

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso
en mujeres que consideran la
opción del aborto**

Proyecto de Investigación

Lilliam Daniela Jaramillo Racines

Psicología Clínica

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

Quito, 13 de diciembre de 2016

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en mujeres
que consideran la opción del aborto**

Lilliam Daniela Jaramillo Racines

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 13 de diciembre de 2016

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: Lilliam Daniela Jaramillo Racines

Código: 00107432

Cédula de Identidad: 1716602329

Lugar y fecha: Quito, 13 de diciembre de 2016

RESUMEN

Antecedentes: La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se le considera la tercera corriente de la Terapia Cognitivo Conductual (Ruiz, 2010). ACT considera que la Evitación Experiencial predispone a que las personas desarrollen ciertas psicopatologías, dentro de esto se encuentra el Trastorno de Estrés Post Traumático (Ruiz, 2010) (Thompson, 2011). Diferentes factores pueden desencadenar en TEPT, dentro de esto se encuentra el abuso sexual (Thompson, 2011). El embarazo como fruto de una violación muchas veces lleva a las mujeres a someterse a un aborto (WHO, 2012). **Metodología:** cinco mujeres participaron en esta investigación, en donde se les administró la terapia ACT por un periodo de 8 meses y al final del procedimiento se les facilitó una entrevista semi – estructurada para ver el impacto de la terapia en este tipo de población. **Resultados:** Los resultados esperados en base a la revisión de literatura es que los factores que mas impactan en la decisión de abortar o no serian el aumento en la flexibilidad psicológica, clarificación de los valores y la aceptación de la experiencia que están atravesando. **Conclusiones:** La terapia ACT tiene elementos los cuales van a influir en la decisión que tomen las participantes.

Palabras clave: Terapia ACT, trastorno de estrés post traumático, aborto, abuso sexual, consecuencias abuso, factores de riesgo y protectores.

ABSTRACT

Background: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), is considered the third stream of Cognitive Behavioral Therapy (Ruiz, 2010). ACT believes that Experiential Avoidance prompts people to develop certain psychopathologies, including Post Traumatic Stress Disorder (Ruiz, 2010) (Thompson, 2011). Different factors can trigger PTSD, within this is sexual abuse (Thompson, 2011). Pregnancy as the result of rape often leads women to undergo abortion (WHO, 2012). **Methods:** Five women participated in this research, where ACT therapy was administered for a period of 8 months and at the end of the procedure a semi - structured interview was provided to see the impact of therapy in this type of population. **Results:** The expected results based on the literature review are that the factors that most impact the decision to abort or not would be the increase in psychological flexibility, clarification of values and acceptance of the experience they are going through. **Conclusions:** ACT therapy has elements that will influence the decision that participants take

Key words: ACT Therapy, Post Traumatic Stress Disorder, Abortion, Sexual Abuse, Abuse Consequences, Risk Factors and Protectors.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión Literatura.....	14
Metodología y diseño investigación	42
Resultados esperados	47
Referencias.....	54
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes	58
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	67
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	71

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enfoca en profundizar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en cuanto a la toma de decisión de interrumpir su embarazo o no en mujeres que han sido abusadas sexualmente. Se considera importante que las mujeres tengan acceso a soporte psicológico y poder brindar soporte en cuanto a la aceptación del hijo que trae consigo. Específicamente, una de cuatro mujeres han experimentado violencia sexual, INEC (2012) explica que la violencia sexual es la imposición de cometer actos sexuales, mediante el uso de intimidación, amenazas, fuerza física o cualquier otra forma de medio coercitivo.

Dentro de las consecuencias del abuso sexual se encuentran, depresión, desarrollo mal adaptativo de la sexualidad, síntomas disociativos, conductas autolíticas y síntomas constantes del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) (Trickett, Noll & Putnam, 2011). De esta manera, 94% de las mujeres son diagnosticadas con TEPT dos semanas después del abuso y 30% de las mujeres presentan síntomas de este trastorno nueve meses después del abuso (RAINN, 2016).

Ahora bien, dado al gran porcentaje de mujeres que presentan TEPT después de un abuso sexual, se ha podido evidenciar que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es efectiva en el momento de trabajar con esta población (Gina, Kristen & Kathleen, 2012). Por consiguiente, esta terapia se distingue al promover la aceptación de pensamientos y emociones de una forma más adaptativa y el de fomentar comportamientos los cuales estén relacionados con los valores que la persona tiene (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011).

INTRODUCCION AL PROBLEMA

Las cifras del abuso sexual en el Ecuador son altas, se considera como un problema a nivel mundial (Vivolo, Holland, Teten & Holt, 2010), esto a dado paso a la elaboración de terapias psicológicas que beneficien a las víctimas, tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso. Dentro de las consecuencias del abuso sexual, hay una gran probabilidad de que esto se desencadene en Trastorno de Estrés Post Traumático (Thompson, 2011). Adicionalmente, 5% de las mujeres abusadas tienen probabilidad de quedarse embarazadas después de haber sido víctimas de un abuso sexual (Linden, 2011) lo cual muchas veces esto lleva a que la mujer decida abortar (WHO, 2012). Mas aún, las investigaciones demuestran que el Ecuador es uno de los países con mas índices de aborto a comparación de otros países Latinoamericanos (GDA, 2010). Además, INEC (2014) menciona que el aborto es la quinta causa de muerte materna.

Antecedentes

La Terapia de Aceptación y Compromiso, se le considera la tercera corriente de la Terapia Cognitivo Conductual (Ruiz, 2010). ACT tuvo sus primeros inicios en el año 1976 al mando de Steve Hayes, el cual estaba interesado en entender el rol que juega el lenguaje y el comportamiento en el desarrollo de trastornos psicológicos y es así como con la influencia de las ideas *Relational Frame Theory* se fue desarrollando la terapia ACT (Zettle, 2011). El objetivo principal de esta terapia es el de fomentar la flexibilidad psicológica por medio de procesos de aceptación, mindfulness y trabajando con los valores con los que cuenta la persona (Sahagún & Salgado, 2013). Al hablar de flexibilidad psicológica se refiere a

promover la capacidad de conectarse a la experiencia de una forma activa, promoviendo el cambio comportamental basado en las metas y valores de la persona (Arch et al., 2012).

