujer que se encuentra embarazada y fue violada tenga una discapacidad mental, o que el embarazo signifique un riesgo para su salud. De no ser así, puede recibir una pena privativa de libertad de prisión de seis meses a dos años (Caiza, 2015). Algunas mujeres optan por el aborto clandestino, en donde se ven expuestas a condiciones deplorables y con consecuencias muy graves para su salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 26% de la población mundial se encuentra en países donde el aborto inducido es restringido e ilegal, por lo que las mujeres se ven obligadas hasta cierto punto, de convertirse en madres de un hijo no esperado, y que por lo general es resultado de una violación (citado en Caiza, 2015).

Otra de las opciones para esta población es la adopción. Muchas mujeres no tienen información o no conocen sobre esta alternativa. Además, al igual que el aborto, la adopción no es bien vista dentro de su círculo familiar y social. De este modo, las alternativas que tiene una mujer que ha quedado embarazada por un asalto sexual son muy reducidas; y, en muchos de los casos, su “decisión” final será tener a un hijo no deseado.

### **Madres niñas-adolescentes**

La temática alrededor del embarazo como producto de violación es muy delicada y trae consigo muchas implicaciones para las mujeres víctimas de esta agresión. Este problema se vuelve mucho más difícil cuando hablamos de que las víctimas son niñas o adolescentes, ya que pertenecen a grupos de atención prioritaria.

En el Ecuador, el embarazo en niñas menores de 14 años desde el 2002 al 2010 incrementó en un 78,1%, es decir un total de 3.864 niñas fueron madres y, en la mayoría de los casos como resultado de la violencia sexual, llegando a ser las principales víctimas para este tipo de violencia (Gómez de la Torre, Castellano y Cevallos, 2016).

Las niñas y adolescentes tienen más dificultad al momento de denunciar la agresión, pues se ven expuestas a ser juzgadas, a no ser escuchadas y que no les crean; a la discriminación, a las amenazas del perpetrador. Además, por su edad tiene menos acceso a una educación sexual y anticonceptivos; y menos oportunidades de acceder a anticonceptivos de emergencia, entre otras variables.

Por lo tanto, la imposibilidad de denunciar y comunicar a un adulto responsable la agresión y tener un apoyo adecuado, aumenta el riesgo de que se controle el proceso de gestación de las niñas-madres; y, consecuentemente la salud del bebé que viene en camino también se ve afectada. Además, el no recibir asistencia y tratamiento a tiempo, eleva las posibilidades de presentar un mayor número de consecuencias psicológicas en un futuro.

De acuerdo con el Código Penal del país, en el artículo 171 se describe que todo embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años es producto de una violación. Sin embargo, esta ley no garantiza que las víctimas tengan acceso al aborto por violación, ya que, como se mencionó anteriormente, esta normativa aplica únicamente para mujeres con discapacidad mental (Gómez de la Torre et al., 2016).

De este modo, las niñas y adolescentes se ven forzadas a continuar con la maternidad porque, al igual que en mujeres adultas, la opción de la adopción es muy limitada, por falta de conocimiento, o porque se ven expuestas a los riesgos del aborto clandestino si decidieran por ello. A esto se suman las diferentes críticas, acusaciones y demandas de terceros que influyen en la última decisión de las víctimas.

El riesgo de muerte materna en adolescentes menores a 16 años es “cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente del 50% superior” (Gómez de la Torre et al., 2016, p. 22).

Físicamente sus cuerpos no están listos para reproducirse, apenas comienzan la etapa de su madurez sexual, en donde sus órganos comienzan a desarrollarse para ser capaces de llevar a cabo la reproducción (Gómez de la Torre et al., 2016). Es así como hay un alto porcentaje de riesgos en la gestación, en el parto e incluso en las condiciones físicas con que nace el bebé (Gómez de la Torre et al., 2016).

En las entrevistas realizadas por Gómez de la Torre et al. (2016) a adolescentes de 14 años, se encontró que las consecuencias psicológicas que más se presentaban en cuanto a asumir su embarazo, el parto y la maternidad, estaban relacionadas con el trastorno de adaptación y depresión, a la presentación de síntomas de ansiedad, sentimientos de culpa, ira, miedo, rabia, vergüenza, dolor, estrés, coraje, tristeza, desesperación, y angustia. De igual forma, otros factores que también se encontraron de manera muy marcada, fueron los pensamientos e intentos de suicidio debido a la carga emocional que representaba para estas niñas-adolescentes enfrentar esta nueva situación en su vida (Gómez de la Torre et al., 2016). Un pequeño grupo expresó resignación y algunas sentían alegría y una especie de amor por sus hijos e hijas (Gómez de la Torre et al., 2016).

Gómez de la Torre et al., mencionan que estas niñas desarrollan un mecanismo de protección ante esta experiencia, usan la negación de la violación, del embarazo y del dolor que atraviesan (2016). De esta forma, las respuestas que expresan se vinculan con el sentido de vivir que les genera tener a su hijo o hija, pero que muchas de las veces es un intento por refugiarse, de invisibilizarse a ellas mismas, una estrategia para cubrir el dolor y poder sobrellevar la nueva vida de madre forzada que les tocó vivir. Sin embargo, “adaptarse a una realidad no tiene nada que ver con desecharla y mucho menos con construirla” (Gómez de la Torre et al., 2016, p. 24).

Socialmente viven el abandono, la culpabilización y la discriminación, no solo por ser juzgadas como “responsables” del acto de violencia, pero también por la negligencia en el cuidado con su hijo (Gómez de la Torre et al., 2016). Las víctimas no poseen herramientas suficientes que les ayude a mejorar su situación y el Estado no cumple un rol significativo en la ayuda para esta población. En muchas de las ocasiones las niñas siguen viviendo con el perpetrador, por lo que siguen siendo expuestas a más abuso y violencia. Incluso aquellas que son institucionalizadas, pierden grandes oportunidades de desarrollarse y poder salir adelante por sí solas cuando deban dejar la institución, porque no se les entrega las suficientes herramientas para vivir en el mundo real (Gómez de la Torre et al., 2016). Sin la ayuda suficiente y apropiada, estas niñas tienen altas posibilidades de dejar sus estudios, abandonar sus propios planes de vida y tiene un menor contacto social con personas de su misma edad (Gómez de la Torre et al., 2016).

### **Salud mental de las mujeres embarazadas como producto de violación**

La OMS define a la salud mental, no solo como la ausencia de trastornos mentales, pero también la define como el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse a nivel

intelectual y emocional. Es el medio por el cual los individuos son capaces de enfrentar el estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (2004).

La salud mental de las mujeres embarazadas por violación se la entenderá, de acuerdo con lo que plantea Benyakar (2005), como “un quiebre, una fractura que establece discontinuidad en los procesos mentales y relacionales de un sujeto, que se manifiestan en la alteración de diferentes áreas psicosociales, particularmente las funciones de integración y de elaboración del evento violento” (citado en Pérez et al., 2014, p. 41).

Es importante destacar, según Benyakar, que cada persona vivencia la situación fáctica de acuerdo a cómo se organiza su mundo subjetivo; es decir, a través de sus percepciones e interpretaciones personales del evento traumático, ya que las experiencias van a diferir de una mujer a otra (citado en Pérez et al., 2014). En otras palabras, el daño y el nivel de trauma que puede causar la violación sexual y la forma en que la víctima lo va a experimentar, está determinado por varios factores como la capacidad de recuperación y recursos personales de afrontamiento. Así, algunas mujeres tendrán un deterioro psicológico severo, permanente o irrecuperable en ciertas ocasiones (Pérez et al., 2014).

Dentro de nuestra cultura, muchas de las interpretaciones y percepciones que las mujeres podrían desarrollar en torno a su maternidad, se verán influenciadas por ciertos discursos sociales en los que se idealiza a la mujer como sujeto que debe en algún momento de su vida gestionar el rol de madre (Pérez et al., 2014). Esta creencia es muy marcada y tiene un impacto fuerte dentro de la sociedad Occidental, ya que suele considerarse que una mujer está “realizada” cuando llega a ser madre. Sin embargo, esto no es una norma universal ni obligatoria, ni es un determinante de lo que significa ser

mujer (Pérez et al., 2014). Lamentablemente, es un discurso que se mantiene en el imaginario social y va a jugar un papel muy importante a la hora de hablar de salud mental en mujeres embarazadas por violación, debido a que es parte de su propio sistema de creencias.

### **Factores de vulnerabilidad en la salud mental**

Al momento de analizar la salud mental de una persona que ha experimentado cualquier tipo de violencia, en este caso agresión sexual, es esencial tener en cuenta los factores de vulnerabilidad que tendrán impacto en su salud mental. Cruz, et al. (2015), describen que la respuesta de la víctima ante el asalto sexual y su proceso de recuperación, dependerán de factores anteriores y posteriores a la violación, así como de características propias de la mujer.

Existen varios factores que influirán en la severidad de la presentación de los síntomas y la capacidad de recuperación después del acto de violencia sexual. Sin embargo, Frazier, et al. (2011); y Ullman et al. (2007), afirman que “los factores posteriores a la agresión serían los mejores predictores de la sintomatología reactiva a la agresión” (citado en Cruz et al. 2015, p. 34). De esta forma, las creencias desadaptativas, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social, serán los tres factores que se destaquen a la hora de predecir entre una mayor o menor presentación de síntomas, y mejor o peor capacidad de recuperación (Cruz et al. 2015).

Las creencias desadaptativas hacen referencia a las valoraciones negativas que una persona puede atribuir después de haber vivido un evento traumático; sin embargo, las ideas de culpa son las que suelen presentarse con mayor incidencia, seguido de creencias de control sobre la recuperación, sobre el futuro y la creencia de mayor probabilidad de una nueva agresión (Cruz et al. 2015).

Las estrategias de afrontamiento que una persona puede presentar pueden ser de dos tipos: adaptativas o desadaptativas. De acuerdo con Najdowski y Ullman (2009), “las estrategias de afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo social instrumental, reevaluación positiva, desahogo, planificación, aceptación, humor y religión” (citado en Cruz et al. 2015, p. 37), son formas que se vinculan con un mejor ajuste y adaptación tras la agresión. Por otro lado, estos mismos autores describen a las conductas de evitación, auto-distracción, negación y desconexión conductual como estrategias desadaptativas que empeoran e impiden el ajuste de la persona (citado en Cruz et al. 2015, p. 37).

Tanto el tipo de creencias como los estilos de afrontamiento desadaptativos están relacionados negativamente con la sintomatología del trastorno de estrés posttraumático, depresión y un peor ajuste después de la agresión sexual (Cruz et al. 2015).

En cuanto al apoyo social, este facilitará y será una gran ayuda para la víctima, siempre y cuando este sea percibido por ella, es decir que no solo debe existir el apoyo social, pero la mujer debe llegar a percibirlo como satisfactorio, de esta forma este factor será un fuerte predictor a largo plazo en la disminución de los efectos de la violación (Cruz et al. 2015). Borja, Callahan y Rambo (2009), hacen referencia a que muchas de las veces el apoyo que se recibe es muy bien intencionado, pero no el necesario para las víctimas en ese momento, llegando a ser de cierta forma un estresor (citado en Cruz et al. 2015).

Se ha observado que la estrategia de planificación enfocada en el problema, donde se piensa en cómo afrontar el estresor y planificar estrategias de acción, es menos efectiva que la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción que tiene mayor efecto sobre la recuperación y adaptación de la víctima. Sin embargo, como se

mencionó antes, el mejor predictor de reducción de sintomatología y mejor ajuste es la satisfacción percibida del apoyo social que experimenta la mujer (Cruz et al. 2015).

### **Principales implicaciones psicológicas en mujeres embarazadas por violación**

Pérez et al. (2014), mencionan que durante el embarazo varios aspectos emocionales primarios y regresivos comienzan a movilizarse en la mujer, de este modo sus fantasías más primitivas y caóticas se hacen presentes, poniéndola en una situación de vulnerabilidad que puede incluso desestabilizarla.

Por lo tanto, la salud mental de la mujer que ha sido violada al momento de vivir su embarazo, y posteriormente su maternidad, se ve determinada por la inestabilidad, síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, disforia, aislamiento, agresividad, así como ideación suicida (Pérez et al., 2014).

Estos factores psicológicos van a tener consecuencias desfavorables en el proceso de gestación. Específicamente con la presencia del trastorno de estrés postraumático se encontró que existe una desregulación en la hormona liberadora de la corticotropina, normalmente liberada en situaciones estresantes. Las víctimas de violación presentan una constante activación de esta hormona, y la exposición del útero a altos niveles de corticotropina trae graves efectos para el feto a nivel biológico (Pérez et al., 2014).

En el estudio realizado por Pérez et al. (2014), donde se analizaron peritajes e historias clínicas de mujeres atendidas por profesionales del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en Perú, se demostraron las formas en que la violencia y el embarazo tuvieron repercusiones significativas en el funcionamiento mental y social de las mujeres evaluadas. Se registraron síntomas relacionados con estados de ansiedad, como flashbacks, miedo, somatización y desesperación; síntomas asociados con

depresión, como ánimo depresivo o tristeza, somatización, sentimientos de culpa, desvalorización e ideación suicida; síntomas indicadores de alteraciones cognitivas, como deterioro en memoria, concentración y pensamiento.

Una proporción de víctimas presentaron problemas en el control de impulsos, por lo que se vieron expuestas al consumo de sustancias y a las conductas adictivas. También existieron alteraciones en el propósito de vida de las mujeres, ya que la maternidad cambió las prioridades y objetivos que tenían pensados (Pérez et al., 2014). Finalmente, a nivel interpersonal se encontraron alteraciones importantes, como disminución en la capacidad para vincularse con otro, establecer relaciones significativas con las personas cercanas, dificultades en la relación de pareja, aislamiento social, desconfianza en los demás, y alteraciones del vínculo madre-hijo (Pérez et al., 2014).

### **Vínculo afectivo entre madre e hijo fruto del asalto sexual**

Todas las secuelas psicológicas que viven las víctimas de violación tendrán una repercusión enorme al momento de criar a su hijo: un niño que no ha sido planificado y, que muchas de las veces, no es deseado. Por lo tanto, la mujer se encuentra en una situación en donde existirán dificultades al momento de crear un vínculo afectivo con su hijo.

De esta forma, Pérez, et al. (2014) comentan que el vínculo materno-filial es el modo de representación que la madre tiene sobre su hijo en su mente, y que depende de estas imágenes, y de los significados atribuidos a estas, lo que permitirá a la madre tener o no una maternidad saludable, donde se impulse el desarrollo psicobiológico y social esperado en su hijo. Los niños nacidos de una violación sexual es muy difícil que lleguen a ser percibidos como seres humanos que se desee, ya que es un recordatorio de un acto que ha trasgredido a sus madres, por lo tanto, el hecho de tener una maternidad

saludable, o el hecho de que las madres tengan la capacidad de proyectar un futuro seguro y beneficioso para ellos, se vuelve lejano (Pérez et al., 2014).

De igual forma, en el estudio realizado por Pérez et al. (2014), se puede ver que las mujeres que tuvieron un hijo como producto de violación y que presentaban alteraciones en el vínculo materno-filial tenían una tendencia por relacionar a su hijo con el recuerdo permanente de la agresión sufrida. Es así como mostraban una actitud de rechazo, desconexión afectiva y hostilidad, que incluso podían llegar a dar paso al maltrato físico (Pérez et al., 2014). Se encontró que los sentimientos de culpabilidad por la violación y el resentimiento contra el perpetrador eran canalizados hacia el menor (Pérez et al., 2014).