Con respecto a los principios existen dos principios fundamentales dentro de esta terapia. Por un lado, ACT promueve acciones las cuales tengan concordancia con los valores de la persona y también promueve la difusión cognitiva (Ruiz, 2010) es decir, tomar de una manera menos seria a los pensamientos negativos. Dentro de las estrategias se encuentra el uso de paradojas, metáforas y ejercicios experienciales (Ruiz, 2010). Internamente esta terapia establece que la Evitación Experiencial Destructiva como un factor limitante a la apertura de eventos no placenteros, es decir, evitar aquellas emociones o pensamientos que no son agradables (Sahagún & Salgado, 2013). La Evitación Experiencial no es un problema en si, pero se convierte en uno, en el momento que esto lleva a la inflexibilidad psicológica (Ruiz, 2010). Por tanto, la principal función de ACT es enfrentar esta inflexibilidad, aceptar lo que se está evitando y demostrar lo contraproducente que es evadir experiencias (Ruiz, 2010). Es decir, ACT tiene como fin el de desarrollar flexibilidad psicológica por medio del desarrollo de la habilidad para conectarse con el presente de una forma mas consiente y de esta manera generar mayor aceptación de la experiencia (Ruiz, 2010). Bajo este contexto, ACT considera que la Evitación Experiencial Destructiva predispone a que las personas desarrollen ciertas psicopatologías (Ruiz, 2010).

Teniendo esto en mente, ACT sostiene que varios de los síntomas que las personas con Trastorno de Estrés Postraumático presentan (TEPT), están muy ligados a la evitación de pensamientos y emociones relacionadas al evento traumático (Thompson, 2011). Las investigaciones demuestran que ACT es una terapia la cual beneficia a la mejoría de síntomas de este trastorno (Thomson, 2010). El TEPT se desencadena después de que la persona haya experimentado o presenciado un acontecimiento traumático en donde su vida o

la de alguien más se ve amenazada (DSM IV-TR). Se puede observar síntomas tales como re-experimentación, evitación y sobre activación (DSM IV-TR). Para que una persona sea diagnosticada con TEPT, es necesario que los síntomas causen disfuncionalidad en la persona a nivel social, ocupacional o cualquier otra área importante para el funcionamiento (DSM IV- TR). Leiva (2011) menciona que debido a la alta activación fisiológica esto provoca dificultad en el momento de conciliar el sueño, irritabilidad y dificultad para concentrarse.

De esta manera, las investigaciones sostienen que muchos factores pueden desencadenar en TEPT, dentro de esto se encuentra el abuso sexual (Thompson, 2011). En efecto, 94% de mujeres abusadas sexualmente experimentan síntomas de TEPT durante las primeras dos semanas después del abuso, 30% demuestran síntomas de TEPT 9 meses después del abuso, mas aún el 33% piensan en la posibilidad de suicidarse y el 13% de mujeres abusadas terminan con su vida. (RAINN, 2016).

Según INEC (2012), seis de cada diez mujeres ecuatorianas sufren de violencia de género, es decir 60.6% de mujeres han vivido algún tipo de violencia. Dentro de esto una de cuatro mujeres han experimentado abuso sexual (INEC, 2012). Se entiende como abuso sexual cualquier forma de contacto sexual el cual obliga a alguien hacer algo que no desee por medio de la intimidación o fuerza (Cortés, 2011). Asimismo, a pesar de que la probabilidad de quedarse embarazada tras un abuso sexual es una cifra pequeña esto igual tiene importantes efectos psicológicos en la mujer. (Linden, 2011). De esta manera, el embarazo fruto de una violación es un atentado contra el derecho de la mujer, lo cual muchas veces lleva a las mujeres a someterse a un aborto (WHO, 2012). La Organización Mundial de la salud (2014) explica que el aborto es la interrupción voluntaria del embarazo. Coleman (2011) explica que las mujeres que se someten a un procedimiento abortivo

incrementan el riesgo de verse afectadas psicológicamente. Entre las consecuencias tras un aborto se encuentra la alta probabilidad de desarrollar un duelo complicado, depresión, ansiedad, TEPT, comportamiento sexual riesgoso (Curley & Johnston, 2013).

En un investigación realizada por GDA (2010) en donde participaron varios países latinoamericanos, entre estos Ecuador. Los investigadores tenían como fin el de analizar los hábitos sexuales de dichos países, la muestra poblacional era de 13. 349 participantes. Dentro de las conclusiones que se llegó es que el Ecuador tiene el mayor porcentaje de mujeres que se han realizado un aborto con un 36,4% (GDA, 2010). Estas cifras son llamativas dado a que en el Ecuador el aborto no es legal (Código Orgánico Integral Penal), en el siguiente bloque se explicará con profundidad la situación del país en respecto a este tema. Dentro del marco de esta investigación se analizará el impacto de la terapia ACT en la decisión de abortar o no en mujeres abusadas sexualmente con un diagnostico de TEPT.

El problema

El abuso sexual hacia las mujeres es una realidad la cual no se puede ignorar dado a las cifras alarmantes en el Ecuador, expuestas anteriormente. Mas aun, el abuso sexual no se lo considera un evento aislado, esto trae consigo una serie de consecuencias lo cual repercute de una forma negativa en la mujer (Linden, 2011). Al quedarse embarazada tras un abuso puede llevar a que la mujer decida abortar, a pesar de que en el Ecuador el aborto no es legal, muchas mujeres lo hacen y esto conlleva a la muerte de las mismas (INEC, 2014). Es por esto que se considera necesario actuar de una forma efectiva antes de que la mujer acuda al procedimiento del aborto y así evitar la muerte de la misma y los efectos negativos que trae consigo el aborto. Para esto, se considera primordial trabajar con la mujer el tema del abuso sexual y al mismo tiempo la aceptación del hijo que viene en camino.

Actualmente, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado ser muy efectiva en el trabajo con personas un diagnóstico de TEPT tras un abuso sexual (Trickett, Noll & Putnam, 2011). Sin embargo, no existen investigaciones que trabajen esta terapia con mujeres que quieran abortar con un diagnóstico de TEPT en el Ecuador. Es por esto, al analizar las cifras alarmantes de abuso sexual, los síntomas de TEPT y el porcentaje elevado de muertes a causa del aborto en el país, este estudio tiene como fin el de aplicar la terapia ACT y analizar el impacto de la terapia en la toma de decisión en las mujeres que quieren abortar.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta que punto la terapia ACT tiene un impacto en la decisión de abortar o no en mujeres abusadas sexualmente con un diagnóstico de TEPT?

Significado del estudio.

El abuso sexual trae consigo una serie de consecuencias negativas para la persona agredida, dentro de esto se encuentra la alta probabilidad de ser diagnosticado con TEPT. Anteriormente, se ha mencionado que en el Ecuador los índices de abuso sexual son elevados y esto es un llamado para fomentar ayuda a las víctimas. Adicionalmente, al existir cierta probabilidad de que la mujer abusada se quede embarazada y tenga en mente interrumpir su embarazo, es fundamental recordar que en el Ecuador el aborto es ilegal y que esto es la causa de muerte de muchas mujeres.

Por lo tanto, este estudio considera que es importante aplicar la Terapia de Aceptación y Compromiso para así indagar el impacto de esta terapia en la toma de decisión por parte de la mujer abusada la cual tiene en mente interrumpir su embarazo. Es decir, que la mujer logre

aceptar la realidad que esta atravesando de una mejor forma y que se sienta conforme con la decisión de continuar con su embarazo y no abortar.

Resumen

Recapitulando, esta investigación tendrá como fin el de aplicar la Terapia de Aceptación y Compromiso en victimas de abuso sexual las cuales estén pasando por la incertidumbre de abortar o no. Después de haber investigado los índices altos de abuso sexual y de la mortalidad a causa del aborto dentro del Ecuador, se considera importante la aplicación de esta terapia para así analizar impacto de las victimas.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes.

Para esta investigación la información que se utilizará para la revisión de literatura ha sido recopilada de libros, revistas indexadas, al igual que artículos académicos y datos provenientes de estadísticas del país en donde se está realizando la investigación. Para acceder a esta información, se utilizará palabras claves como Terapia de Aceptación y Compromiso, abuso sexual, aborto, efectividad de la terapia ACT, Trastorno de Estrés Postraumático, DSM IV – TR. La información será obtenida por medio de bases de datos tales como Jstor, EBSCO, Proquest.

Formato de la revisión de la literatura

Para facilitar una mayor comprensión de los temas relacionados con esta investigación, la literatura será ordenada en orden de temas. En primer lugar, se revisará la Terapia de Aceptación y Compromiso. Después se hablará sobre el trastorno de estrés post traumático y se lo relacionará con el abuso sexual. Finalmente, se revisará la literatura sobre el aborto.

Terapia de Aceptación y Compromiso.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una intervención cognitivo-conductual (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011), la cual se desarrolló con el fin de mejorar los resultados de las terapias tradicionales basadas en la cognición y de incorporar la influencia del lenguaje en el comportamiento humano, Steves Hayes (1989) junto con sus colaboradores comienzan a desarrollar *Relational Frame Theory* (RFT), lo cual luego se

convertirá en las bases de ACT (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011). RFT explica la relación que existe entre el lenguaje humano y la cognición y como esto influye en el comportamiento de las personas (Zettle, 2011). La distinción principal de ACT con otras terapias tradicionales es que esta no se centra en reducir la intensidad y frecuencia de los pensamientos y emociones negativas (Flaxman et al., 2011).

Mas bien, ACT enfatiza en aumentar la flexibilidad psicológica lo cual con el tiempo va a llevar a que la persona logre tener una vida mas acorde a sus valores (Sahagún & Salgado, 2013). La flexibilidad psicológica se entiende como la capacidad que tiene la persona para desarrollar comportamiento adaptativo en una forma en que este tenga una apertura a los pensamientos y emociones, así como apreciar lo que la situación ofrece y que la persona guíe su comportamiento basado en los valores que considera importantes (McCracken & Morley, 2014). La flexibilidad psicológica está relacionado con el lenguaje y el pensamiento y como ejerce influencia en el comportamiento que tenga la persona (McCracken & Morley, 2014). Es decir, como la persona piensa y describe la situación que esta atravesando, en especial si esto es de una forma negativo, esto va afectar la forma de actuar de los individuos.

ACT se basa en la premisa de que el dolor ya sea físico o psicológico, forma parte de la naturaleza humana y que al tratar de evitar los pensamientos y emociones negativas esto trae un deterioro en la calidad de vida de la persona (Flaxman et al., 2011). Es por esto que ACT propone aceptar las emociones y pensamientos de una forma mas productiva experimentándolas de una forma diferente (Flaxman et al., 2011). De este modo, ACT propone seis procesos los cuales contribuyen a la flexibilidad psicológica: aceptación, difusión cognitiva, yo como contexto, acciones con compromiso, acciones en relación de los valores, estar en el presente (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Luoma et al., 2007

La evitación experiencial se caracteriza por acciones las cuales las personas realizan para distanciarse de las experiencias que causan malestar ya sea esto pensamientos, sensaciones, emociones o memorias (Campoy & Castilla, 2012). Este patrón de comportamiento se vuelve disfuncional en el momento en que esto es limitante para que la persona viva la vida que desea o cuando estas actitudes de evitación alejan a la persona de sus valores (Campoy & Castilla, 2012). ACT motiva a que el paciente pueda diferencias entre lo que puede cambiar y lo que no. Es decir, a que la persona este dispuesta a experimentar lo que esta evitando y guiar su comportamiento en función de sus valores (Campoy & Castilla, 2012).

La evitación experiencia es una actitud común dentro de los seres humanos, pero que en cierto punto causa problemas. (Luoma et al., 2007). Entre mayores sean los niveles de evitación experiencias, menos apertura y aceptación de emociones negativas (Shallcross et al., 2010). Por lo tanto, a mayor aceptación de emociones y pensamientos esto resulta en mayor beneficio en el momento de responder a situaciones estresantes y a una mejor salud mental (Shallcross et al., 2010). Por ejemplo, en una estudio realizado por Plumb (2004) se evidenció que la no aceptación de las emociones predijo mayor severidad de síntomas de TEPT y de depresión mas allá del grado de exposición de guerra en soldados.

Aceptación.

ACT propone la aceptación de las emociones, es decir, tener apertura a las emociones, en otras palabras, no evitar aquellas emociones que causan malestar (Kohl, Rief & Glombiewski, 2012). Es lo que se conoce como la aceptación experiencial, es el de tener un actitud donde no se juzga a las experiencias dolorosas ni a las emociones negativas (Shallcross, Troy, Boland & Mauss, 2010. El no aceptar las emociones tal y como se presentan en una situación lleva a que la persona quiera controlarlas. Esto en un principio es

funcional dado a que se reduce los niveles de ansiedad que se está experimentado (Luoma et al., 2007). Sin embargo, a largo plazo el querer controlar constantemente las emociones va provocar conductas problemáticas (Luoma et al., 2007).

Adicionalmente, ACT explica una alternativa para no evitar experiencias negativas y esto se da por medio de la disposición o la apertura a la experiencia y al mismo tiempo direccionar acciones acorde a los valores de la persona (Kang & Whittingham, 2010). La disposición se desarrolla por medio del contacto con el momento presente, mientras que simultáneamente el paciente dirija las acciones en base a lo que valora (Luoma et al., 2007).