### **El deseo del hijo: elemento principal para la formación del vínculo**

La maternidad para el psicoanálisis “es, fundamentalmente, un hecho ante el cual la mujer da su consentimiento emocional, o no lo da” (citado en Pérez et al., 2014, p. 44). Es así que, para los teóricos psicoanalistas, el deseo de la madre hacia su hijo que está por nacer será el protagonista principal en este proceso y no la biología, ya que el deseo materno hace que el embrión no solo sea un conjunto de células más, sino que se proyecte como un “ser humano, alguien esperado del cual se habla y al que, aún antes de su nacimiento, se le otorga un lugar en un linaje simbólico” (citado en Pérez et al., 2014, p. 44).

De esta forma, “es posible gestar un hijo en el vientre, pero no en la mente, o es posible sentirse madre de todos sin haber tenido hijo alguno” (Pérez et al., 2014, p. 44). Como menciona Tendlarz (2014), el hecho de dar a luz y experimentar el parto, no significa que una mujer sea madre, o mucho más que exista el deseo de serlo (citado en Pérez et al., 2014, p. 44).

Winnicott, teoriza acerca del vínculo materno-filial y plantea el concepto de la “madre suficientemente buena”, la misma que se caracteriza por la adaptación empática hacia las necesidades de su hijo, además que tiene la capacidad de responder con tolerancia a las primeras etapas de la vida de su hijo, es decir que puede proporcionar sostenimiento o “holding” a su bebé (1993).

Este mismo autor menciona que estas características son necesarias para que el bebé desarrolle una noción saludable y estable sobre su identidad, el “yo soy” (Winnicott, 1993). Caso contrario, se ve expuesto a desarrollar un tipo de “angustia impensable, siempre de naturaleza psicótica, y el infante será incapaz de iniciar la maduración del yo, o bien el desarrollo de este quedará distorsionado en aspectos vitales” (Pérez et al., 2014, p. 45). El término de la “madre suficientemente buena” no está relacionado con el nivel de educación o el nivel intelectual, este tipo de madre será aquella que simplemente desee y ame a su hijo (Pérez et al., 2014).

Freud plantea que “cuando existe un deseo de la madre por el hijo, este comienza a amarse a sí mismo gracias al amor de ella y, a la vez, la madre se ama a sí misma a través de su hijo” (citado en Pérez et al., 2014, p. 46). De igual forma, este deseo materno, será lo que le da valor al niño de ser un ser amado, y esta connotación implícita facilitará la idea de pertenencia de este ser en su entorno social (Pérez et al., 2014). Sin embargo, cuando existe una percepción de ajenidad hacia el bebé en donde no existe el reconocimiento de la madre en su hijo, este puede llegar a ser visto como “un objeto sin valor que solo provocaría decepción y rechazo” (Pérez et al., 2014, p. 46).

La ausencia de deseo por el hijo es muy frecuente en aquellas mujeres que han vivido una maternidad problemática, no agradable ni gratificante. Estos sentimientos, por lo general, se manifiestan cuando existe una afectividad negativa hacia el embarazo,

hacia ella misma, hacia el padre del bebé, o figuras importantes de su pasado (Pérez et al., 2014). Cuando existe el sentimiento de ajenidad por el hijo, o cuando la madre no está preparada o no tiene el deseo de dar existencia al niño que lleva en su vientre, “este puede convertirse en un castigo de la biología, en un peso insostenible cuya presencia producirá heridas inevitables, no solo en el proceso de humanización del niño, sino en la vida de la madre” (Pérez et al., 2014, p. 48). De esta forma, como menciona Lacan, lo más importante y vital para el nacimiento del niño, es que lo deseen (citado en Pérez et al., 2014).

### **La conducta de apego**

Durante los primeros años de vida, el desarrollo de la persona está influenciado por factores externos que tienen efecto en el desarrollo psicoafectivo y neuro madurativo del individuo. De esta forma, las primeras experiencias del niño son un determinante crítico para la adaptación de éste a los diferentes momentos y situaciones a los que se enfrenta (Espinoza y Vásquez, 2006).

Por lo tanto, la primera vinculación entre madre e hijo será el facilitador de la supervivencia del individuo. Mediante la creación de los primeros vínculos, la persona desarrollará de manera adecuada su área física, psicológica y social. Por otro lado, si la vinculación es insatisfactoria e inadecuada puede significar un factor de riesgo para el futuro desarrollo de la persona (Espinoza y Vásquez, 2006).

Los procesos de vinculación dentro de la psicología son englobados por la Teoría del Apego desarrollado por J. Bowlby (1969, 1973, 1980) y Mary Ainsworth (Ainsworth, 1967, Ainsworth et al., 1978, Ainsworth & Wittig, 1969). Esta teoría socioemocional (Salinas y Posada, 2014), “busca entender la necesidad de las personas por desarrollar vínculos fuertes, selectivos y duraderos con otros individuos, y

(entender) cómo la alteración o la amenaza de alteración de estos vínculos puede causar alteraciones emocionales e incluso psicopatología” (Espinoza y Vásquez, 2006, p. 6).

El apego es el vínculo afectivo que se da en la diada sujeto-cuidador (progenitores, muchas de las veces, la madre) con sujeto-menor (hijo), que es relativamente perdurable. Cada miembro de este vínculo es importante como individuo único; el sujeto- cuidador no es intercambiable, puesto a que es con quien el sujeto-menor quiere mantener cercanía (Salinas y Posada, 2014). Ainsworth (1989) menciona que el vínculo se manifiesta por medio de un sistema organizado de conducta que tiene como objetivo mantener la proximidad entre el niño con una o más personas que sean afectivamente cercanas a este, que generalmente las ve como figuras fuertes y sabias (citado en Salinas y Posada, 2014).

Sroufe (2014), menciona que el papel de los cuidadores es poner a los bebés dentro de un entorno social envolvente, para que su *self* que emerge se vaya moldeando de acuerdo con las interacciones que vaya teniendo con las diferentes relaciones que se presenten (citado en Salinas y Posada, 2014). De este modo, se facilita la exploración y el desarrollo de habilidades y la búsqueda de experiencias significativas, ya que se conserva el equilibrio entre los deseos de tranquilidad y seguridad al contar con un cuidador que permite al bebé a manifestar su curiosidad inherente (citado en Salinas y Posada, 2014).

Posada (2004) comenta que, para Bowlby, “la característica esencial del apego no es la dependencia, ni la protesta de separación del sujeto cuidador, sino más bien el balance -aparentemente intencional-, entre la búsqueda de proximidad con el cuidador o cuidadora y la exploración en distintos contextos y tiempos” (citado en Salinas y Posada, 2014, p. 1054). Por lo tanto, se considera que la figura de apego es aquella persona que proporciona al infante una base estable de seguridad que le permita

mantener la tranquilidad durante momentos de necesidad y de alto estrés, como, por ejemplo, en “situaciones de hambre, incomodidad, tensión o peligro” (Salinas y Posada, 2014, p. 1055). Visto de esta forma se puede decir que el apego y la formación de estos vínculos emocionales, forma parte de la evolución misma, ya que asegura la supervivencia de la nueva especie al momento de regular el estrés que se produce en el niño, y donde el papel del cuidador es favorecer a la existencia y continuación de su cría mediante la protección (Salinas y Posada, 2014).

El establecimiento del vínculo madre-hijo tiene un carácter multidimensional, es decir, se ve afectado por varios factores o influentes. Es así que juegan un papel muy importante factores como “la personalidad de la madre, el temperamento del niño, la calidad del apoyo social existente (...), la salud mental de la madre, el ajuste marital y la presencia de pobreza” (Espinoza y Vásquez, 2006, p. 8). En cuanto al temperamento del niño se puede decir que, aunque este influye en la facilidad o dificultad de formar un vínculo seguro con la madre, este se ve reforzado por las respuestas satisfactorias o no del progenitor ante la irritabilidad del infante (Calavia, 2012).

Por lo tanto, es la acción-respuesta entre hijo-madre lo que permite el desarrollo del apego. Sin embargo, factores que se relacionan con el contexto global y ambiental, también se ven involucrados dentro de este proceso (Calavia, 2012). De esta forma, Svanberg (1998), plantea que el bienestar del niño que va a nacer está estrechamente relacionado con ciertas vulnerabilidades parentales como las actitudes disfuncionales, las pérdidas o traumas no resueltos, la presencia de problemas de aprendizaje o de enfermedades mentales crónicas (citado en Espinoza y Vásquez, 2006).

Consecuentemente, Carrillo et al. (2004) mencionan que “todas las interacciones posibles entre la sensibilidad materna, la acumulación de estresantes, los factores de

riesgo, los sistemas familiares y eventos vitales” (citado en Calavia, 2012, p. 6) son importantes al momento de la formación y desarrollo del vínculo afectivo.

### **Tipos de apego**

Uno de los estudios que más destaca dentro de la teoría de apego y que consolida y da credibilidad y apoyo a los primeros fundamentos descritos por Bowlby, es el trabajo realizado por Ainsworth en Uganda y Baltimore, específicamente el estudio de la Situación Extraña (SE) (Salinas y Posada, 2014).

La SE de acuerdo con Ainsworth & Wittig (1969) y Ainsworth et al. (1978), se considera “el procedimiento prototipo para evaluar en el laboratorio la calidad del apego niño o niña-cuidador o cuidadora, entre los 12 y los 18 meses de vida” (citado en Salinas y Posada, 2014, p. 1055). Juárez-Hernández (2004), afirma que la SE trata de medir los niveles gradualmente crecientes de ansiedad en los niños, mediante ocho episodios de tres minutos aproximadamente para cada episodio, en donde existe dos separaciones y dos reuniones entre el sujeto cuidador con el sujeto menor. Durante cada situación se observan las diferentes conductas de apego que presentan los sujetos menores que se ven manifiestas en la interacción con sus cuidadores (citado en Salinas y Posada, 2014).

Mediante la SE, se determinó que la conducta de apego puede desarrollarse de diferentes formas, es por eso por lo que se las ha clasificado en apego seguro, ansioso, evitativo y ambivalente.

#### *Apego seguro*

El apego seguro está relacionado con individuos que desde su nacimiento mantiene relaciones estables, íntimas y satisfactorias (Calavia, 2012) con sus principales cuidadores, que comúnmente tiende a ser su madre. Asimismo, estos individuos se

desenvuelven en una familia estable y contenedora, o que, a pesar de vivir en un medio difícil, desarrollaron resiliencia (Espinoza y Vásquez, 2006).

Dentro del apego seguro, la principal figura de apego sirve al infante como una base segura para explorar su entorno de manera activa, de esta forma buscan contacto con su cuidador ante situaciones de angustia o estrés, ya que sienten que sus cuidadores serán accesibles, sensibles y colaboradores cuando se presente una situación atemorizante, el niño sabe de cierta forma que va a ser recibido de manera asertiva y positiva cuando lo necesite (Espinoza y Vásquez, 2006).

Varios autores (Kobak y Sceery, 1988; Mikulincer, Shave y Perg, 2003) afirman que en este tipo de apego existe menor ansiedad y evitación, así como una mayor confianza en la búsqueda de apoyo, comodidad con la cercanía, seguridad con relación a sus cuidadores y diferentes medios constructivos para afrontar el estrés (citado en Calavia, 2012).

Perris (2000), menciona que el apego seguro dependerá mucho de la capacidad del cuidador en poder interactuar, animar, modificar y responder a las señales emocionales que el niño exprese cuando surja una necesidad por satisfacer (citado en Calavia, 2012). Asimismo, el cuidador debe ser sensible y tener la habilidad suficiente para poder apaciguar y calmar al niño cuando este se encuentre ante una situación que le pueda generar estrés (Calavia, 2012).

Según Morga et al. (2008), el apego seguro llega a ser “producto de la sensibilidad, es decir, de la calidad de respuesta del sujeto cuidador a las necesidades específicas del niño o niña” (citado en Salinas y Posada, 2014, p. 1056). Es la característica de la sensibilidad (sensibilidad materna) lo que Ainsworth (1973) describió como la habilidad del cuidador para prestar atención a las señales que muestre el menor, y su capacidad de interpretarlas de manera correcta y actuar de manera

adecuada ante las mismas mediante una respuesta pronta y apropiada que calme la insatisfacción de su bebé (citado en Salinas y Posada, 2014). Un cuidador que posee sensibilidad sabe prestar atención tanto a las necesidades físicas como emocionales del niño, y tiene la capacidad de empatizar con él, es decir ve desde su punto de vista, lo que le causa insatisfacción, y se ajusta a sus estados emocionales y a las particularidades del infante, y también sabe sincronizar sus actividades con las de su niño (Salinas y Posada, 2014).

Desde la perspectiva de Seifer y Schiller (1995), la sensibilidad “no es sinónimo de calidez o amor” (citado en Salinas y Posada, 2014, p. 1056), más bien según Carbonell (2011), es vista como el resultado de “la relación recíproca y coordinada donde ambos interlocutores cooperan a nivel emocional y conductual, a pesar de que esta relación se enmarque en climas emocionales positivos” (citado en Salinas y Posada, 2014, p. 1056). Por lo tanto, una respuesta adecuada por parte del cuidador ante las necesidades del niño dará a entender y hará sentir al menor que él es merecedor de dicho cuidado y afecto (Salinas y Posada, 2014).

Es así que cuando el cuidador atiende las demandas del infante, envía el mensaje de que el ambiente que lo rodea es seguro y que puede explorarlo con tranquilidad, creando en él un sentido de autoconfianza que impulsa su independencia (Salinas y Posada, 2014). De esta forma, Weinfield et al. (1999) recalcan que las respuestas sensibles y afectuosas son importantes para la creación de niños empáticos, que previenen el desarrollo de niños consentidos y malcriados (citado en Salinas y Posada, 2014).

Asimismo, Calavia (2012) comenta que el contacto físico positivo es lo más importante para la creación del apego seguro. Esta conducta determina un efecto directo

en el cerebro del niño, causando respuestas neuroquímicas específicas relacionadas con la organización normal responsable del apego.

#### *Apego ansioso*

De acuerdo con Marrone (2001), el apego ansioso es aquel en que los individuos tienden a reaccionar con comportamientos intensos y de alto nivel de activación, por ejemplo, mediante frustración y reactividad emocional hacia sus cuidadores o principales figuras de apego (citado en Espinoza y Vásquez, 2006).

Este tipo de apego también es conocido por ser de tipo ambivalente, y se caracteriza principalmente porque las conductas que desarrollan estos niños suelen ser reflejo de las historias vinculares que experimentan con sus cuidadores. Es decir, que el vínculo afectivo que comparten con sus cuidadores suele ser errático y cambiante, presentando conductas de “sobre o sub- responsabilidad” (Calavia, 2012, p. 5).

Por lo tanto, se observan conductas de rechazo esporádico hacia los niños, lo que genera en ellos una falta de seguridad de saber cómo reaccionar ante la respuesta de sus padres sobre sus necesidades. Por un lado, desean ser atendidos y recibir ayuda; pero, por el otro lado, no saben si van a revivir el rechazo una vez más (Espinoza y Vásquez, 2006), y es por esto por lo que expresan sentimientos de ira y ansiedad (Calavia, 2012).

Para Bowlby (1995) la principal inseguridad de estos infantes está vinculada con la incertidumbre de saber o no si su progenitor será accesible, sensible, colaborador y asertivo al momento en que el pida ayuda y requiera que se cubran sus necesidades; ya que, por lo general, existe inconsistencia ante las señales que el niño brinda y la respuesta inmediata que recibe de su figura de apego (citado en Espinoza y Vásquez, 2006).

Por lo tanto, este estado de inseguridad e intranquilidad generarán en el niño “conductas de aferramiento al cuidador y ansiedad ante las separaciones y la

exploración” (Espinoza y Vásquez, 2006, p.13). Es así como los niños con este tipo de apego se vuelven hipervigilantes de las reacciones y respuestas de su cuidador principal, se encuentran en constante alerta y priorizan sus necesidades de apego antes que permitirse explorar su entorno, puesto a que no se sienten contenidos ante situaciones de angustia o estrés (Espinoza y Vásquez, 2006). Asimismo, suelen reaccionar de manera exagerada, con conductas de extrema ira e intensidad afectiva y emocional, ya que es de esta forma que han aprendido a ser atendidos y prestados atención, entienden que de esta forma sus cuidadores se ven motivados a responder a sus necesidades (Espinoza y Vásquez, 2006).