Por otra parte, el proceso por el cual se desarrolla aceptación se da por dos medios. En primer lugar, se explica la importancia de que el paciente tome conciencia de los momentos en que esta evitando situaciones y de esta manera controlar las experiencias que esta atravesando (Luoma et al., 2007). De igual forma, ACT indica que es esencial que el paciente indague si estas actitudes o acciones realizadas por el paciente han funcionado a largo plazo y como esto ha provocado que tenga una vida limitada, es decir, una vida lejana a lo que valora y desea (Luoma et al., 2007). El segundo medio, se centra en crear oportunidades en donde el paciente pueda aplicar y practicar una posición caracterizada por la apertura a las experiencias (Luoma et al., 2007)

Difusión cognitiva

La apertura o la disposición a las experiencias dolorosas o no, están relacionadas con la difusión cognitiva (Kang & Whittingham, 2010). ACT expone que la fusión cognitiva es la tendencia que las personas tienen de quedarse encerrados en el pensamiento (Kang & Whittingham, 2010). Dicho de otra manera, la fusión cognitiva se da cuando la persona no logra distanciarse entre su ser, la experiencia interna y la situación que está experimentando (Luoma et al., 2007). El fin principal de ACT es desarrollar distanciamiento entre el “yo” y

los pensamientos, es decir, visualizar los pensamientos de una forma diferente (Luoma et al., 2007). En otras palabras, es el distanciamiento del significado literal de la cognición, para que así el pensamiento tenga una menor influencia en el comportamiento (Arch, Wolitzky, Eifert & Craske, 2012). Al aumentar la difusión cognitiva se obtiene mayor flexibilidad psicológica y una mejor calidad de vida. Asimismo (Arch et al., 2012) demuestran que un aumento en la difusión cognitiva favorece a menores niveles de depresión y de ansiedad

Contacto con el momento presente

ACT explica que los problemas y el sufrimiento tienen raíz en el momento en que los seres humanos son rígidos en la forma de pensar sobre el futuro y el pasado y van perdiendo contacto con el presente (Luoma et al., 2007). Las investigaciones demuestran que los pensamientos tienen la tendencia de alejar a la persona del presente (Flaxman et al., 2011). Adicionalmente, ACT sostiene que debido a la fusión cognitiva existe la tendencia a que las personas interactúen con el futuro o el pasado como si de verdad estarían sucediendo (Luoma et al., 2007).

De esta manera, ACT no propone excluir los pensamientos relacionados al futuro o al pasado, mas bien, se centra en fomentar flexibilidad en los pacientes para que se conecten al presente. (Luoma et al., 2007). Estar en el presente se refiere a que la persona tenga mayor conciencia de las experiencias internas y de las externas, con una posición caracterizada por no juzgar (Twohig & Crosby, 2010). El contacto con el momento presente trae consigo beneficio para la persona, dado a que esto incentiva a devaluar las conductas evitativas (Flaxman et al., 2011), cuando una persona esta conectada con el presente esto ayuda exponencialmente al cambio de los comportamientos negativos y al desarrollo de la aceptación, difusión y valores de la persona (Luoma et al., 2007).

Mindfulness o plenitud de conciencia es la metodología que se utiliza para lograr que la persona se mantenga en el aquí y en el ahora (Kang & Whittingham, 2010). Asimismo, se entiende a la plenitud de conciencia como el observar sin juzgar a los pensamientos, sensaciones, memorias o experiencias en el momento presente (Kang & Whittingham, 2010).

Yo como contexto

El estar conectados con el presente tiene relación con el siguiente proceso de ACT, lo que se conoce como Yo como contexto, estos dos procesos están conectados entre si dado a que ayuda a la persona a auto observarse de una manera consiente (Luoma et al., 2007). En este punto es necesario hacer la diferencia entre Yo como contexto y el Yo conceptualizado.

Es decir, cuando la persona percibe que lo que está sintiendo o experimentando son características de su ser, esto se lo entiendo como el Yo conceptualizado (Flaxman et al., 2011). En otras palabras, existe una fusión entre lo que la persona esta pensando, sintiendo, experimentado y su identidad (Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse & Schreurs, 2012). Por ejemplo, una persona que está atravesando por momentos de mucha ansiedad puede describirse a si mismo como “soy una persona débil” o “soy miedoso”. Lo que se quiere lograr con ACT es que la persona no defina su “yo” en base a lo que esta sintiendo o pensando, esto es lo que se entiende como Yo como contexto (Flaxman et al., 2011). Esto trae beneficio para la persona ya que ayuda al desarrollo de una mayor sensación de control en la vida y de esta manera dirigir acciones en función de los valores (Luoma et al., 2007)

Clarificación de valores

La función del terapeuta es de ayudar a que el paciente tenga mayor conciencia en alcanzar sus metas según los valores de la persona (Luoma et al., 2007). Los valores tienen

la función de dar sentido a la dirección, es decir la elección de acciones dirigidas a lo que la persona le importa y valora (Luciano, Blarrina & Salas, 2010). La clarificación de los valores son la base de la terapia lo cual será el contexto motivacional necesario para que los pacientes lleguen al cambio de las conductas disfuncionales (Luciano et al. 2010). La clarificación de los valores y el compromiso con éstos, involucra el aumento de acciones concretas que faciliten a la persona ir en esa dirección (Márquez, Fernández, Romero & Losada, 2013). Mas aun, los valores al ser fuente de satisfacción, otorgan sentido a la vida, no tendrían que cambiar a pesar de las circunstancias que se este atravesando (Márquez et al., 2013). Teniendo esto en mente, la evitación experiencial genera cierta limitación en la vida de la persona, dado a que le aleja de los valores personales y provocando insatisfacción en la persona (Márquez et al., 2013).

Compromiso a la acción

La evitación experiencial como se ha mencionado anteriormente, causa que las personas se alejen del estilo de vida que quieren llevar o de las actividades que quieren realizar (Luoma et al., 2007). Por ejemplo, alguien que le gustaba mucho asistir a conciertos ahora ya no va porque le da miedo que le de un ataque de pánico. Es así como muchos pacientes llegan a terapia con insatisfacciones personales dado a que han dejado de hacer las cosas que aprecian y han desarrollado una vida en función de sus problemas (Luoma et al., 2007).

Es aquí que el compromiso a la acción juega un rol importante en la terapia, dado a que esto se caracteriza por un proceso de acción para crear una vida integra acorde a los deseos y valores que tenga la persona (Forman et al., 2012). En otras palabras, el compromiso a la acción es la habilidad que tiene la persona para relacionar o de llevar a cabo acciones sujetas a los valores de la misma, sin importar la situación en que se

encuentre (Luoma et al., 2007). Este proceso ayuda a que la persona desarrolle flexibilidad psicológica y ayuda a que los pacientes tengan un cambio a nivel conductual (Flaxman et al., 2011),

En la terapia es importante de identificar los valores que la persona mas le importa y conectar esto con acciones concretas (Forman et al., 2012). ACT sostiene que es de mucha ayuda centrarse en las áreas de vida que le son de gran valor para al paciente, pero que siente que tiene poca conexión o sus acciones no van acorde de lo que desea (Luoma et al., 2007).

En el momento de trabajar con las metas, Luoma (2007) explica que esto conlleva a que los pacientes se enfrenten a los pensamientos y emociones que han estado evitando. Se considera esto una oportunidad para que los pacientes pongan en practica las herramientas aprendidas y que puedan desarrollar flexibilidad psicológica (Luoma et al., 2007).

El fin principal de este proceso es de que los pacientes aprendan actuar en base a sus valores a pesar de que las experiencias puedan ser difíciles de sobrellevar (Forman et al., 2012).

Trastorno de estrés post traumático

Ahora bien, ACT manifiesta que la evitación experiencia predispone a que las personas desarrollen ciertas psicopatologías (Ruiz, 2010). Siendo esto verdad, ACT señala que varios de los síntomas que las personas experimentan en TEPT y su severidad están relacionados con la evitación a las emociones, pensamientos, sensaciones o recuerdos relacionados al evento traumático (Thompson, 2011).

El DSM IV – TR explica que para que una persona sea diagnosticada con TEPT es necesario cumplir con ciertos criterios, los cuales serán expuestos a continuación. (A) La persona estuvo expuesta a un acontecimiento traumático en donde el individuo experimentó o fue testigo de un evento en donde su vida o su integridad física estaban en peligro.

Adicionalmente, (B) el evento traumático es re experimentado en una o mas de las

siguientes formas: pensamientos intrusivos del evento traumático, sueños recurrentes del evento, actuar o sentir como si el evento estaría ocurriendo otra vez, intenso malestar psicológico y reactividad psicológica.

Por otro lado, otro de los criterios establecidos en el DSM IV- TR es que (C) la persona evita cualquier estímulo relacionado al evento traumático, acompañado por una incapacidad general de respuesta, la persona tiene que cumplir tres o más de los siguientes criterios. Esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionadas al trauma. Esfuerzos para evitar actividades, personas o lugares que hagan recuerdo del evento traumático. Incapacidad para recordar algún aspecto importante relacionado al trauma. Existe una disminución significativa en el interés de participar en actividades. Sensación de distanciamiento con las demás personas. Limitación en la capacidad física. Por último sensación de que el futuro es corto.

Adicionalmente, el criterio (D) indica la presencia de síntomas relacionados a la hiperactivación, los cuales no estaban antes del trauma, en dos o más de las siguientes formas. Dificultad para conciliar o mantener el sueño. Explosiones de ira o irritabilidad. Dificultades para concentrarse. Hipervigilancia. Por último, que la persona tenga una respuesta de alarma exagerada.

Dentro del criterio (E), se indica que la duración de los síntomas descritos en los criterios B, C y D tienen que durar más de un mes.

Finalmente, el criterio (F) explica que los síntomas causan malestar clínico significativo y una alteración en el funcionamiento social, laboral o otras áreas importantes de la vida.

Abuso sexual

Dentro de las variables demográficos se encuentra que el factor mas predominante en cuanto a la relación con abuso sexual (AS) es la edad de la mujer (Jordan, Campbell & Follingstad, 2010). La mayoría de las investigaciones demuestran que mujeres jóvenes son mas propensas a ser victimas a comparación de mujeres mayores (Jordan et al., 2010).La prevalencia AS en población general es de 4.0% - 21.4% en adultos, en adolescentes es de 10 – 25% y de 3.0% - 33.2% en niños (Storer, Casey & Herrenkohl, 2015). Incluso, las investigaciones reportan que la prevalencia de AS por parte de un desconocido es de 7 – 13% en Asia del sur, 21% en centro de África y en Latinoamérica es de 7-26% (Parcesepe, Martin, Pollock & Moreno, 2015). Mas aun una de cuatro mujeres han experimentado o sido testigos de AS dentro de la universidad (Szymanski, Moffitt, & Carr, 2011).

Por otro lado, la literatura en cuanto a la influencia de la educación y su relación con AS es incompleto y no se tiene una conclusión definitiva (Jordan et al., 2010). Pero, si se ha podido demostrar la relación entre mayores ingresos económicos y un menor riesgo de ser victimas de AS (Jordan et al., 2010). En cuanto a las diferencias étnicas no existe ninguna relación con el AS y que grupo esta en mayor riesgo (Jordan et al., 2010). Finalmente, el divorcio o la separación y la soltería son etapas en las cuales las mujeres reportan mayores actos de AS, a comparación de las mujeres que están casadas (Jordan et al., 2010)

El AS se considera como un problema de salud pública el cual trae consigo serias séquelas para la victima y para el perpetrador (Vivolo, Holland, Teten & Holt, 2010). Se entiende como AS como cualquier acto sexual el cual se realiza sin el consentimiento de la persona, esto se da por medio del abuso o la coerción por parte del agresor (Vivolo et al., 2010). En los casos reportados de AS la mayoría de las victimas son mujeres, comúnmente estos actos violentos se los realiza en lugares privados, no públicos (Degue et al., 2013).

Además, el 85% de la violencia se comete contra la mujer, es común que los actos de AS se den por parte de alguien cercano a la víctima, afectando así la confianza (Degue et al., 2013). Las investigaciones han demostrado que el 32% de las mujeres tienen relaciones violentas con sus parejas en la adolescencia y en la adultez temprano (Chen et al., 2010). Como consecuencia esto se deriva en embarazos no deseados, aumento en los riesgos de contraer enfermedades sexuales y problemas de la salud mental (Chen et al., 2010). Mas aun, mujeres que han sido victimas de abuso sexual en la infancia tienen mayor probabilidad de experimentar otro episodio de abuso en la adultez (Degue et al., 2013).

Situación en el Ecuador

Hace aproximadamente dos décadas el Ecuador ha desarrollado una serie de leyes para prevenir conductas delictivas en relación a la violencia de género (Barredo, 2014). Empezando en el año 1998 el Ministerio de Salud Pública dan a conocer el Acuerdo Número 01009 en donde indican y denuncian al abuso sexual como un problema de salud pública (Barredo, 2014). Asimismo, en el año 2009 el Estado mediante la firma de acuerdos internacionales y el desarrollo de un derecho constitucional buscan reducir la violencia de genero (Barredo, 2014). De igual forma, por medio de la creación y promulgación de planes tales como el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia Niñez, Adolescencia y Mujeres, el Ecuador ha estado trabajando para reducir los actos abusivos hacia la mujer (Barredo, 2014). En la actualidad existen 29 unidades Judiciales de Violencia contra la Mujer y la Familia en 24 cantones del país (Zurita, 2014).