#### *Apego evitativo*

El apego evitativo se da en niños que presentan una mínima confianza hacia su figura de apego, ya que sienten desconfianza en que van a ser ayudados, es así como se muestran inseguros con los demás mostrándose de manera indiferente e independiente (Calavia, 2012).

Por lo tanto, estos infantes y su sentido de autonomía se ven reflejado en la exploración de su entorno más comportamientos de evitación a su cuidador, tienden a ignorarlo cuando se encuentran en situaciones de estrés, o cuando se sientan insatisfechos o preocupados (Espinoza y Vásquez, 2006). Mikulincer (2003), menciona que la autosuficiencia que presentan estos individuos es compulsiva y tiene a expresarse por medio del distanciamiento emocional y físico de los otros (citado en Calavia, 2012). Estos individuos están bastante desvinculados con sus conductas de apego, se puede decir que de cierta forma esta escasamente activadas, ya que ha recibido señales del ambiente de que no puede confiar en sus cuidadores (el ser rechazo, ignorado o permanecer distanciados), por lo que buscará volverse emocionalmente autosuficiente.

De acuerdo a Bowlby (1980), existen específicamente dos experiencias infantiles que marcan este tipo de apego, la primera está relacionada con la pérdida de alguno de los padres en la niñez, y donde el niño tuvo que enfrentarlo solo; y la otra con la existencia de una actitud crítica por parte de uno de los progenitores, donde no existió la empatía suficiente en cuanto a las necesidades y el deseo natural de niño por ser amado, protegido, apoyado y atendido (citado en Espinoza y Vásquez, 2006).

De la misma forma, Ainsworth (1979) describe que es muy probable que el rechazo experimentado por estos niños haya venido por parte de su madre, al momento de demostrar “señales afectivas indicadores de su deseo de proximidad hacia (ellas)” (citado en Espinoza y Vásquez, 2006, p. 11). Esta dinámica entonces se verá reforzada por la actitud negativa o no asertiva por parte de las madres ante el deseo de contacto y de ser acogidos por los niños, y se verán reflejados con comportamientos de inhibición de las señales afectivas, o de señales que les permitan expresar sus necesidades, “dejando al niño con la noción de que la expresión de afectos es contraproducente” (Espinoza y Vásquez, 2006, p. 12). De este modo, los deseos de proximidad, de cercanía, la necesidad de afecto, así como la expresión de sentimientos hacia el cuidador se ve bloqueada, se imposibilita el compartir y el intercambio afectivo entre madre e hijo, llegando incluso a la creación de un afecto positivo falso, en donde se cree que todo está bien, pero en el fondo del infante existe ansiedad porque sus necesidades no están satisfechas (Espinoza y Vásquez, 2006).

De esta forma, esta conducta por parte de los niños suele parecer que no causa desesperación o angustia en ellos, por la naturalidad y despreocupación con la que se comportan ante las separaciones, sin embargo, existen signos fisiológicos que indican la presencia de ansiedad, y que suele mantenerse activada por un periodo prolongado de tiempo (Calavia, 2012). De igual forma, una conducta que es muy marcada en estos

niños es la negación de emociones como la ira, el enojo e incluso hostilidad, y también demuestran alta positividad como estrategia para manejar el afecto negativo que experimentan, pero del que no están muy conscientes o se les es difícil reconocer (Calavia, 2012).

Madres que mantienen un estilo de apego evitativo, rechazan las señales afectivas, que en cierta medida llega a ser una forma de castigo para el hijo, refuerzan en él la inhibición de la expresión afectiva, ya que al ser retado por exigir que se cubran sus necesidades o ver que la respuesta de su madre es de ira y enojo; este aprende a no mostrar lo que necesita o requiere puesto que así evita el rechazo y la rabia de su madre; así también el niño guarda en su inconsciente que mostrar sus emociones y sentimientos es contraproducente (Calavia, 2012). Según, Magai, et al. (2000). Por otro lado, padres con un estilo de apego evitativo se manejan principalmente con “castigo físico y la retirada de amor” (citado en Calavia, 2012, p. 5).

#### *Apego desorganizado*

Un último tipo de apego identificado es el apego desorganizado o desorientado, que se trata de aquellos niños que mantienen compartimientos similares a los tipos de apego ansioso y evitativo. De esta forma, tienen conductas contradictorias y cambiantes, por ejemplo, pueden acercarse a la madre cuando se encuentran en una situación estresante, pero al mismo tiempo quieren alejarse de ella, o hacen un contacto o cercanía evitando mirarla, es así como parecen estar confundidos, con temor de acercarse, pero al mismo tiempo mantienen momentos de tranquilidad con otros de alteración (Calavia, 2012).

De acuerdo con el tipo de apego que el niño desarrolle con su cuidador este tendrá una perspectiva específica sobre sí mismo, su entorno y los demás.

Consecuentemente, en el apego seguro el niño mantendrá una idea positiva sobre él y el

resto; en el apego ansioso o ambivalente, la idea de uno mismo será negativa, y la de los demás positiva; mientras que, en el apego evitativo, existirá una idea positiva de uno mismo, pero negativa de los demás; y en el apego desorganizado, existirá una idea negativa tanto de sí mismo como de los demás (Calavia, 2012).

Los vínculos afectivos que se desarrolle entre el niño y su principal figura de apego durante los primeros años determinan las diferentes dinámicas que este individuo desarrolle en el futuro en cuanto a su entendimiento del mundo y de las personas que lo rodean, es por eso de vital importancia contar con la presencia y el apoyo de la figura de apego siempre que nazca una necesidad por parte del niño, ya que de esta forma se disminuye el riesgo de que se fomente la desconfianza por su entorno, miedos intensos o crónicos que pueden subsistir por el resto de su vida (Calavia, 2012).

### **Formación y desarrollo del vínculo afectivo**

Entre los 0 a 3 años, los niños se encuentran en una etapa crítica del desarrollo cerebral, ya que se encuentra en su mayor capacidad de proliferación de conexiones neuronal, y posteriormente a traviesan por la primera poda sináptica, en donde las conexiones que sean menos usadas desaparecen (Moneta, 2014). De igual forma, dentro de esta etapa la plasticidad cerebral de los niños es muy amplia, por lo que son más perceptivos y receptivos a los estímulos externos y tienen mayor capacidad de aprendizaje (Moneta, 2014). Los periodos críticos o ventanas de oportunidad dentro del desarrollo del sistema nervioso son cruciales para la creación o no de ciertos procesos, es por esto por lo que dentro de esta etapa es esencial tener en cuenta la formación del vínculo con el cuidador primario, ya que es en este tiempo donde la confianza y la percepción que se tenga acerca del cuidador y la relación que se tiene con este va a ser fundada (Moneta, 2014).

Los bebés recién nacidos comienzan a desarrollar las primeras manifestaciones de preferencia hacia sus figuras de apego, especialmente a su madre, relacionado estímulos como su olor y su voz (Torres, Causadias y Posada, 2014). Es así como de acuerdo con Bowlby (1969/ 1982), la

[...] orientación gradual hacia su madre continúa creciendo durante los primeros seis meses de edad, pero no se manifiesta en forma más desarrolladas hasta los siete o nueve meses de edad cuando el bebé empieza a mostrar señales de protesta y llora cuando su madre se aleja en situaciones extrañas o cuando está afligido y necesita que la madre lo consuele (citado en Torres, et al., 2014, p. 60-61)

Generalmente, los procesos de apego se desarrollan entre los seis y diecisiete meses de edad (Borbély, 2016). Alrededor de los ocho o nueve meses de edad, el niño comienza a vivenciar el miedo de perder a la persona que satisface sus necesidades, esto se da porque el niño ya ha desarrollado imágenes y representaciones, y tiene la capacidad de extrañar a su cuidador principal. Se da cuenta que depende de esta figura y que necesita de esta para poder sobrevivir en el mundo (Borbély, 2016). Dentro de esta perspectiva, Pikler (citado en Borbély, 2016) sostiene que el apego es una forma de vivir la dependencia.

Entre los veinte y veintidós meses de edad, atraviesa por la etapa de reaceramiento, y se da cuando el niño desarrolla su motricidad gruesa y empieza a desplazarse cada vez más por sí solo. Es así como el bebé comienza a vivir la experiencia de la distancia, lo que puede generarle temor o duda al estar más lejos de su madre (Borbély, 2016). Esta vivencia provoca una mayor y constante necesidad de cercanía con su mamá, aun cuando no desee estar en su regazo, tiende a seguirla constantemente (Borbély, 2016).

Después de esta etapa el niño entra en el periodo de oposición, caracterizado por la necesidad de autonomía y donde el infante quiere hacerlo todo por su cuenta, inclusive lo que él no puede hacer o no se puede hacer (Borbély, 2016).

Dentro del primer año de vida se forma y se establece el vínculo afectivo entre el hijo y su cuidador primario (Moneta, 2014). Su formación es importante ya que influenciará en varios aspectos en un futuro, lo que determina que el tipo de apego que desarrolle la persona servirá de modelo para sus relaciones futuras con otras personas (Moneta, 2014).

Pierucci y Pinzón mencionan que “los estilos de apego tienen influencia en el desenvolvimiento y desarrollo de los seres humanos, por lo que se ve reflejado en el funcionamiento general de los mismos (...) se ha asociado con la autorrealización, madurez, salud mental, adaptación y felicidad” (2003, p. 217).

### **Vínculo afectivo en madres de niños nacidos de una violación**

Rouhani et al. (2015), mencionan que, a pesar de la limitada evidencia empírica sobre los embarazos relacionados con la violencia sexual, esta realidad genera respuestas complejas en las víctimas que han sobrevivido. De igual forma, Pérez, plantea que las mujeres están expuesta a experimentar una maternidad “confusa y ambivalente” (2014, p. 72) porque el impacto de la violación, más el embarazo, genera un difícil procesamiento y entendimiento de lo que ocurre en su cuerpo y mente. Además, existe la posibilidad de poner en riesgo al hijo producto de la violación, ya que es susceptible a situaciones de vulnerabilidad: como el descuido, negligencia, desprotección, abuso físico, y carencia de afecto (Pérez, 2014).

Para aquellas mujeres que han quedado embarazadas después de este acto y han decidido criar al niño fruto del asalto sexual, se presentan según evidencia anecdótica, una relación diádica (madre-hijo) bastante compleja y variada (Rouhani et al., 2015). De esta forma, en las entrevistas realizadas por Rouhani et al. (2015), se observó que las mujeres que crían a niños nacido de violencia sexual reportaron “emociones alternas de amor y odio por sus hijos” (Rouhani et al., 2015, p. 2). Asimismo, varios informes

describen relaciones limitadas y superficiales entre madre e hijo, en donde existe abuso y negligencia contra los niños que han nacido de un acto de violencia sexual, mientras que otros reportes indican que la relación materno- infantil es principalmente positiva (Rouhani et al., 2015).

Varios factores externos van a tener una gran influencia en la formación del vínculo afectivo entre la madre y el hijo, y en general en la relación que se cree entre ellos. Algunos de estos factores están relacionados con el estigma social, la aceptación de la familia y la comunidad (Rouhani et al., 2015). Según los datos documentados acerca del estigma hacia las víctimas de abuso sexual, se sabe que hay una tendencia de señalar más a los niños que han nacido de una violación que a sus madres (Rouhani et al., 2015). De esta forma, varios casos muestran que los niños son percibidos negativamente por sus familias y sus comunidades; llegan a recibir nombres despectivos, o son marginalizados; incluso se ha encontrado que, aunque la mujer víctima de abuso sexual es aceptada por la comunidad después de haber sido ultrajada, la aceptación muchas de las veces no se extiende al niño nacido de este acto (Rouhani et al., 2015).

El estigma y el desprecio que se puede presentar frente a estas madre y niños llega a ser un impedimento en la forma en que las cuidadoras forman el lazo afectivo con su hijo, ya que se ven de cierta forma aisladas y no aceptadas en su medio (Rouhani et al., 2015). Los obstáculos para la creación de una relación segura, estable y saludable entre madre-hijo, pueden influir en experiencias importantes para los niños que incluso llegan a perdurar hasta la adultez. Es así como eventos desfavorables como el maltrato físico, psicológico, y la salud mental de la madre van a marcar en el desarrollo futuro de enfermedades mentales, abuso de sustancias, estrés, y perturbación somática.

Por otro lado, una relación segura y nutritiva desde el nacimiento, será el reflejo de un mejor desarrollo emocional y cognitivo en la infancia, y posteriormente favorecerá en el mejoramiento de la salud física y mental en la adultez (Rouhani et al., 2015).

En el estudio realizado por Rouhani et al. (2015) se entrevistó a 750 mujeres de la provincia de Kivu del Sur, República del Congo, quienes criaban a sus hijos nacidos de una violación sexual, para determinar la relación materno-infantil que existían entre ellos, así como la influencia del estigma social, la aceptación familiar y de la comunidad, y los índices de salud mental de la madre durante de la crianza. Los resultados demostraron que la mayoría de las madres mantenía una actitud positiva hacia sus hijos; la prevalencia del estigma social percibido en la familia y la comunidad hacia las madres y a sus hijos fue de 31,8% a 42,9%; la prevalencia de aceptación percibida en la familia y en la comunidad fue de 45,2% a 73,5%, sin embargo, se observó que existía mayor aceptación hacia la madre que por el niño, donde existió principalmente menor aceptación por el esposo (45,2%), seguido de la comunidad (52,6%), y la familia (68,3%) (Rouhani et al., 2015).

También se encontró que un 66,1% de mujeres, reportó que cuando miraban a su hijo, a menudo tendían a ver a su violador o recordaban el asalto sexual (Rouhani et al., 2015). De igual forma, en el estudio realizado por Nikuze (2013) con 44 mujeres víctimas de violaciones de genocidio en la República de Ruanda, la mayoría de las sobrevivientes mencionan que el vivir con sus hijos nacidos de la violación se convierte en un recordatorio perturbador en su vida cotidiana que no es nada placentero para ellas. Asimismo, reportaron que sus hijos son vistos como “niños no deseados” y que son etiquetados como “niños de malos recuerdos”.

De esta forma, Ciudad plantea que “la criatura cobra la imagen del violador, ya que no es producto de un acto de amor o deseado, sino por el contrario producto de una situación vergonzosa, humillante y aterrorizante” (citado en Pérez, 2014, p. 72). Este dato sugirió que no solamente la madre mantenía cierta asociación con su hijo y el evento que la transgredió, pero la apariencia física del niño y la aceptación inmediata por la familia influenciaba en el grado de estigmatización o de aceptación por la comunidad (Rouhani et al., 2015).

Por lo tanto, se puede observar que en las víctimas de violación en el genocidio de Ruanda que concibieron niños como producto de este acto, existen conflictos entre las familias y parientes en relación con el niño, ya que este es un recordatorio constante del genocidio (Nikuze, 2013), por lo que el grado de estigmatización es muy alto.

De igual forma, el estigma hacia los niños, así como la ansiedad y la depresión de la madre, mantenía relación con índices de crianza más bajos; mientras que la aceptación de la madre o del niño, y la presencia de un esposo, se relacionaba con índices de crianza más altos (Rouhani et al., 2015).

Rouhani et al. (2015), concluyeron que el estigma y los desórdenes en la salud mental estaban negativamente relacionados con las actitudes de crianza, mientras que la aceptación de la familia y de la comunidad se asociaban con actitudes de crianza positiva y adaptativa. De esta forma, se asocia las actitudes positivas de crianza con un vínculo más fuerte entre madre-hijo, en aquellas mujeres donde el estigma social y las percepciones de la comunidad son superadas (Rouhani et al., 2015).