La violencia en contra de la mujer abarca diferentes conceptos, dentro de esto existe la violencia física, lo cual se entiende como todo acto de fuera que genere dolor, daño o sufrimiento físico en la persona agredida (Zurita, 2014). Se entiende como violencia psicológica toda acción u omisión que genere malestar emocional, dolor, alteración

psicológica o disminución de la autoestima. Por otro lado, la violencia patrimonial es la pérdida, transformación, daño , retención o destrucción de objetos, documentos personales, bienes o recursos económicos de la persona agredida (Zurita, 2014). Finalmente, la violencia sexual es la imposición de actos sexuales de una persona la cual obliga a la víctima a tener relaciones u practicas sexuales con el perpetrador, mediante el uso de fuerza, amenaza o intimidación (Zurita, 2014)

La situación de las mujeres en el Ecuador han mejorado radicalmente tanto en los derechos individuales, acceso a la educación formal, a los espacios públicos y al trabajo remunerado (Zurita, 2014). A pesar de estas mejorías a nivel social, las cifras demuestran una realidad actual en donde la mujer todavía sigue siendo víctima de la violencia de género. Dentro de las explicaciones sobre la permanencia de la violencia de género, se encuentra la desigual distribución de poder entre hombre y mujer (Zurita, 2014)

A continuación, se expondrá los resultados obtenidos en encuesta realizada en el Ecuador con una muestra de 18.800 mujeres en donde se analizó la violencia contra la mujer. En donde se indica que seis de cada diez mujeres mayores de quince años manifiestan haber experimentado una o mas formas de violencia de género (Zurita, 2014), en cuanto a la violencia de sexo una de cuatro mujeres han sido victimas de este tipo de abuso (INEC, 2012). En esta investigación se demostró que los actos abusivos hacia la mujer pueden aumentar en las mujeres que tienen algún tipo de discapacidad y también se demostró que la incidencia aumenta dependiendo del grupo étnico- cultural. Se encuentra que la violencia sexual es mas elevada en mujeres afro descendientes (31.2%) y la menor incidencia se encuentra en las mujeres montubias (20%). Las razones por las cuales hay diferencias en la tasa de violencia entre grupo étnico – cultural se debe a los estratos

socioeconómicos en donde las mujeres con mas capacidad económica tienen mejores oportunidades para enfrentar este tipo de situaciones (Zurita, 2014).

Adicionalmente, en esta investigación se indica que las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia de género el 76% de los perpetradores eran personas cercanas a ellas, en su mayoría son hombres con quien las mujeres desarrollaron una relación sentimental. En el caso de la violencia sexual el 53.5% el agresor es el esposo, enamorado o conviviente de la victima y el 46.5% de los casos el agresor es un pariente, conocido o un extraño (Zurita, 2014).

La investigación expuesta anteriormente, indica que la razón principal por la cual se desarrolla actos violentos contra la mujeres se da por factores de poder y dominación masculina y que los celos son la razón número una por la cual los hombres actúan de esa manera (47,4%). Por otro lado, se demostró que el mayor porcentaje de violencia de género se encuentra en la Sierra y en la Amazonia. En concreto, la violencia sexual es mayor en la amazoniía (15,9%) y en la Sierra (15,3%).

En conclusión, a pesar de que la situación de la mujer haya mejorado en diferentes aspectos sociales, todavía se puede evidenciar grandes injusticias en el trato que se les tiene a las mismas. Las cifras hablan por si solas, una de cuatro mujeres en el Ecuador son victimas de abuso sexual (INEC 2012) y lo más alarmante es que la mayoría de estos abusos son cometidos por personas cercanas a las mujeres, esto sin lugar a dudas trae consigo una serie de consecuencias las cuales se expondrán a continuación.

Consecuencias abuso

La literatura constantemente a indicado la asociación que existe entre AS y síntomas psiquiátricos (Chen et al., 2010). Asimismo, existe una alta correlación entre AS y

desórdenes somáticos tales como problemas gastrointestinales y dolor crónico pélvico (Chen et al., 2010). Adicionalmente, se ha podido evidenciar que las víctimas de AS enfrentan una serie de preocupaciones en cuanto a lo físico y a lo psicológico, provocando que asistan con mas frecuencia a hospitales o clínicas de la salud (Chen et al., 2010). Es común que las víctimas inmediatamente después de AS experimenten miedo, agitación, confusión, shock y distanciamiento social (Jordan et al., 2010).

El grado de secuelas a largo plazo tras un acto de AS depende de diferentes factores. Dentro de esto se encuentra la severidad del abuso, es decir, uso de fuerza, la relación que la víctima con el perpetrador y las acciones que se cometieron durante el acto abusivo (Walsh, Fortier & Dilillo, 2010). Para poder identificar la asociación que existe entre abuso y sus consecuencias es necesario considerar los siguientes elementos. Las experiencias de abuso tienden a ser mas traumáticas y más dañinas cuando el acto es perpetrado por una figura la cual representa seguridad para la víctima (Hillber, Hamilton & Dixon, 2011). Adicionalmente, es importante considerar la edad de la víctima, la severidad del abuso, la frecuencia y duración del acto (Hillber et al., 2011)

En fin, dentro de las consecuencias se puede encontrar una mayor prevalencia para el desarrollo de ansiedad, depresión, problemas alimenticios, TEPT, problemas del sueño y suicidio. (Chen et al., 2010). Cuando una mujer ha sido víctima de AS existe la probabilidad de un 17% - 65% de que la mujer desarrolle un cuadro clínico de TEPT, 13%- 51% de desarrollar depresión, 13% -49% de abusar del alcohol y 7% - 26% de abusar drogas ilícitas (Parcesepe et al, 2015). Ahora bien, si el perpetrador es alguien cercano o de confianza para la víctima, esto eleva hasta cuatro veces mas la probabilidad de cometer actos suicidas por parte de la persona agredida (Parcesepe et al, 2015).

En una investigación realizada con más de 10,000 participantes, los cuales han experimentado diferentes traumas (accidentes de tránsito, pérdida de un ser querido, tener un hijo enfermo, pérdida de un miembro del cuerpo y abuso sexual). Se evidenció que las personas que habían sufrido AS en algún momento de su vida, tenían tres veces más probabilidad de desarrollar TEPT, a comparación de aquellos participantes que no habían sido víctimas de AS (Parcesepe et al, 2015). Es más, las mujeres sobrevivientes de AS pueden llegar a presentar más sintomatología que cualquier otro tipo de trauma (Parcesepe et al, 2015).

Otra consecuencia que se desarrolla tras un acto de AS, es la autoestima de la víctima. Existe una relación entre las mujeres que han sido abusadas y niveles más bajos de autoestima a comparación de las que no han sido abusadas (Jordan et al., 2010). Los niveles bajos de autoestima están ligados a la auto culpa por parte de la víctima y la falta de estrategias para salir adelante (Turchik & Wilson, 2010). Adicionalmente, la literatura explica que las mujeres que han sido abusadas por su pareja y se culpan a ellas mismas por este acto, tienen menores probabilidades de terminar con la relación dado a que utilizan el abuso como explicación de los problemas que están teniendo con su pareja y porque tienen dificultad en encontrar la causa de las dificultades que tienen (Jordan et al., 2010)

Dentro de las consecuencias del abuso sexual, el cerebro se puede ver severamente afectado (Trickett, Noll, Susman, Shenk & Putnam, 2010). Para empezar, es necesario explicar que cuando una persona se encuentra en una situación amenazante, automáticamente se secreta cortisol, el cual es el resultado de una respuesta psicológica ante dicha situación. La liberación de cortisol ofrece beneficios tales como la supervivencia, resolver problemas y situaciones complicadas (Trickett et al., 2010).

La distribución normal del cortisol tanto en adultos como en niños, se caracteriza por tener niveles mas altos de liberación en los primeros 30-40 minutos en las primeras horas de la mañana, luego hay una reducción significativa en la tarde y en la noche (Trickett et al., 2010). Ahora bien, esta distribución tiende a cambiar en niños que han sufrido negligencia o abuso en su vida, se puede observar una hipersecreción de cortisol a comparación de personas que no han sido victimas de algún tipo de abuso (Trickett et al., 2010). En cambio, cuando una persona ha sido victima en la adultez, se observa una hiposecreción de cortisol. No obstante, la hiposecreción de cortisol tiene una función adaptativa, dado a que la liberación alta de cortisol tiene efectos dañinos en el deterioro de las estructuras cerebrales y en el funcionamiento inmunológico y cardiovascular (Trickett et al., 2010)

Teorías

La Teoría de los sistemas ecológicos por Heise, explica la violencia contra la mujer basándose en factores individuales, situacionales y socioculturales. Como resultado, se entiende como factores individuales todas aquellos elementos los cuales influyen a la respuesta o acción que una persona tenga frente a una situación. Heise con esto se refiere a que los hombres tienen mayor riesgo de ser los agresores dado a que son mas propensos a ser testigos de violencia doméstica de niños o tener la ausencia de un padre (Gómez, 2011). Los hombres que viven con uno de sus padres tienen mayor probabilidad de convertirse en perpetradores a comparación de los que viven con sus dos padres. Esto se debe a que tienen menos supervisión, existe una falta de acuerdos dentro del hogar lo cual con el tiempo esto se convierte en agresión y esto causa que la persona tenga mayor probabilidad de que actúe con violencia con otros (Gómez, 2011).

En cuanto a lo sociocultural, se entiende como las estructuras sociales influencias a que se desarrolle cierto tipo de conductas. Dentro de esto, la Teoría explica que los factores

socioculturales que influyen en la violencia de la mujer están relacionados con la falta de empleo, un estatus socioeconómico bajo y aislamiento social (Gómez, 2011).

Por otra parte, la violencia también se puede entender por medio de la Teoría del aprendizaje social por Bandura, en donde se explica que el aprendizaje se da por medio de la observación (Bandura, 1977). Por ende, los infantes que han sido víctimas de alguna forma de abuso, tienen la creencia de que la agresión es un método efectivo para resolver los problemas interpersonales. Desde otro punto de vista, la Teoría de desorganización social explica que la falta de cohesión dentro de una comunidad afecta a la forma en que se maneja los recursos para combatir la violencia y los crímenes (Gómez, 2011).

Factores de riesgo que predisponen conductas sexuales abusivas

A continuación se presentará una serie de factores los cuales han demostrado ser influyentes para que una persona se convierta en un agresor sexual. En cuanto a la comunidad en donde vive el individuo se ha podido evidenciar que existen más casos de abuso sexual en comunidades en donde hay más casos de homicidios, pero no hay ninguna relación entre abuso sexual y nivel educativo ni la actitud que tienen los hombres hacia los roles de género (Tharp et al., 2012).

Por otra parte, el haber sido víctimas en la infancia aumenta la probabilidad de que en la adultez se convierta en perpetrador, esto va a depender del tipo de violencia y la población con la que se está trabajando (Tharp et al., 2012). Sin embargo, las características familiares tales como el estatus socio económico, historia de abuso de sustancias, salud mental no tienen mayor relación como factor de riesgo, mas bien, esto si influye en el desarrollo de comportamientos criminales y violentos (Tharp et al., 2012).

Por lo contrario, la dinámica familiar y estilo de crianza si tienen relación con los factores de riesgo, esto se lo puede explicar por medio de la teoría de aprendizaje social, en donde se explica que la familia es el medio en el cual el niño aprende su comportamiento (Tharp et al., 2012). También se puede explicar esto por medio de la teoría de apego, la cual indica que la calidad y tipo de relación que se tienen con el infante y sus padres influye en el desarrollo sicosocial (Tharp et al., 2012). Es importante mencionar que el maltrato infantil aumenta el riesgo de que en la adultez se convierta en perpetrador (Degue et al., 2013)

En cuanto al ámbito social se indica que en un grupo social en donde uno de los individuos está a favor de actitudes relacionadas a violencia sexual, esto puede crear normas sociales que apoyen este tipo de conductas y de esta manera justificar sus comportamientos sexuales inapropiados (Tharp et al., 2012). A su vez, participar de actos criminales, abusar de alcohol o tabaco durante la niñez, son predictores de un aumento en el riesgo de ser perpetradores en la adultez (Degue et al., 2013). Además, se ha visto que se tiene una percepción positiva el realizar actos sexuales abusivos en los sujetos que tienen presión social para tener relaciones sexuales (Tharp et al., 2012).

Asimismo, existe relación entre grupo de hombres caracterizados con fuertes ideologías masculinas y un mayor riesgo de ser agresores sexuales. Se explica que esta relación se da ya que existe reforzamientos y apoyo social para el uso de violencia, actitudes hostiles hacia las mujeres (Vivolo et al., 2010). Tener fantasías sexuales de cometer violencia sexual, tiene gran influencia para que alguien se convierta en perpetrador sexual (Tharp et al., 2012). De igual forma, se ha visto que es un factor de riesgo el tener poco conocimiento legal sobre las consecuencias de actos sexuales abusivos (Tharp et al., 2012). Considerando las relaciones amorosas, se indica que existe mayor probabilidad de un acto

abusivo sexual cuando en la pareja hay evitación para resolver problemas, distanciamiento emocional y conductas controladoras (Tharp et al., 2012).

A su vez, dentro de los factores individuales se menciona que el comportamiento disfuncional sexual si se le considera un factor de riesgo, y este tipo de conductas se pudieron haber aprendido por medio de eventos mal adaptativos tales como exposición prematura a materiales sexuales (Tharp et al., 2012). Mas aún, tener múltiples parejas sexuales, temprana iniciación sexual y la explosión a medio sexuales son considerados como factores de riesgo (Tharp et al., 2012). Estudiantes universitarios que han forzado a una mujer a tener relaciones sexuales, han reportado que su primera relación sexual ocurrió a tempranas edades (Vivolo et al., 2010).