En las tres entrevistas recolectadas por Pérez et al. (2014), a mujeres víctimas de violación sexual y que como consecuencia de este acto concibieron un hijo, se describe el impacto que generó en sus vidas este evento y como han llegado a procesar la

experiencia. Asimismo, dentro de la recolección de datos se puede observar ciertas actitudes de las madres a sus hijos, recalando la relación que mantienen con ellos.

En la primera entrevista se habla acerca de una mujer de 51 años que fue violada y torturada a los quince años por miembros de la Fuerza Armada de Perú durante una investigación en su comunidad, debido a su encarcelamiento, la mujer no pudo hacer nada para detener el embarazo, y cuando salió de la cárcel se encontraba en el cuarto mes de gestación (Pérez et al. 2014). Para ella el embarazo significó un segundo trauma, fue una tortura y sentía un completo rechazo por su realidad impuesta y no deseada (Pérez et al. 2014). Asimismo, el rechazo que inició cuando se enteró que estaba embarazada, perdura 37 años después (Pérez et al. 2014). La mujer señala que es imposible crear un vínculo afectivo positivo con su hija (Pérez et al. 2014). Su actitud durante los primeros diez años de la niña estuvo caracterizada por carencia afectiva, rechazo y violencia física; estos rasgos se ven reflejados en la forma en que la hija cría hoy a sus propios niños (Pérez et al. 2014). Por lo tanto, los efectos transgeneracionales de la experiencia traumática de la mujer se impregnaron en los patrones violentos de crianza de su hija (Pérez et al. 2014).

En la segunda entrevista se puede apreciar a una mujer de 23 años, que fue violada de manera reiterada por su padre a los 13 años, y que quedó embarazada de mellizos, sin embargo, fue acogida por una comunidad de religiosas cuando se enteraron de la situación (Pérez et al. 2014).

La reacción de la víctima ante los sucesos que atravesaba fue de negación y evitación; usó este mecanismo de defensa para sobrellevar el trauma de la gestación (Pérez et al. 2014). En el caso de esta mujer, la primera decisión que tomó fue la adopción, sin embargo, las presiones sociales la motivaron a conservar a sus hijos (Pérez et al. 2014). De esta forma, el nacimiento de sus hijos y la maternidad

significaron un proceso de angustia, desorientación, que fue evolucionando con el tiempo gracias al apoyo externo de las religiosas, mediante el cual llegó a desarrollar un vínculo afectivo y cordial con sus hijos (Pérez et al. 2014).

Pérez et al. señalan que este es un caso particular debido a las condiciones en las que se desarrolló la crianza, un medio de protección donde los factores estresantes fueron disminuidos.

Finalmente, en la tercera entrevista a una mujer de 22 años que fue violada a los 17 años por un compañero de trabajo, señala que la reacción inicial al enterarse del embarazo fue de miedo, su primera opción fue el aborto, pero al no tener acceso a métodos anticonceptivos de emergencia debido a su edad, continuó con el embarazo (Pérez et al. 2014).

La relación que existe entre ella y su hijo se caracteriza por la violencia, la hostilidad y la furia, ella lo culpa de sus problemas y es en él en quien descarga sus frustraciones de una maternidad no deseada que aún no logra aceptar (Pérez et al. 2014).

Las conclusiones de las tres entrevistas sugirieron que el embarazo para ellas tuvo una connotación invasiva, en la que la criatura que llevaban en sí no era nada más que una cosa, algo que continuaba recordando la amenaza a la que fueron expuestas durante la violación (Pérez et al. 2014). La maternidad para ellas significó una experiencia dolorosa, en la cual el vínculo afectivo positivo estuvo opacado por actitudes negativas hacia el menor, donde se reportaron, inclusive, varias respuestas de violencia y maltrato contra el niño debido a la falta de procesamiento de la experiencia traumática de la violación y a la minimización del deseo de las madres por terminar con el embarazo o la opción de adopción. Sin embargo, también se encontró que una de las víctimas pudo crear un vínculo afectivo positivo con sus hijos gracias a un ambiente

óptimo que le permitió sentirse parte de una comunidad sin ser estigmatizada, y que le ayudó a sobrellevar parte de la maternidad.

### **Consecuencias de la falta de vínculos afectivos positivos**

Como menciona Clark (2014), el niño experimenta de manera indirecta las secuelas del trauma de la violación que vivió su madre, es así, que ella puede manifestar respuestas indirectas acerca de su frustración, y de lo que siente, y proyectarlas en su hijo mediante la carencia de afecto o su dificultad para sentir amor por su bebé. Olojede (2004), comenta lo descrito por una mujer víctima de violación en Ruanda, donde la madre describe que experimentó pensamientos de homicidio contra su hijo; describe que no sentía que ese niño fuera suyo, y que a veces llegaba a golpearlo, incluso cuando lo amamantaba (citado en Clark, 2014). Sin embargo, no todas las mujeres responderán de la misma forma, es así como también dentro de estas entrevistas, una víctima mencionó que, a pesar de la incapacidad de amar a su hija, ella intenta amarla, hace esfuerzo por llegarla a querer (citado en Clark, 2014).

En los resultados del estudio en las víctimas de violación que concibieron un hijo como producto de este asalto en el genocidio de Ruanda, se observó que 41 de los 44 participantes mencionaron tener un comportamiento parental de rechazo, es decir negligencia física, carencia de afecto y amor, falta de interés en las actividades y logros del niño, castigo severo constante o inconsistente con el comportamiento del niño, y falta de tiempo de calidad con la criatura (Nikuze, 2013).

Las consecuencias que se ven a la hora de formar vínculos afectivos con niños que han nacido de una violación trae consigo varios problemas. Dentro de los estudios revisados en la mayoría de los casos se puede observar cierta tendencia de rechazo por estas criaturas, y esta realidad es muy importante tomar en cuenta ya que un niño que no recibe suficientes niveles de amor, afecto, cuidado, control y consuelo por su principal

figura de apego, puede experimentar sentimientos de alienación, hostilidad, agresión, bajo autoestima, y comportamientos antisociales o de riesgo (Nikuze, 2013).

La personalidad de estos niños se ve distorsionada debido a la falta de una cantidad de apego emocional y físico que necesitan para su bienestar personal (Nikuze, 2013). De esta forma, estos niños pueden desarrollar malos hábitos alimenticios, problemas de sueño, incapacidad para desarrollar buenas habilidades de sociabilización, juego agresivo, sentimientos de tristeza, agresión verbal y física hacia otros, así como falta de respeto a los demás, involucramiento temprano en actividades sexuales, desarrollo de trastornos del comportamiento (Nikuze, 2013).

Nikuze (2013), recalca que un niño concebido en una violación debe vivir libre de negligencia, discriminación, y del ostracismo. A pesar de la complejidad de la problemática detrás del embarazo por violación, es importante tomar en cuenta tanto a las madres, como a los niños que son víctimas de esta realidad, y que necesitan recibir ayuda para poder manejar la experiencia traumática y poder construir un futuro más comprometedor (Nikuze, 2013).

### **Métodos y propuestas para mejorar los vínculos afectivos madre-hijo**

La problemática en torno al embarazo como producto de violación abarca diferentes variables que se correlacionan entre sí. Una de ellas es la salud mental de la madre, quien tiene que procesar y entender el acto de violencia sexual, así como hacer frente a la maternidad (muchas veces impuesta) y a la crianza del niño que lleva en su vientre. Por otro lado, tenemos al niño producto de la violación, que muchas de las veces llega a un ambiente hostil y que no está preparado para recibirlo como se merece, y que como consecuencias de esta situación es vulnerable a desarrollar un sin número de problemas en un futuro, si no desarrolla estrategias que le ayuden a ser *resiliente*. Por último, se encuentra el medio en el que nace el niño y en que la madre y el hijo

desarrollan su relación, pudiendo ser favorable o desfavorable para la formación de un vínculo afectivo positivo entre la diada, esta variable hace referencia al entorno social compuesto por la familia, la comunidad (amigos, vecinos, comunidad médica) y el Estado.

De esta forma, es importante que existan métodos y estrategias que permitan mejorar los vínculos afectivos que se pueden dar entre madre-hijo, para que ambos miembros de esta relación tengan la posibilidad de crear un presente y un futuro estable y sano, a nivel físico, psicológico y social.

### **Intervención terapéutica en las madres víctimas de abuso sexual**

Habigzang et al. (2009) afirman que la intervención para personas que han sido violentadas sexualmente debe ser de inmediata, ya que con el pasar del tiempo los síntomas no se alivian, el trauma que conlleva la violación debe ser atendida lo antes posible mediante tratamientos psicológicos. Mientras más pronta sea la iniciación de la terapia, existirá mayor mejoría en cuanto a síntomas de depresión, rabia, disociación y aislamiento (citado en Vallejo y Córdoba, 2012).

Khanna (2008) menciona que el primer acercamiento, así como la calidad de la atención primaria en los centros de servicio, serán un determinante esencial en el futuro de la salud de las mujeres sobreviviente del asalto sexual (citado en Vallejo y Córdoba, 2012).

En el caso de mujeres que quedaron embarazadas como producto de asalto sexual existe una baja probabilidad de que, tanto la asistencia psicológica como un primer acercamiento positivo con los centros de servicios sea posible. Sin embargo, el acceso a un tratamiento psicológico en esta población será indispensable (Vallejo y Córdoba, 2012) para ayudar a las víctimas a manejar de mejor manera el trauma y tener herramientas para hacer frente al embarazo.

Vallejo y Córdoba (2012), afirman que es importante trabajar a partir de un enfoque multidisciplinario, que abarque diferentes técnicas y modalidades de tratamiento terapéutico.

Las terapias psicológicas que pueden usarse para tratar el abuso sexual son varias, entre ellas están las terapias con enfoque psicodinámico, cognitivo conductual y farmacoterapia (Vallejo y Córdoba, 2012).

En las terapias con enfoque psicodinámico para personas víctimas de abuso sexual se hace énfasis en “el alivio de los síntomas y el dolor o sufrimiento personal generado” (Vallejo y Córdoba, 2012, p. 28). Dentro de esta terapia se busca facilitar la exploración y la elaboración del evento traumático a través del relato y contextualización del mismo, donde se quiere que la víctima llegue a resignificar la historia y el evento traumático con el fin de que el impacto de la violación sexual disminuya paulatinamente (Vallejo y Córdoba, 2012). De acuerdo con Yalom (1986, 2000), algunos de los factores terapéuticos que participan en el proceso psicológico son “la cohesión, la catarsis, el factor existencial y la universalidad” (citado en Vallejo y Córdoba, 2012, p. 30).

Por otro lado, la terapia cognitivo conductual en víctimas de abuso sexual ayudó en la reestructuración de los recuerdos traumáticos, en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, en la percepción de culpa, aumento de confianza en la relación con pares y los síntomas de estrés postraumático redujeron en cuanto a la “revivencia del trauma, evitación e hipervigilancia” (Vallejo y Córdoba, 2012, p. 32). Las técnicas de esta terapia se enfocaron en favorecer la comprensión del funcionamiento psicológico y aprender a crear nuevos pensamientos y comportamientos para lidiar con las situaciones que activan las creencias disfuncionales (Vallejo y Córdoba, 2012).

En contraste, la farmacoterapia, principalmente, tendrá su efecto a nivel neurobiológico del cerebro, permitiendo regular las respuestas al estrés, y en combinación con psicoterapia individual se podía llegar a controlar síntomas de ansiedad generalizada. Asimismo, los fármacos utilizados en víctimas de violación que desarrollaron trastorno de estrés postraumático (TEPT), fueron antidepresivos y ansiolíticos (Vallejo y Córdoba, 2012).

Una vez que se ha escogido un tratamiento psicológico para la madre, donde se trate el trauma de la violación y el impacto de la maternidad y la crianza, será importante que se brinde estrategias y herramientas que le permitan afrontar la realidad a la que se ve expuesta. De esta forma, la mujer que ha decidido criar al niño fruto de la violación deberá contar con el apoyo suficiente y desarrollar habilidades que le permitan fomentar en ella la aceptación y responsabilidad por establecer un vínculo saludable con su hijo.

### **Creación de un vínculo afectivo entre madre-hijo**

De acuerdo con Brazelton y Crame (1993), existen “seis características de la interacción progenitor bebé, las cuáles evidenciarían la calidad de tal relación y permitirían el desarrollo temprano del vínculo” (citado en Espinoza y Vásquez, 2006, p. 19). La primera característica es la sincronía, que es la capacidad del cuidador de adaptar su conducta de acuerdo a los propios ritmos del infante; la segunda característica, es la simetría, que está relacionada con cierto equilibrio en la capacidad del progenitor de prestar atención al niño y respetar los umbrales del bebé cuando este busque independencia o necesite la retroalimentación de sus cuidadores; la tercera característica es la relación con la contingencia, es decir que las respuestas de los padres hacia las señales del bebé suelen depender de las circunstancias en que este requiera ser atendido; la cuarta característica es el arrastre, y es la capacidad del progenitor – bebé

de estar en sincronía en cuanto a las señales y respuesta, es un ajuste mutuo; la quinta característica es el juego, en donde tanto el cuidador como el hijo comienzan a ampliar lo que saben del otro, es el espacio para aprender de la interacción que mantienen entre madre-hijo, donde el niño se conoce a sí mismo, y entiende acerca de la interacción con su progenitor, mientras que la otra parte aprende a identificar e interpretar las señales del bebé durante el juego y le permite crear nuevos repertorios de exploración para su hijo; finalmente, la sexta característica, hace referencia a la interacción de autonomía y flexibilidad, en la cual el niño comienza a desenvolverse por sí solo gracias a la seguridad que le han dado a partir de las respuestas predecibles y flexibles de sus cuidadores, a partir de esto el niño se encuentra en un ambiente no rígido que le permite explorar sin miedo a la separación, porque siente el respaldo de su progenitor (Espinoza y Vásquez, 2006).

Marrone (2001), postula que mediante las interacciones asertivas entre cuidador-hijo, que incluyen las respuestas sensibles y la capacidad de interpretación adecuada ante las señales del bebé, influyen significativamente en el desarrollo posterior de la integración del *self*, la autovaloración, e incentivan la creación de patrones de respuestas amorosas, recíprocas y de cooperación hacia los demás (Espinoza y Vásquez, 2006).

De acuerdo con Crittenden (2006), la sensibilidad materna es el patrón de conductas y respuestas que presenta el cuidador ante las demandas de su hijo, y que promueven la atención asertiva y consciente de las señales del niño mediante el incremento de confort, la capacidad de tranquilizar y la reducción de angustia (citado en Miranda, Olhaberry y Morales, 2017). Bowlby (1988), señaló que la sensibilidad materna adecuada está asociada directamente con el tipo de apego seguro en el niño (citado en Miranda et al., 2017).

De la misma forma, se puede observar que dentro de los factores que influyen en la creación de vínculos afectivos, las representaciones mentales del cuidador con respecto al apego son importantes pues determinarán las respuestas sensibles que tengan ante las demandas de sus hijos, lo que a su vez se verá reflejado en el tipo de apego que formen dentro de la diada (Espinoza y Vásquez, 2006).

Las representaciones mentales de los padres están relacionadas con los patrones de apego tempranos que ellos tuvieron con sus cuidadores. De esta forma, una representación mental caracterizada por un sentimiento de inseguridad significará en una menor capacidad de responder de manera sensible a las necesidades del niño, así como la formación de un apego inseguro entre cuidador-hijo (Espinoza y Vásquez, 2006). Sin embargo, también se ha encontrado cuidadores con un apego seguro y que muestran una baja sensibilidad ante sus hijos, y esto podría explicarse por elevados niveles de estrés experimentados por aquellos cuidadores (Espinoza y Vásquez, 2006).

Otro factor que facilita la formación de vínculos de apego seguro es la mentalización (Espinoza y Vásquez, 2006). Mediante esta habilidad el progenitor puede anticiparse a las necesidades de su hijo, ya que es capaz de inferir los estados mentales del niño a través de la función reflexiva que facilita entender lo que el otro busca, y al mentalizarle puede satisfacer de mejor manera sus demandas (Espinoza y Vásquez, 2006).

Espinoza y Vásquez (2006), hacen alusión a la presencia de psicopatología en el cuidador, factor que marcará una vital influencia en las representaciones mentales con respecto al vínculo de apego, ya que la habilidad de la madre se ve comprometida al momento de inferir, interpretar, y responder de manera adecuada ante los requisitos del niño. También influye en “las habilidades para crear un ambiente de soporte emocional

que promueva relaciones entre padres-hijos protectoras y que permita el sano desarrollo de los niños” (Espinoza y Vásquez, 2006, p. 26).

Una de las psicopatologías que causa efectos significativos en la relación entre madre-hijo, es la depresión, que especialmente afecta el apego infantil (Miranda, et al., 2017). Según Stein et al. (1991), uno de los síntomas importantes de la depresión es el ensimismamiento, que tiene implicaciones en la capacidad de inferir, percibir, e interpretar las diferentes señales del niño, manifestándose “en una baja sensibilidad frente a las necesidades infantiles” (citado en Miranda, et al., 2017, p. 2).

De esta forma, Weinberg y Tronik (1996), afirmaron que la insensibilidad materna está relacionada con la alteración de los procesos de regulación emocional tanto del hijo como de la madre (citado en Miranda, et al., 2017). Estos mismos autores observaron que “los niños con madres retraídas se auto-calman y al largo plazo se retraen para lidiar con su estado, mientras que los niños de madres hostiles e intrusivas se muestran irritables para limitar la intrusión materna” (citado en Miranda, et al., 2017, p. 2). Por lo tanto, Muzik y Borovska (2010), encontraron que la depresión en madres es un factor de riesgo para desarrollar un estilo de apego inseguro y aumenta la probabilidad de efectos negativos en el vínculo conforme la depresión sea más crónica y severa (Miranda, et al., 2017).

En el estudio descriptivo, comparativo y longitudinal realizado por Miranda, et al. (2017), a 112 mujeres embarazadas chilenas, entre 18 a 44 años de edad, que fueron divididas entre el grupo experimental y el grupo control para participar en un taller grupal psicoeducativo para la reducción de la depresión y la promoción de un vínculo de apego seguro, se encontró que a partir de la intervención fue posible disminuir los síntomas relacionados con el trastorno y se pudo promover la sensibilidad materna en la interacción con su bebé después del parto (Miranda, et al., 2017). De esta forma, se

encontró que aquellas madres del grupo experimental mostraron puntajes promedio en la evaluación de la sensibilidad materna, entrando dentro de la categoría inepto, mientras que aquellas madres que no participaron de la intervención entraron dentro de la categoría de riesgo (Miranda, et al., 2017). Comparando ambos grupos se obtuvo puntajes estadísticamente significativamente, sin embargo, se llegó a la conclusión que existe la necesidad de intervenciones adicionales en cuanto a la psicoeducación para las madres del grupo experimental y psicoterapia adicional para las madres del grupo control (Miranda, et al., 2017).

Estay, Jara y Mora (2009), dentro de su “Manual de Apoyo para la Formación de Competencias parentales” proponen un plan para fomentar el apoyo y la rehabilitación de las competencias parentales para hombres y mujeres que han crecido en ambientes familiares carentes de afecto, de educación, o que han sufrido maltrato físico y psicológico, y que no tuvieron la oportunidad para aprender de sus padres a tener un modelo adecuado y competente de paternidad y maternidad, o que fueron víctimas de violencia, o exclusión social, incrementando las posibilidades de que sus capacidades parentales no se hayan desarrollado.

De esta forma, se propone el incremento de las capacidades parentales en cuanto al apego, la empatía, modelos de crianza, la capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios (Estay, et al, 2009). También, el programa muestra el desarrollo de las habilidades parentales, principalmente en la función nutriente, socializadora y educativa (Estay, et al., 2009).

Asimismo, Estay, et al. (2009), hablan de la importancia al momento de trabajar con una población vulnerable (vulnerabilidad social, económica, sexual, psíquica, física, etc.), en donde se debe tomar en cuenta la capacidad de *resiliencia* de la persona. Esta cualidad tiene relación con la actitud que toma un individuo ante los eventos externos

estresantes que influyen en su vida, principalmente es “una actitud y una proposición ante la adversidad” (Estay, et. al, 2009, p. 58), que facilita la recuperación e incrementa la esperanza activa y no pasiva ante la resolución de los conflictos. Por lo tanto, la resiliencia es la capacidad de dar soluciones se da a partir de las propias herramientas de la persona, de lo que tiene a la mano, enfrentando las circunstancias de la vida de modo efectivo y formando parte de su capacidad de superación (Estay, et al., 2009). “La *resiliencia* es un proceso interactivo, el cual se ve fortalecido en la medida en que quienes rodean una persona están dispuestas a enfrentar los desafíos a los que la vida los somete” (Estay, et al., 2009, p. 59).

De la misma forma, Ferreyros (2017) desarrolla un programa dirigido a madres de poblaciones vulnerables, orientado a fomentar un vínculo de apego seguro, en una muestra de ocho participantes madres, mediante un taller mensual por doce meses, con duración de seis horas.

Los principales objetivos a conseguir estaban relacionados con la fomentación del apego desde la lactancia materna; brindar psicoeducación a las madres en cuanto a la importancia de establecer un vínculo con el infante, el apego, y los tipos de apego; concientizar acerca de la importancia de la presencia de la madre en el aprendizaje de la regulación emocional del niño y la presencia y el apoyo del padre; discutir sobre la emociones, temores y las dificultades que se presentan en la crianza de su niño; la estimulación del apego desde la salud (nutrición, higiene, valor de los cuidados e importancia de contener al infante); la estimulación de la seguridad afectiva y física desde el juego; promover la creación del sentido de autonomía; la reflexión acerca de la importancia de la comunicación (verbal y no verbal) en la interacción con el niño; y establecer situaciones de re experimentación de juego entre madre-hijo para luego

establecer un apego saludable mediante el entendimiento de emociones que surgen en esta situación (Ferreyros 2017).

Dentro de los resultados que se encontraron al finalizar el programa, se encontró “un impacto positivo en cuanto a las dimensiones del desarrollo (motor, cognoscitivo, lenguaje, socioemocional y esfuerzo propio) (...); así como, una mejora sustancial en la calidad del vínculo madre-infante y, por ende, en el desarrollo de un apego seguro” (Estay, et al., 2009, p. 149).

Finalmente, en el plan propuesto por Guijaraa, Sagarna y Castro (2017), se muestra una breve intervención basada en las técnicas del Theraplay®, un modelo terapéutico que se centra en el fortalecimiento del vínculo entre cuidador-niño, a través de sesiones de terapia de juego. El Theraplay® es una terapia de juego estructurada para niños y padres, fundamentada en la teoría del apego y el desarrollo de vínculos afectivos positivos, la autoestima, la confianza y la fomentación de capacidades parentales como la sensibilidad a las necesidades de sus hijos (Guijaraa, et al., 2017).

El programa se llevó a cabo con una niña de 9 años, y sus padres adoptivos (Guijaraa, et al., 2017). Mediante el cual se buscó crear un espacio para la expresión de emociones y conexiones emocionales entre la diada y que permita generar cambios positivos en la interacción de modo reparador y gratificante (Guijaraa, et al., 2017).

Para la intervención se usó el Método de Interacción Marschak (MIM), que según Frase (2014), sirve para la observación y evaluación de “la calidad y naturaleza de las interacciones y relación entre cuidadores y niño o niña. Consiste en una serie de tareas simples diseñadas para generar comportamientos en todas las dimensiones del apego” (citado en Guijaraa, et al., 2017, p. 5). Asimismo, la herramienta brinda una visión de la interacción padres-hijos de acuerdo con cuatro dimensiones: estructura, cuidado –mimo, implicación-conexión y reto-desafío que son importante para “la

construcción de un apego seguro: la estructura, la implicación, el cuidado y el desafío, que permitirá el diseño de la posterior intervención” (Guijaraa, et al.,2017, p.5).

Dentro de los resultados se encontró que el Theraplay® facilitó la modificación, e incorporación, de herramientas y habilidades para los padres en cuanto a su rol de cuidadores, así como se fortaleció la resolución de conflictos a nivel de convivencia familiar, contexto de iguales, y en la seguridad de figuras de referencia (Guijaraa, et al.,2017). Esta intervención, permitió la expresión de emociones profundas de la niña y la capacidad de ella por conectar con lo que experimentaba (Guijaraa, et al.,2017).

A partir de la bibliográfica presentada se puede ver las diversas alternativas y los diferentes factores que están involucrados en la creación de vínculos afectivos positivos entre cuidador-niño. Se puede apreciar los diferentes enfoques que nacen de la teoría del apego y el papel que cumple esta función adaptativa dentro de las interacciones con los progenitores. También surge la necesidad de tomar en cuenta la psicopatología del cuidador dentro de los procesos de vinculación, puesto que influyen en la formación de diferentes patrones de apego, especialmente en la depresión, que como se mencionó en los temas anteriores, es uno de los síntomas predominantes y presentes en la víctima de violación.

De esta forma, será necesario tomar en cuenta que para las intervenciones o programas que se quieran realizar al momento de fomentar el apego seguro entre madre-hijo, hay que tener en mente los diferentes factores de vulnerabilidad de las madres, para poder brindar de manera más asertiva y eficaz herramientas que les permitan desarrollar sus capacidades maternas del mejor modo posible.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

La metodología seleccionada para esta investigación será no experimental, cuantitativa con un diseño transeccional descriptivo, mediante el cual se podrá observar si las consecuencias de quedar embarazada luego de violación afectan la salud mental de las mujeres y, por ende, la formación del vínculo con sus hijos.

Mediante el método no experimental cuantitativo, la investigación es empírica y sistemática, y las variables independientes no se manipulan, porque ya están presentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). De este modo, se busca observar el fenómeno (interacción entre madre-hijo) dentro de su contexto natural, y luego analizar los resultados encontrados (formación de vínculos afectivos madre-hijo) (Hernández, et al., 2010).

El diseño de la investigación será transeccional descriptivo. Se indagarán los niveles de una variable o de un conjunto de variables en una población, describiendo lo existente, determinando la frecuencia de los diferentes hechos, y clasificando la información que se obtenga en un tiempo único y específico (Sousa, Driessnack y Costa, 2007).

El tipo de metodología escogida está relacionada con el hecho de que en la investigación no se busca controlar las variables independientes porque ya han sucedido (Hernández, et al., 2010). Es decir, la variable independiente dentro del estudio es el hecho de que las mujeres que formarán parte del grupo de muestra han sido violadas y han concebido un hijo como producto de este asalto sexual. Por lo tanto, lo que se busca medir o las variables dependientes, serán las consecuencias en la salud mental de las madres y el vínculo afectivo que forman con sus hijos.

De la misma forma, al ser descriptivo se pueden hacer ciertas observaciones y análisis sobre diferentes variables sociodemográficas, como el nivel socio económico, la edad de las mujeres al momento de la violación, la edad de sus hijos en el momento actual, la educación, los estilos de apego que estas mujeres desarrollaron con sus padres, el apoyo social que recibieron, entre otras variables.

### **Participantes**

El total de participantes para la muestra de la investigación se ajustará a la disponibilidad de mujeres voluntarias que hayan sobrevivido a un asalto sexual y que, como consecuencia, hayan concebido un hijo de este acto en la ciudad de Quito. Las mismas formarán parte del grupo experimental. Para el grupo control, las participantes serán mujeres que hayan concebido un hijo por voluntad propia.

Considerando la insuficiencia de datos actuales sobre la problemática, se determina un aproximado de 25 participantes (díadas madre-hijo) para la muestra del grupo experimental, y 25 participantes para el grupo control. Las mismas mujeres deberán encontrarse en un rango de edad entre los 18 y 50 años, y que la edad de su hijo se encuentre entre los 0 a 18 meses.

Para la investigación no se tomará en cuenta la situación económica, ni el nivel de educación, ni la nacionalidad de las participantes. Sin embargo, al momento de analizar los datos será muy importante tomar en cuenta estas variables para determinar niveles de correlación.

### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Se utilizará una ficha de antecedentes como parte de la primera entrevista y evaluación psicológica a las participantes. La misma contará con preguntas que brinde las características sociodemográficas (nivel de educación, número de hijos, planificación del embarazo, estado civil), el historial de salud mental y tratamientos

psicológicos-psiquiátricos y abuso durante la infancia. Este diseño de ficha fue utilizado como parte del estudio desarrollado por Miranda, et al. (2017) en la intervención grupal con mujeres embarazadas para identificar patrones de apego en mujeres con diferentes tipos de depresión.

Los instrumentos utilizados para la recolección de la muestra que permitan medir los factores de vulnerabilidad psicopatológica serán:

1. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (The Posttraumatic Cognitions Inventory), diseñado por “Edna B. Foa para la medición de creencia y pensamientos relacionados con el trauma” (Blanco, et al. 2008, p. 97). Además, este instrumento mide cogniciones negativas acerca de sí mismo, acerca del mundo e ideas de culpa (Cruz, et al., 2015). El inventario presenta una excelente consistencia interna de puntajes superiores a 0,86 y una fiabilidad test-retest superior a 0,70 (Cruz, et al., 2015).
2. Cuestionario RAQ (Rape Attribution Questionnaire), desarrollado por Frazier (2003) para la medición de “la conducta de culpa, culpa externa, el control sobre la recuperación y el control futuro” (Cruz, et al., 2015). La fiabilidad dentro de las escalas es alta y dentro del estudio de Cruz et al. (2015) se obtuvo un alfa 0,68 para la escala total.
3. Cuestionario Brief COPE, inventario multidimensional que evalúa diferentes formas de afrontamiento ante el estrés (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo social instrumental y emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, volver a la religión, deshago emocional, desconexión emocional y mental, uso de drogas, alcohol y humor) (Morán, Landero y González, 2009). Este cuestionario fue creado originalmente por Carver (1997), y traducido por Morán, Landero y González

(2010), donde el coeficiente de fiabilidad alfa fue de 0,45 a 0,92 (citado en Cruz, et al., 2015).

4. Inventario de depresión de Beck e Inventario de ansiedad de Beck, para identificar sintomatología depresiva y de ansiedad (Cruz, et al., 2015). El inventario de depresión posee una consistencia interna de 0,83 y una fiabilidad test- retest entre 0,60 a 0,62 (Cruz, et al., 2015). Mientras que el inventario de ansiedad posee una consistencia entre 0,90 a 0,94 (Cruz, et al., 2015).
5. Escala de inadaptación desarrollada por Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) para evaluar la medida en que el problema de la persona está afectando diferentes áreas de su vida (citado en Cruz, et al., 2015). El índice de consistencia interna fue de 0,94 (Cruz, et al., 2015).

Para la identificación del bienestar psicológico de las madres, los aspectos del vínculo afectivo desarrollado por el cuidador con sus padres, y las diferentes formas de apego en situaciones estresante se utilizarán los siguientes instrumentos:

1. Psychological Well-being Scale, desarrollado por Riff (1989), para medir el bienestar psicológico de los participantes (citado en Pierucci y Pinzón, 2003). Se utilizará la versión adaptada al español por Díaz, et al. (2006), en una muestra de 467 personas de edades entre los 18 y 72 años. La adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico es una versión reducida que presenta niveles de consistencia de 0,84 a 0,70 (Díaz, et al. 2006).
2. Parental Bonding Instrument, desarrollada por Parker para evaluar el cuidado parental con relación al afecto, comunicación, independencia, individualidad, sobreprotección (Pierucci y Pinzón, 2003). Dentro de la versión adaptada al español por Melis, et al. (2001) se encontró un índice de confiabilidad de 0,63 a 0,88; y una consistencia interna de 0,78 a 0,93. Este instrumento servirá para medir el estilo de

apego que la madre desarrolló con su cuidador y poder tener una visión de cómo interpreta la relación materno/paterno-filial.

3. Escala de Apego Durante Estrés (ADS), diseñada por Massie-Campbell (1983), para evaluar “la intensidad de la atracción o la evasión en la interacción de la madre con el niño” (citado en Espinoza y Vásquez, 2006, p. 22), y a partir de esto detectar los patrones alterados y la calidad en la respuesta dentro de la díada (Espinoza y Vásquez, 2006). Este instrumento se lo puede usar en infantes recién nacidos hasta los 18 meses de edad, donde se puede observar seis elementos de apego: mirada, afecto, vocalización, tacto, sostén, y proximidad física (Espinoza y Vásquez, 2006).

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

El procedimiento que se seguirá para realizar el estudio comenzará con el reclutamiento de las participantes. Para esto se necesitará la colaboración de fundaciones que brinden apoyo a mujeres víctimas de violencia, a quienes se solicitaría que se informe acerca de la presente investigación mediante volantes en donde se detalle específicamente los criterios de participación, objetivos, y procedimientos a realizarse.

También, se trabajaría con la Fiscalía General del Estado, a quienes se plantearían los objetivos del estudio y, en conjunto con el equipo de psicología y los trabajadores sociales, se brindaría la opción a víctimas que cumplan con los criterios del estudio y que han denunciado su caso la oportunidad de formar parte de la investigación. De esta forma, cualquiera de las mujeres que esté interesada en la participación, podrá contactarse al número que se encuentre en el volante o avisar a los psicólogos o trabajadores sociales sobre su interés por participar.

La información que no quede clara para las participantes será respondida en una entrevista con el investigador, quien acudirá a alguna de las fundaciones o responderá

las inquietudes por vía telefónica. Dentro del mismo volante, se indicará que aquellas participantes que completen la investigación de manera satisfactoria recibirán un incentivo de 10 \$ (Valor estimado de acuerdo con el número total de participantes). Finalmente, aquellas mujeres que se han comunicado o hayan dejado su información para formar parte del estudio, se les agendará una cita para una entrevista personal.

En la primera entrevista se empezará explicando los detalles de la investigación y el motivo de la misma. Se realizará una pequeña indagación acerca de la situación actual de la participante, en donde se deberá confirmar que la persona cumpla con los requisitos del estudio en cuanto a haber concebido un niño fruto de un asalto sexual, encontrarse en un rango de edad de 18 y 50 años, y que la edad de su hijo sea entre los 0 a 18 meses (edad delimitada de acuerdo con la Escala de Apego Durante Estrés). Después de haber recolectado la información de todas las participantes, se realizará un muestreo probabilístico y la aleatorización para determinar las 50 participantes para el estudio.

Una vez que se ha obtenido la muestra de 50 participantes, se tendrá una segunda entrevista en donde se informará que fueron escogidas para el estudio y se entregará el consentimiento informado, el cual explica los diferentes puntos de la investigación, y que, todas las participantes se encuentran en completa libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. De esta forma, si se llega a un acuerdo, se procederá con la evaluación psicológica, y con la aplicación de las diferentes herramientas, empezando con los instrumentos para evaluar la vulnerabilidad psicopatológica.

Luego, se aplicarán los instrumentos para evaluar el bienestar psicológico de las madres, y los aspectos del vínculo afectivo madre-hijo. Finalmente, se agendará un horario para poder aplicar la Escala de Apego durante Estrés, la misma que se llevará a

cabo en la fundación a la que pertenezca la participante o se acordará un horario para establecer una visita al domicilio y poder observar la interacción madre-hijo.

Una vez obtenidos los resultados, se realizará el análisis estadístico de la información recolectada por medio del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), y se reflejarán los datos cuantitativos mediante técnicas provenientes de la estadística descriptiva como tablas de frecuencia y gráficos de barras.

### **Consideraciones Éticas**

Dentro de la presente investigación se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. De esta forma, y tomando en cuenta las estipulaciones del Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA), específicamente en el código 3.10 (Consentimiento Informado) y 8.02 (Consentimiento Informado para la Investigación), todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a su participación (Fisher, 2003).

Este consentimiento especificará los objetivos y propósito del estudio, la duración estimada, y los procedimientos a realizarse; asimismo, se expresará su derecho a rehusarse a participar o retirarse en cualquier momento sin implicaciones laborales o personales negativas contra ellos (Fisher, 2003). También, se informará acerca de los factores previsibles que interfieran en su voluntad de participar, como riesgos potenciales, incomodidad (anonimato) o consecuencias adversas y cualquier tipo de daño. Se indicarán, de igual forma, los beneficios e incentivos de la investigación y se informará el contacto de las personas a quién puede preguntar sobre el estudio y sus derechos al formar parte del mismo (Fisher, 2003).

Dentro del consentimiento informado se recordará a los participantes que durante la aplicación final de la Escala de Apego Durante Estrés (ADS), se requerirá de la observación de la interacción con su hijo en una situación diría típica como la hora de

alimentar al bebé o en momentos breves de separación con algún cuidador significativo, para lo cual se requerirá una visita por parte de los investigadores, ya sea a la fundación o al domicilio de la participante.

Debido a que en la evaluación psicológica se pueden topar temas personales, especialmente eventos traumáticos e inclusive información relacionada con la violación, no se obligará a los participantes a profundizar acerca del tema para garantizar la disposición voluntaria en la investigación, y así poder prevenir posibles consecuencias negativas durante la aplicación de los instrumentos.

Finalmente, y conforme al Código de Ética de la APA, en el código 8.06 (Oferta de Incentivos para la participación en Investigación) (Fisher, 2003), es importante aclarar que el incentivo que se entregará a las participantes será de un monto de 10\$ para aquellas que completen la investigación. Esta cantidad es considerada significativa, pero no excesiva y no busca ser de carácter coercitivo para las participantes.

## RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo a la información recaudada en el marco teórico de la presente investigación, podría esperarse que, como en el estudio realizado por Cruz (2014), al comparar los resultados obtenidos de la escala de trauma de Davidson, de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, y de la escala de inadaptación (variables dependientes de criterio), con las variables independientes predictoras posteriores a la agresión sexual (tiempo transcurrido desde la agresión, denuncia de la agresión, creencias desadaptativas, culpa, control sobre la recuperación, creencia en el control sobre el futuro, creencia en una mayor probabilidad de tener una nueva agresión, estrategias de afrontamiento, y apoyo social (Cruz, 2014)) obtenidos por medio del inventario de cogniciones postraumática, del cuestionario RAQ, y de la Escala abreviada COPE de afrontamiento, se encuentre una correlación positiva.

Los resultados obtenidos en la recolección de datos del grupo control y experimental fueran los siguientes:

En el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, se esperaría que el grupo experimental obtuviera puntajes significativos dentro de las tres escalas del inventario (cogniciones negativas sobre el yo, cogniciones negativas sobre el mundo y autoculpa) (Blanco, et al. 2008), ya que estas personas al haber estado expuestas a un evento traumático (violación) sus creencias e interpretaciones del exterior y de ellas mismas pueden verse distorsionadas. De este modo, sus puntajes deberían ser relativamente superiores a los reportados por el grupo control de madres que no han sido violentadas sexualmente.

Por lo tanto, se observaría que la variable de creencias desadaptativas sobre uno mismo sería aquella en la que se presenta un mayor número de reportes por parte de los participantes. Esta variable mantendría una fuerte correlación con la presencia de estrés

postraumático (TEPT) (40%), síntomas de depresión después de la violación (62%), ansiedad (30.4%), con el factor de predicción de inadaptación en la pareja (25.5%), inadaptación en el área global y en la inadaptación general (41.5% y 24.7% respectivamente) (Cruz, 2014).

En el Cuestionario RAQ, se esperaría que el grupo experimental mostrara puntajes elevados en las escalas que miden culpa, control sobre la recuperación, creencia de control futuro, creencia de mayor probabilidad de nueva agresión (Cruz, 2014). Estas variables miden pensamientos y creencias que las mujeres presentan tras la agresión sexual (Cruz, 2014). Debido a que este instrumento no se aplicará en el grupo control porque no han sido víctimas de violación, los resultados estarán enfocados en discriminar la variable que más se eleva dentro del mismo cuestionario.

De este modo se esperaría que la variable control sobre la recuperación sea aquella dentro del cuestionario RAQ que explique de mejor manera la sintomatología de TEPT, como se lo menciona en el estudio de Cruz (2014). En este estudio la variable alcanzó un 10.5% de la explicación de la varianza, sin embargo, lo hace de manera inversa; por lo tanto, mientras exista un menor control sobre la recuperación, existirán más síntomas de TEPT (Cruz, 2014). Además, el control de la recuperación también sería un factor predictor de la inadaptación en la vida social y a la pareja (10.5%, 7.9% respectivamente) (Cruz, 2014). Por otro lado, la variable creencia control futuro, sería la mejor explicación dentro del cuestionario RAQ para los factores predictores relacionados con la inadaptación en el trabajo o el estudio, de tiempo libre, y total (9.5%, 20.9%, 13.3%).

Asimismo, en el Cuestionario Brief COPE, se esperaría que el grupo experimental obtenga resultados superiores al grupo control, ya que las estrategias de afrontamiento se verán afectadas por las consecuencias psicológicas que viven las

víctimas (Cruz, 2014). Los tipos de afrontamiento que más se reportaron en el estudio de Cruz (2014) relacionados con factores predictores de TEPT fue la búsqueda de apoyo social instrumental (7%); la autodistracción estuvo relacionada con la depresión y la ansiedad (7.1%, 13.6%); la planificación se relacionó con la inadaptación al trabajo – estudio, y la inadaptación total (9.5%, 6%) (Cruz, 2014). El humor estuvo vinculado con la inadaptación a la vida social (19.6%); y, el desahogo con la inadaptación a la familia (9.9%) (Cruz, 2014).

De la misma forma, se esperaría que los resultados del inventario de depresión y ansiedad de Beck presenten puntajes significativos en el grupo experimental a diferencia del grupo control, debido a que en el grupo experimental pueden existir mujeres que al haber sido víctimas de violación estén experimentando síntomas o trastornos de ansiedad y depresión. Como lo expuesto por Burnam, et al. (1988), cuando menciona que el hecho de haber atravesado una agresión sexual aumenta la probabilidad de desarrollar depresión, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo, o el riesgo de contraerlas.

De igual forma, Frank y Stewart (1984) encontraron que el 44% de las víctimas de violación obtuvo puntajes altos y medios en la evaluación del Inventario de Depresión de Beck, mientras que un 38% de los participantes cumplía con la mayoría de los criterios para un trastorno depresivo mayor (citado en Marshall, 2001). Finalmente, Galiana y De Marianas (1996,1997) sugieren que la depresión causada por violación sexual puede presentarse como resultado de una pérdida intensa de autoestima, sentimientos de vulnerabilidad y de indefensión, y por una continua sintomatología de TEPT. Por otro lado, la ansiedad y el miedo serán las reacciones principales que se experimente no solo después de la violación, sino a largo plazo (Cruz, 2014)

En la Escala de inadaptación se esperaría encontrar puntajes elevados en el grupo experimental en los diferentes aspectos que mide este instrumento (trabajo-estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar, escala global), debido a que como se ha visto en la investigación las víctimas son propensas a tener consecuencias a nivel social después de una violación. De igual forma, como lo menciona Cruz (2014), la inadaptación social será el resultado de las consecuencias psicológicas mencionadas anteriormente, generando así una pérdida en la calidad de vida, ya que las víctimas pueden comenzar a evitar situaciones sociales positivas por miedo, vergüenza, falta de motivación; quedándose de esta forma vulnerables a retroalimentar sus síntomas.

Por lo tanto, si se espera que en las escalas anteriores (depresión, ansiedad y TEPT) se obtengan puntajes elevados en el grupo experimental, lo más probable es que los mismos puntajes se reflejen a nivel de esta escala. Cabe recalcar que, si las víctimas del grupo experimental no han recibido atención terapéutica previa, existe mayor oportunidad de que la inadaptación e incapacidad para encontrar satisfacción en la vida sea aún peor (Echeburúa et al., 1995).

Los resultados esperados en cuanto a las medidas del bienestar psicológico de las madres, sería el siguiente: los puntajes de la Psychological Well-being Scale estarían relacionados con los puntajes del Parental Bonding Instrument, así como se demostró en el estudio de Pierucci y Pinzón (2003), en donde se aceptó la afirmación de la existencia de diferencias entre el estilo de apego (seguro, evitativo-ansioso, ambivalente) y el bienestar psicológico (“autoaceptación, relación positiva con otros, dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito de vida y autonomía” (Pierucci y Pinzón, 2003, p. 218)).

Asimismo, se esperaría que los resultados de la escala de bienestar psicológico reflejen y vayan acorde a la información y los datos recolectados durante la entrevista, y con los instrumentos utilizados para medir los diferentes factores de vulnerabilidad psicológica de las participantes.

Además, se esperaría que a través del instrumento para evaluar el tipo de apego que generó la madre con su principal cuidador se observen indicios de cómo ella podría replicarlos con su hijo. De este modo, como lo menciona Calavia (2012), a través de un apego seguro se podrá crear relaciones saludables con los demás, mientras que un tipo de apego inseguro, ansioso o ambivalente puede traer como consecuencias problemas a nivel emocional y conductual durante toda la vida. Esto puede incluso estar relacionado con el tipo de apego que se cree con el hijo, ya que es su modelo afectivo más cercano de cómo relacionarse, y es una muestra de “las representaciones mentales acerca de los vínculos de apego del individuo” (Calavia, 2012, p.17).

Boszormeny-Nagy & Spark (1973), Bowen (1978), Minuchin (1974); y, Van Ijzendoorn (1992), mencionan que la forma en que cuida la madre a sus hijos está basada en sus propias experiencias tempranas de haber recibido dicho cuidado por una figura significativa (citado en Krechtmar y Jacobvitz, 2002).

Finalmente, en la Escala de Apego durante Estrés se esperaría que los resultados dentro del grupo experimental den una aproximación de la calidad de la interacción entre madre-hijo y que se las pueda relacionar con los tipos de apego, seguro, ansioso-evitativo, y ambivalente. Se esperaría que el grupo experimental obtenga puntajes más cercanos a formas de apego no seguras, ya que, según lo mencionado por Pérez, et al. (2014) el contacto natural con el hijo se ve imposibilitado por la carga de violencia en la que fue concebido, las representaciones y la idealización que sostiene la madre sobre su hijo afectará la forma en que ella brinda sus cuidados. De esta forma, se plantea que la

relación entre madre-hijo podría presentarse de manera negligente, con descuido, desprotección e incluso carente de afecto (Pérez, et al., 2014).

## **DISCUSION**

Al culminar con la presente investigación, es importante considerar la pregunta de investigación propuesta en un inicio: ¿Cómo y hasta qué punto las consecuencias psicológicas de quedar embarazada luego de una violación afectan la salud mental de las mujeres y, por ende, la formación del vínculo con sus hijos? Y a partir de la revisión de literatura presentada, mencionar las diversas conclusiones que dan respuesta a la misma.

### **Conclusiones**

En un principio hay que considerar que las consecuencias tras una violación sexual se presentan en todo nivel (psicológico, físico y social) dentro del individuo, pero sobre todo es una experiencia que transgrede el *self* de la persona (Clark, 2014). Dicho de este modo se puede entender que el atravesar por un evento como este, más el hecho de quedar embarazada como producto del asalto sexual, “son experiencias traumáticas sumamente intensas y desestructurantes que desbordan las capacidades del psiquismo para entenderlas, representarlas o darles sentido” (Pérez, et al., 2014).

Asimismo, hay que tomar en cuenta que mucha de las veces la decisión de continuar con el embarazo de manera consciente y por decisión propia se puede ver afectada por factores externos: asuntos legales, países donde el aborto está prohibido, religión; y sociales; presión familiar y de la comunidad.

Principalmente, la población de madres que son niñas y adolescentes son más vulnerables a verse afectadas por las diferentes leyes y presiones sociales para continuar con el embarazo, ya sea porque el niño que está por venir es fruto de un acto incestuoso y la presión familiar es aún mayor, o porque no tienen los recursos, ni el conocimiento

para optar por otra decisión (aborto-adopción). Sin embargo, la mayoría de las víctimas se ve expuesta a esta problemática sin tener las herramientas suficientes y necesarias para poder minimizar el impacto de la situación que están experimentando (Gómez de la Torre et al., 2016).

Por lo tanto, se puede encontrar diferencias entre un hijo que es deseado por la madre, con uno que no lo es. Existirán diferencias en aquellas mujeres que presentan una afectividad negativa hacia su embarazo, hacia ellas mismas, o hacia el padre del niño. Es así como se enfatiza que el dar a luz un hijo no es sinónimo de que una mujer sea madre, o que exista en ella el deseo de serlo (Pérez et al., 2014), y el hecho de adaptarse a ciertas realidades, no está relacionado con el deseo de hacerlo e incluso de construirlo (Gómez de la Torre et al., 2016).

A partir de esta realidad se pueden mencionar las repercusiones que conlleva el embarazo tras una violación, siendo una de ellas la salud mental de madres, y la formación de un vínculo afectivo sano y positivo entre madre-hijo; que a su vez será la base para crear de ese niño, un adulto estable emocionalmente que pueda desenvolverse en el mundo de manera saludable (Pérez, et al., 2014; Winnicott, 1993; Nikuze, 2013), ya que este individuo recibirá ya sea de manera indirecta o directa las secuelas del trauma de la violación de su madre (Clark, 2014).

En cuanto a la salud mental de la madre se observa diversos síntomas relacionados con trastornos de ansiedad, depresión, TEPT, alteraciones cognitivas, consumo de sustancias y conductas adictivas (Pérez, et al., 2014).

Por otro lado, en el vínculo materno-filial, entendido como las representaciones que la madre tiene de su hijo, se observa que, en niños nacidos de una violación, las madres mantienen cierta tendencia a relacionar al niño con la imagen de su perpetrador, poniendo en manifiesto reacciones y conductas de rechazo, hostilidad, desconexión

afectiva y un profundo sentimiento de ajenidad hacia el menor (Pérez, et al., 2014; Rouhani et al., 2015; Clark, 2014; Nikuze, 2013).

De igual forma, la creación del vínculo afectivo con la madre es un facilitador de supervivencia; la conducta de apego entre cuidador-hijo, es parte de la evolución (Salinas y Posada, 2014; Espinoza y Vásquez, 2006). A partir de esta vinculación el individuo desarrolla una base estable y segura para desenvolverse y responder a diferentes situaciones estresantes a lo largo de su vida, creando así altos niveles de autorealización, madurez emocional, salud mental y felicidad (Salinas y Posada, 2014; Moneta, 2014; Pierucci y Pinzón, 2003; Rouhani et al., 2015; Espinoza y Vásquez, 2006).

Una de las dificultades para la creación de un apego seguro y vínculos afectivos saludables, es la salud mental de madre y ciertos factores externos (estigma social, la aceptación de la familia y la comunidad) (Espinoza y Vásquez, 2006; Rouhani, et al., 2015; Nikuze, 2013). Consecuentemente, las mujeres que han sido víctimas de violación y han concebido un niño fruto de este acto, tiene una alta probabilidad de presentar un apego no seguro con sus hijos (apego ansioso-ambivalente, evitativo, desorganizado).

La depresión es uno de los trastornos que interfieren y son un riesgo al momento de crear apego de tipo seguro con sus hijos (Miranda, et al., 2017), ya que interfiere en la capacidad de las madres en responder de manera sensible ante las necesidades de su hijo (Miranda, et al., 2017). De igual forma, el apego evitativo será más probable que se presente en infantes que mantengan una afectividad negativa, falta de empatía y de sensibilidad por uno de sus progenitores (Espinoza y Vásquez, 2006).

Asimismo, el estigma y los desórdenes en la salud mental estarán relacionados con actitudes negativas de crianza (Rouhani, et al., 2015). Además, estos efectos podrían llegar a tener impacto a nivel transgeneracional (Pérez, et al., 2014), ya que los

patrones de apego temprano que una persona experimente en su infancia servirán de modelo para la crianza de sus propios hijos (Espinoza y Vásquez, 2006).

Finalmente, de acuerdo con los posibles resultados de la investigación se podría concluir que las consecuencias psicológicas de quedar embarazada después de un asalto sexual van a repercutir tanto en la salud mental de las madres, como en el vínculo afectivo con sus hijos.

Por lo tanto, será de vital importancia tomar en cuenta lo descrito anteriormente para poder desarrollar un plan de intervención que brinde las herramientas necesarias a las madres para mejorar la formación del vínculo afectivo con sus hijos. Una de las intervenciones principales es la iniciación de terapia individual con las víctimas, para amenorar las consecuencias del trauma y desarrollar estrategias para hacer frente a su realidad y al embarazo, pudiendo incluir el desarrollo de la capacidad de resiliencia y regulación emocional en las madres (Vallejo y Córdoba, 2012; Estay, et al., 2009). Después de esto, se podría proseguir con psicoeducación a las madres que les ayude a fomentar habilidades para crear una mejor interacción asertiva con su bebé y por ende encaminarlas al desarrollo de vínculos afectivos seguros y saludables; a través de técnicas que incluyan respuestas sensibles a las señales del infante, aumento de la capacidad de interpretación e inferencia de las necesidades y estados mentales del niño, y estimulación de la seguridad emocional (Espinoza y Vásquez, 2006).

De este modo, con la evidencia expuesta acerca de esta problemática, se puede tomar muy en cuenta los riesgos y las consecuencias que traen consigo la violación y tomar medidas al respecto, especialmente en aquellos casos en que la mujer queda embarazada como producto de este asalto sexual. Es así como esta investigación es un llamado de atención a las autoridades en cargadas, al gobierno, y las leyes, para que tomen en cuenta esta problemática y no la ignoren, pero busquen la mejor forma posible

de encontrar una solución que sea conveniente para la víctima tanto en su estado físico, social y psicológico y para el futuro del niño.

### **Limitaciones**

Una vez finalizada la investigación, se han encontrado ciertas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta, ya que podrían tener repercusiones significativas en los resultados. Empezando por la falta de datos estadísticos acerca de la problemática en el país, lo que genera una desventaja al momento de reclutar a las participantes, ya que vuelve limitado el número de la muestra. De este modo, para la muestra del estudio se estableció una cantidad pequeña de mujeres, y que además cumplan con ciertos criterios de inclusión respecto a su rango de edad y el de sus hijos. Consecuentemente, los resultados del estudio no podrán generalizarse a poblaciones que cumplan con distintas características.

Una última limitante es el hecho de que el estudio se basa únicamente en la recolección de datos para responder a la pregunta de investigación, sin embargo, dentro del marco teórico se brindan algunas propuestas de intervención que podría servir para futuras investigaciones.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Para siguientes estudios relacionados a la temática tratada en la presente investigación, se recomienda el uso de una muestra más grande y criterios de inclusión en donde los rangos de edad sean mayores, tanto de las madres como de los hijos. Asimismo, se recomienda que se tome en cuenta el desarrollo del vínculo afectivo entre madre-hijo, durante las etapas de embarazo. Para esto se podrá revisar el estudio de Roncallo, Sánchez y Arranz (2015), acerca del vínculo materno-fetal, en el cual se habla acerca de la influencia del estado psicológico de la madre sobre el feto, y de cómo esto genera un impacto en la futura interacción entre los miembros de la díada.

También se recomienda que se preste mayor atención a la relación de esta problemática en poblaciones de madres niña-adolescentes, quienes presenta una mayor vulnerabilidad, y no solo por su edad, pero porque muchas de las veces los ambientes en los que se produce la agresión es un entorno familiar, volviéndolo así aún más visible y con menos probabilidad de que exista la ayuda suficiente para enfrentar la situación traumática.

Finalmente, se recomienda que a partir de la información entregada en la presente investigación se realicen estudios en los que se apliquen intervenciones para el mejoramiento de la salud mental de las madres y la formación del vínculo afectivo seguro y positivo con su hijo nacido del asalto sexual; como un intento de brindar ayuda a las víctimas para que puedan ser visibilizadas, para que se pueda generar programas preventivos y de psicoeducación y puedan tener de esta forma un mayor apoyo por parte de entidades estatales.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En B. M. Foss (Ed.) *Determinants of infant behavior*, 113-136. London: Methuen.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bergallo, P. y González, A. (2012). *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*. Recuperado de [http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/11/Causal-Violacion\\_salud\\_juridico.pdf](http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/11/Causal-Violacion_salud_juridico.pdf)
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M. y Amaris, M. (2008). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 97-110.
- Borbély, S. (septiembre, 2016). El dilema de la autonomía y el apego en las familias de hoy. Actualización del eterno debate sobre los factores del desarrollo del niño desde la perspectiva pikleriana. *RELAdEI (Revista Latinoamericana de Educación Infantil)*, 5(3), Monográfico Pikler Lóczy, 54-61.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. II. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Burnam, M. A., Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Forsythe, A. B. *et al.* (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 843-850.
- Caiza, J. (2015). *La legalización y despenalización del aborto en casos de violación en una mujer lúcida, aplicada al Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano*. (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.
- Calavia, M. (2012). Breve Introducción al Vínculo Afectivo. Cómo Crear un Buen Apego. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(1), 1-33.
- Camacho, G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: análisis de los resultados de la encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres*. Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/Violencia\\_de\\_Gnero.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf)
- Carver, C. S. (2000). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. (R. Perczek, C. S. Carver, A. A. Price & C. Pozo-Kaderman, Trans.) *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. (Trabajo original publicado en 1997).
- Clark, J. (2014). A Crime of Identity: Rape and Its Neglected Victims. *Journal of Human Rights*, 13, 146-169.
- Código Orgánico Integral Penal. (2014). Quito, Ecuador
- Coleman, G. (2015). Pregnancy after Rape. *International Journal of Women's Health and Wellness*, 1(004), 1-4.

- Cruz, M. (2014). *Factores predictivos del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Cruz, M., Peña, M. y Andreu, J. (2015). Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*, 1, 33-39.
- DAES: World Abortion Policies (2011). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Sarasua, B. (1989). El impacto psicológico en las víctimas de violación. En A. Beristain y J.L. de la Cuesta (eds.). *Cárcel de mujeres. Ayer y hoy de la mujer delincuente y víctima*. Bilbao. Mensajero.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Espinoza, M. y Vázquez, M. (2006). *Observación del vínculo madre-hijo y su asociación con las representaciones de los vínculos tempranos en madres*

- adolescentes primerizas*. (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Estay, F., Jara, P. y Mora, M. (2009). *Manual de Apoyo para la Formación de Competencias parentales. Programa Abriendo Caminos*. Recuperado en [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual\\_formac.compet.parentales.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual_formac.compet.parentales.pdf)
- Ferreyros, M. (2017). Apego seguro y desarrollo del infante en poblaciones vulnerables. *Avances en psicología*, 25(2), 139-152.
- Fischer, C. B. (2003). *Decoding the Ethics Code: A Practical Guide for Psychologists*, Sage Publications, California, United States.
- Foa, E., Ehler, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Frazier, P. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1257-1269.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (1996). Estudio psicológico de las víctimas. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales*, 205- 227. Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (1997). Intervención psicológica en víctimas de agresiones sexuales. En M. Lameiras y A. López (dirs.). *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales*, 235-256. Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.

- Gómez de la Torre, V., Castellano, P. y Cevallos, M. (2016). *Vidas Robadas, Entre la Omisión y la Premeditación*. Recuperado de [http://media.wix.com/ugd/8313b8\\_5d3d813fe76542959cef9af2a17b3e43.pdf](http://media.wix.com/ugd/8313b8_5d3d813fe76542959cef9af2a17b3e43.pdf)
- Guijarro, B., Sagarna, G. y Castro, J. (2017). La terapia de juego para el fortalecimiento del vínculo a través de técnicas de Theraplay®: intervención en un caso clínico. *Revista Clínica Contemporánea*, 8 (e7), 1-12.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGRAW-HILL.
- Ipas / GEDAT. (2006). *Embarazo Impuesto por Violación: Niñas-madres menores de 14 años*. Ipas Centroamérica: Managua, Nicaragua.
- Kretchmar, M. y Jacobvitz, D. (2002). Observing Mother-Child Relationships Across Generations: Boundary Patterns, Attachment, and The Transmisión of Caregiving. *Family Process*, 41, 351-372.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel. □
- Massie, H., & Campbell, K. (1983). *The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators during Stress (AIDS Scale)*. New York: Basic Books.
- Melis, Francisca, Dávila, María de los Ángeles, Ormeño, Verónica, Vera, Valeria, Greppi, Claudio, & Gloger, Sergio. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 132-139.
- Miranda, A., Olhaberry, M. y Morales, I. (2017). Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de Depresión y Patrón de Apego. *PSYKHE*, 26(1), 1-17.

- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268
- Morán, C., Landero, R. y González, M. (2009). *COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.
- Nikuze, D. (2013). Parenting style and its psychological impact on rape born children: Case of raped survivors of the 1994 genocide perpetrated against Tutsi in Rwanda. *International Journal of Development and Sustainability*, 2(2), 1084-1098
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (2007). A Parental Bonding Instrument. (V.J. Vallejo, J. Villada y R. Zambrano, Adap.) *The British Psychological Society*, 52, 1-10. (Trabajo original publicado en 1979).
- Pérez, Y., Lloret de Fernández, J. y Dianderas, K. (2014). *Llover sobre mojado. Secuelas psicosociales del embarazo por violación sexual*. Recuperado de <http://www.caps.org.pe/wp-content/uploads/2017/03/Libro-Llover-sobre-mojado-final-baja-1.pdf>
- Pierucci, N. y Pinzón, B. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Pineda, N. (2011). *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (Ive) en mujeres embarazadas por violación: El caso de Cali, Colombia*. En Tavára, L. (Ed.), *Investigaciones e intervenciones sobre violencia sexual desarrolladas en America Latina y el Caribe*, 1-123. Recuperado en <http://www.sguruguay.org/documentos/8investigaciones-violencia-sexual-lac.pdf>

- Roncallo, C., Sánchez, M. y Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23.
- Rouhani, S., Scott, J., Greiner, A., Albutt, K., Hacker, M., Kuwert, P., VanRooyen, M. y Bartels, S. (2015). Stigma and Parenting Children Conceived From Sexual Violence. *Pediatrics*, 136(5), e1195–e1203.
- Salinas, F. y Posada, G. (2014). MBQS: Método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 1051-1063.
- Sousa, V., Driessnack, M. y Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para Enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15(3), 1-6.
- Torres, B., Causadias, J. y Posada, G. (2014). *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid, España: Psimática.
- Vallejo, A. y Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1), 18-46.
- Winnicott, D. (1993). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.

## **ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

Estimada Señora:

Pongo a su disposición la oportunidad de participar en una investigación de carácter científico. Este estudio se centrará en investigar el impacto y los efectos que la violencia sexual trae consigo para las mujeres que tuvieron un hijo como resultado de este acto, tanto a nivel de su salud mental como en la creación de vínculos afectivos con el menor. La investigación estará bajo la dirección de la Srta. María José Murgueytio Riofrío, estudiante de último semestre de la carrera de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Si usted está interesado en participar, por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Se encuentra en un rango de edad de 18 a 50 años?
- ¿Tiene hijos que tengan entre los 0 a 18 meses?
- ¿Pertenece o recibe ayuda de alguna identidad/fundación de ayuda a mujeres víctimas de violencia?

El estudio constará de:

- Entrevista inicial donde se seleccionarán a las participantes
- Evaluación psicológica (1 hora de duración)
- Aplicación de instrumentos de medición psicológica (1ra sesión: 1 hora de duración, en la que se aplicará los tres primeros instrumentos; 2da sesión: 1 hora de duración, en la que se aplicarán los tres instrumentos restantes)
- Observación y evaluación de la dinámica madre-hijo (3ra sesión: 1 hora de duración).

Las participantes que formen parte y concluyan todo el proceso de investigación recibirán un incentivo económico de \$10.00

Para más información por favor no dude en comunicarse al siguiente contacto:

María José Murgueytio Riofrío  
0998074727  
murgueytiom@gmail.com

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**

**Universidad San Francisco de Quito**

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Embarazo producto de violación: salud mental de las madres y vínculo afectivo con sus hijos

**Organización del investigador:** Universidad San Francisco de Quito

**Nombre del investigador principal:** María José Murgueytio Riofrío

**Datos de localización del investigador principal:** 0998074727 –

[murgueytiom@gmail.com](mailto:murgueytiom@gmail.com)

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

##### Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación que busca analizar el impacto y los efectos del embarazo como producto de violación en la salud mental de la madre y en la creación del vínculo afectivo con su hijo.

##### Propósito del estudio

Este estudio pretende incluir a 25 madres quienes han sido víctimas de un abuso sexual y como consecuencia tuvieron un hijo de este acto (grupo experimental), y a 25 madres que hayan concebido un hijo por voluntad propia (grupo control). El objetivo es determinar los diferentes efectos y describir el impacto que la violencia sexual trae consigo para las mujeres que tuvieron un hijo como resultado de este acto, tanto a nivel de su salud mental y en la creación de vínculos afectivos con el menor.

##### Descripción de los procedimientos

Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación debe firmar este consentimiento, lo que nos indica que entiende y acepta ser parte del estudio. Después de esto se agendará una entrevista con el investigador quien analizará si cumple o no con los requisitos de la investigación. Una vez aprobada esta fase de selección, se le realizará una breve evaluación psicológica, y seguido de esto se comenzará con la aplicación de diferentes herramientas de medición, para evaluar vulnerabilidad psicopatológica, bienestar psicológico, y aspectos relacionados con el vínculo afectivo madre-hijo. Finalmente, se agendará una cita para poder realizar la evaluación y observación de la relación madre-hijo dentro de un ambiente familiar para ambos (hogar, fundación). Este procedimiento se llevará a cabo durante aproximadamente tres semanas en las que usted estará en contacto con la investigadora por al menos tres días.

##### Riesgos y beneficios

Algunos de los riesgos que pueden presentarse a lo largo del estudio están relacionados con posibles complicaciones a nivel emocional, debido a que durante la evaluación psicológica las participantes pueden presentar o tener cierta resistencia psicológica referente al evento traumático. Sin embargo, contaremos con intervenciones psicológicas de emergencia para reducir al mínimo el impacto psicológico, y se brindará contactos a los que puedan acudir las madres para trabajar a profundidad sus problemas dentro de un espacio

seguro.
<b>Confidencialidad de los datos</b>
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <p>1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el equipo clínico tendrán acceso.</p> <p>2) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio.</p> <p>3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.</p> <p>4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.</p>
<b>Derechos y opciones del participante</b>
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<b>Información de contacto</b>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998074727 que pertenece a María José Murgueytio Riofrío, o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:murgueytiom@gmail.com">murgueytiom@gmail.com</a></p> <p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: <a href="mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec">comitebioetica@usfq.edu.ec</a></p>

<b>Consentimiento informado</b>	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

## ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

### Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa et al., 1999).

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la agresión. A continuación hay un número de frases que pueden ser o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1. Estoy Totalmente en Desacuerdo
2. Estoy Muy en Desacuerdo
3. Estoy Levemente en Desacuerdo
4. Me es Indiferente
5. Estoy Levemente de Acuerdo
6. Estoy Muy de Acuerdo
7. Estoy Totalmente de Acuerdo

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.                                   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. No confío en que haré las cosas bien.  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Soy una persona débil.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.                                | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.                         | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.                  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. No se puede confiar en las personas.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Me siento muerta interiormente.  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. No puedes saber quién te hará daño.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Soy una persona incompetente.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible.                      | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.                                 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.                                 | 1 2 3 4 5 6 7 |

16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo. 1 2 3 4 5 6 7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales. 1 2 3 4 5 6 7
18. El mundo es un lugar peligroso. 1 2 3 4 5 6 7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo. 1 2 3 4 5 6 7
20. Permanentemente he cambiado a peor. 1 2 3 4 5 6 7
21. Me siento como un objeto, no como una persona. 1 2 3 4 5 6 7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación. 1 2 3 4 5 6 7
23. No puedo confiar en otras personas. 1 2 3 4 5 6 7
24. Me siento apartada y aislada de otros. 1 2 3 4 5 6 7
25. No tengo futuro. 1 2 3 4 5 6 7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas. 1 2 3 4 5 6 7
27. Las personas no son lo que parecen. 1 2 3 4 5 6 7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma. 1 2 3 4 5 6 7
29. Como persona hay algo equivocado en mí. 1 2 3 4 5 6 7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora. 1 2 3 4 5 6 7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan. 1 2 3 4 5 6 7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento. 1 2 3 4 5 6 7
33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto. 1 2 3 4 5 6 7
34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible. 1 2 3 4 5 6 7
35. No puedo confiar en mí misma. 1 2 3 4 5 6 7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno. 1 2 3 4 5 6 7

RAQ  
(Frazier, 2003)

A continuación se enumeran unas frases que describen pensamientos que las mujeres tienen frecuentemente sobre por qué ha ocurrido la agresión. Por favor indica con qué frecuencia has tenido cada uno de los siguientes pensamientos en la semana pasada. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

Con qué frecuencia has pensado: “Yo fui agredida porque...”

- |     |  |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1.  | Fui una insensata.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.  | Debería haberme resistido más.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.  | Me expuse a una situación peligrosa.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.  | Debería haber sido más precavida.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.  | No hice lo suficiente para protegerme.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.  | El agresor pensó que él podía salirse con la suya. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.  | El agresor quería ejercer su poder sobre alguien.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.  | El agresor era un enfermo.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.  | El agresor detesta a las mujeres.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | El agresor quería hacer daño a alguien.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5
Fuertemente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Fuertemente de acuerdo
1.	La agresión va a afectarme durante un largo tiempo, pero hay cosas que yo puedo hacer para minimizar estos efectos.		1	2 3 4 5
2.	Siento que no hay mucho que yo pueda hacer para sentirme mejor.		1	2 3 4 5
3.	Sé lo que debería hacer para recuperarme de la agresión.		1	2 3 4 5
4.	Estoy segura de que lo puedo superar si trabajo en ello.		1	2 3 4 5
5.	Siento que el proceso de recuperación está bajo mi control.		1	2 3 4 5
6.	Tengo miedo de que pueda ser agredida otra vez.		1	2 3 4 5
7.	No es muy probable que pueda ser agredida otra vez.		1	2 3 4 5
8.	Una vez que he sido agredida, es poco probable que esto me ocurra otra vez.		1	2 3 4 5
9.	Me siento bastante segura de que no seré agredida otra vez.		1	2 3 4 5
10.	Da igual lo que haga, podría ser agredida otra vez.		1	2 3 4 5
11.	He cambiado algunas conductas para intentar evitar ser agredida de nuevo.		1	2 3 4 5
12.	Desde la agresión, intento no exponerme ante situaciones potencialmente peligrosas.		1	2 3 4 5
13.	No tomo ninguna precaución especial desde que ocurrió la agresión.		1	2 3 4 5
14.	He hecho algunas cosas para protegerme desde la agresión.		1	2 3 4 5
15.	He hecho cambios en mi vida desde la agresión.		1	2 3 4 5

### Cuestionario Brief Cope (Carver, 2000).

Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a situaciones difíciles. Piense en una situación difícil que Usted tuvo que enfrentar en el año pasado. Estamos interesados en saber cómo Usted se enfrentó y adaptó a esa situación difícil.

- 1 = No hice esto en lo absoluto
- 2 = Hice esto un poco
- 3 = Hice esto con cierta frecuencia
- 4 = Hice esto con mucha frecuencia

1. Yo me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.
2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.
3. Yo me dije a mi mismo(a), esto no es real.
4. Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.
5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.
6. Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.
7. Yo tomé acción para poder mejorar la situación.
8. Yo rehusé creer que esto hubiera pasado.
9. Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.
10. Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.
11. Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera mas positivo.
12. Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer.
13. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.
14. Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.
15. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.
16. Yo hice bromas acerca de esto.
17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.
18. Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.
19. Yo expresé mis pensamientos negativos.
20. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.
21. Yo aprendí a vivir con esto.
22. Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.
23. Yo recé o medité.
24. Yo hice gracia de la situación.

**Inventario de Depresión de Beck (Beck Et Al., 2006).**

- 1)
  - No me siento triste.
  - Me siento triste.
  - Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
  - Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
- 2)
  - No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
  - Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - Siento que no puedo esperar nada del futuro.
  - Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
- 3)
  - No me siento fracasado.
  - Siento que he fracasado más que la persona normal.
  - Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
  - Siento que como persona soy un fracaso completo.
- 4)
  - Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
  - No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
  - Ya nada me satisface realmente.
  - Todo me aburre o me desagrada.
- 5)
  - No siento ninguna culpa particular.
  - Me siento culpable buena parte del tiempo.
  - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
  - Me siento culpable todo el tiempo.
- 6)
  - No siento que esté siendo castigado.
  - Siento que puedo estar siendo castigado.
  - Espero ser castigado.
  - Siento que estoy siendo castigado.
- 7)
  - No me siento decepcionado en mí mismo.
  - Estoy decepcionado conmigo.
  - Estoy harto de mí mismo.
  - Me odio a mí mismo.
- 8)
  - No me siento peor que otros.
  - Me critico por mis debilidades o errores.
  - Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
  - Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

- 9)
- No tengo ninguna idea de matarme.
  - Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
  - Me gustaría matarme.
  - Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10)
- No lloro más de lo habitual.
  - Llora más que antes.
  - Ahora lloro todo el tiempo.
  - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.
- 11)
- No me irrito más ahora que antes.
  - Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
  - Me siento irritado todo el tiempo.
  - No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12)
- No he perdido interés en otras personas.
  - Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
  - He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
  - He perdido todo interés en los demás.
- 13)
- Tomo decisiones como siempre.
  - Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
  - Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
  - Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14)
- No creo que me vea peor que antes.
  - Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
  - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
  - Creo que me veo horrible.
- 15)
- Puedo trabajar tan bien como antes.
  - Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
  - Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
  - No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16)
- Puedo dormir tan bien como antes.
  - No duermo tan bien como antes.
  - Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

**Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988).**

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>					
		<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Escala de Inadaptación (Echeburúa Et Al., 2000).**

**NOMBRE:** .....

**Nº:** .....

**TERAPEUTA:** .....

**FECHA:** .....

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

**Trabajo y/o Estudios**

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Vida social**

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### Relación de pareja

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Escala de Bienestar Psicológico (Díaz Et Al., 2006).**

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*
5. *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. *No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar*
9. *Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
13. *Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría*
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
15. *Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones*
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
20. *Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo*
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
22. *Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen*
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
25. *En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida*
26. *No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza*
27. *Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos*
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria
29. *No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida*
30. *Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida*
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
33. *A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo*
34. *No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está*
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo
36. *Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona*
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

### Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)

(Parker, Tuplin & Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada & Zambrano, 2007)

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su **padre** hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba  
2= Algunas veces pasaba  
1= Rara vez pasaba  
0= Nunca pasaba

PADRE

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.                      | ( ) |
| 2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.                     | ( ) |
| 3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.                    | ( ) |
| 4. Parecía emocionalmente frío conmigo.                           | ( ) |
| 5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.               | ( ) |
| 6. Era cariñoso conmigo.  | ( ) |
| 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.               | ( ) |
| 8. No quería que yo creciera.                                     | ( ) |
| 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.                     | ( ) |
| 10. Invadía mi intimidad.   | ( ) |
| 11. Disfrutaba hablar conmigo.                                    | ( ) |
| 12. Frecuentemente me sonreía.                                    | ( ) |
| 13. Tendía a consentirme.   | ( ) |
| 14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.        | ( ) |
| 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.                       | ( ) |
| 16. Me hacía sentir que no me quería.                             | ( ) |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.     | ( ) |
| 18. No hablaba mucho conmigo.                                     | ( ) |
| 19. Trataba de hacer sentir dependiente de él.                    | ( ) |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. | ( ) |
| 21. Me daba tanta libertad como yo quería.                        | ( ) |
| 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.                   | ( ) |
| 23. Fue sobreprotector conmigo.                                   | ( ) |
| 24. No me alababa.  | ( ) |
| 25. Me dejaba vestir como yo quería.                              | ( ) |

### Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)

(Parker, Tuplin & Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada & Zambrano, 2007)

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su **madre** hasta la edad de 16 años.

3= Siempre pasaba  
2= Algunas veces pasaba  
1= Rara vez pasaba  
0= Nunca pasaba

MADRE

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.                      | ( ) |
| 2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.                     | ( ) |
| 3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.                    | ( ) |
| 4. Parecía emocionalmente fría conmigo.                           | ( ) |
| 5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.               | ( ) |
| 6. Era cariñosa conmigo.  | ( ) |
| 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.               | ( ) |
| 8. No quería que yo creciera.                                     | ( ) |
| 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.                     | ( ) |
| 10. Invadía mi intimidad.   | ( ) |
| 11. Disfrutaba hablar conmigo.                                    | ( ) |
| 12. Frecuentemente me sonreía.                                    | ( ) |
| 13. Tendía a consentirme.   | ( ) |
| 14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.        | ( ) |
| 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.                       | ( ) |
| 16. Me hacía sentir que no me quería.                             | ( ) |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.     | ( ) |
| 18. No hablaba mucho conmigo.                                     | ( ) |
| 19. Trataba de hacerme sentir dependiente de ella.                | ( ) |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. | ( ) |
| 21. Me daba tanta libertad como yo quería.                        | ( ) |
| 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.                   | ( ) |
| 23. Fue sobreprotectora conmigo.                                  | ( ) |
| 24. No me alababa.  | ( ) |
| 25. Me dejaba vestir como yo quería.                              | ( ) |

## Escala de Apego Durante Estrés (Massie & Campbell, 1983).

<i>Conductas del niño o niña durante el evento estresante</i>						
Observar	1	2	3	4	5	x
<b>1. Mirada</b>	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	No observado
<b>2. Vocalización</b>	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
<b>3a. Tocando</b>	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
<b>3b. Tocado</b>	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	No observado
<b>4. Sosteniendo</b>	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
<b>5. Afecto</b>	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	No observado
<b>6. Proximidad o cercanía</b>	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado
<i>Respuesta del acompañante frente al estrés del niño o niña</i>						
Observar	1	2	3	4	5	x
<b>1. Mirada</b>	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño/a a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	No observado
<b>2. Vocalización</b>	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	No observado
<b>3a. Tocando</b>	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.	No observado
<b>3b. Tocada</b>	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	No observado
<b>4. Sosteniendo</b>	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	No observado
<b>5. Afecto</b>	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
<b>6. Proximidad o cercanía</b>	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	No observado

<b>Nombre acompañante</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<b>Relación o parentesco con el niño o niña</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<small>apellido paterno      apellido materno      nombres</small>	
<b>Nombre del niño o niña</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<b>R.U.N.</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<small>apellido paterno      apellido materno      nombres</small>	
<b>Fecha de la evaluación</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<b>Estilo del apego</b> <input type="radio"/> Seguro <input type="radio"/> Inseguro / evitante <input type="radio"/> Inseguro / ambivalente
<small>día      mes      año</small>	<b>En caso de existir, describa la Conducta Problemática de Apego (CDA)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>