Por otro lado, existe relación entre psicopatología y un mal funcionamiento emocional como predictores para que se desarrollen conductas violentas. Igualmente, la violencia resulta ser un síntoma de un trastorno a nivel de comportamiento o se lo puede entender como una estrategia para poder manejar la situaciones que se presentan (Tharp et al., 2012). Finalmente, el tener un déficit en el funcionamiento interpersonal (herramientas sociales), conlleva a un estado interno negativo y esto puede llevar a que se desarrolle estrategias coercitivas para satisfacer necesidades sexuales (Tharp et al., 2012).

Factores protectores para no ser agresor en la adultez

La literatura indica que así como hay factores los cuales influyen a que una persona sea perpetrador o no, también hay factores protectores los cuales benefician a que la persona en la adultez no cometa actos sexuales abusivos. Dentro de esto, la evidencia demuestra que la cercanía que los estudiantes tienen con el colegio y sus profesores disminuyen los riesgos que el estudiante en la adultez cometa actos sexuales violentos (Degue et al., 2013). Es

decir, entre menos cercanía con el ambiente escolar más probabilidad de que el estudiante en un futuro cometa actos no favorables. La cercanía con el colegio reduce los niveles de riesgo de conductas problemáticas relacionadas al abuso de sustancias, delincuencia y violencia en la adultez (Degue et al., 2013).

Adicionalmente, este mismo principio de cercanía con el colegio, se aplica a la comunidad del individuo. Con esto lo que se quiere decir es que entre mas cercano sea la persona a su comunidad menores serán las probabilidades de que la persona se convierta en agresor (Degue et al., 2013). Mas aun, el tener una mejor organización dentro de una comunidad y un menor acceso a las drogas y alcohol esto disminuye la probabilidad de conductas sexuales agresivas (Degue et al., 2013). Las investigaciones demuestran que mas de la mitad de los abusos sexuales reportados, se dan cuando el perpetrador, la víctima o ambos están bajo las influencias del alcohol (Degue et al., 2013).

Estrategias de afrontamiento

Por lo que se refiere al nivel o intensidad de las secuelas del abuso sexual, es necesario mencionar que esto se va a ver influenciado por las estrategias de afrontamiento que utilice las víctima. Walsh (2010) y colaboradores realizaron una revisión empírica y teórica y demostraron que los individuos que tienen herramientas adaptativas para manejar de una mejor forma el abuso, pueden llegar a tener menos consecuencias negativas, a comparación de las victimas que demuestran tener dificultad para procesar el evento traumático (Walsh et al., 2010).

La teoría de afrontamiento explica que existen estrategias cognitivas y comportamentales que se aplican para manejar de una forma mas efectiva las demandas externas o internas de las situaciones estresantes (Walsh et al., 2010). En el momento de hablar de estrategias cognitivas, se las entiende como la iniciativa que tiene el individuo para

intentar cambiar la percepción o la concepción que se tiene acerca del evento traumático que ha vivido la persona (Walsh et al., 2010). Por otro lado, las estrategias relacionadas al comportamiento, se las entiende como el dirigir acciones concretas para reducir los niveles de estrés por parte del evento traumático (Walsh et al., 2010).

Es importante recalcar que las herramientas de afrontamientos se dividen en dos principales grupos. Por un lado tenemos las estrategias efectivas, es decir, abordar de una manera adaptativa el problema, en este caso, sería el abuso sexual (Walsh et al., 2010). Por consiguiente, existen las estrategias inefectivas, estas están relacionadas con la evitación que la persona tiene hacia la situación traumática (Walsh et al., 2010). Con esto en mente, la teoría de afrontamiento explica que es necesario que la persona intercale las estrategias efectivas y las de evitación. Dicho de otra manera, es una combinación entre integrar la experiencia dolorosa y en otro momento evitar dicha experiencia (Walsh et al., 2010). Ósea, es una combinación entre acciones concretas que realiza el individuo para regular los niveles del estrés y a la vez evitar, de esta manera prevenir que las emociones negativas sean abrumadoras (Walsh et al., 2010).

Aborto

La Organización mundial de la Salud indica que el aborto es la interrupción del embarazo cuando el feto no es viable fuera del vientre (OMS, 2012). La viabilidad fetal está relacionado con la edad gestacional en donde la vida extrauterina sería imposible (OMS, 2012). Es importante diferenciar los tipos de aborto, en primer lugar existe el aborto terapéutico, esto se lo lleva a cabo cuando la vida o la salud de la madre se encuentra en peligro (Salazar, 2016). También se practica el aborto eugenésico el cual se lo realiza en caso en que el feto se encuentre enfermo, para esto es necesario una evaluación meticulosa para evaluar la gravedad de la enfermedad (Salazar, 2016). Por último, el aborto inducido o

provocado, lo cual se entiende como la ejecución de practicas abortivas con el fin de extraer el feto del útero de la mujer (Salazar, 2016)

Existen diferentes formas o practicas abortivas las cuales se realizan para la interrupción del embarazo. Para empezar existe el aborto quirúrgico, el cual se lo puede hacer hasta las catorce semanas de gestación, y se lo realiza de diferentes maneras (Blakrishnan, 2010). En primer lugar, el método por dilatación, el cual consiste en dilatar el cuello uterino y por medio de un fórceps retirar al feto del útero (Blakrishnan, 2010). El otro procedimiento es por medio de una bomba aspiradora la cual extrae el contenido uterino (Blakrishnan, 2010). Finalmente, la interrupción del embarazo también se puede lograr por medio de una bomba aspiradora manual, la cual consiste de un tubo y una jeringa para extraer el feto (Blakrishnan, 2010). No solo existe los procesos quirúrgicos, también existe el método farmacológico el cual consiste en usar fármacos como Mifepristona o Misoprostol para terminar con el embarazo (OMS, 2014).

La decisión de interrumpir el embarazo o no, se considera como una decisión extremadamente dolorosa, en donde esta en juego el bienestar de la mujer y su opinión sobre la vida (Mukkavaara, Öhrling & Lindberg, 2011). De manera que, se considera de vital importancia trabajar de una forma adecuada el proceso de decisión, se ha podido evidenciar que entre mas difícil sea tomar esta decisión mayores van a ser las probabilidades que se desarrollen problemas psicológicos como consecuencia del aborto (Mukkavaara et al., 2011).

No existe una sola razón por las cuales una mujer decida ir por el camino del aborto entre las más comunes se encuentra el tipo de relación que tiene con su pareja, ambivalencia ante el embarazo, presión social y económica (Mukkavaara et al., 2011). El soporte social y

familiar han demostrado ser factores esenciales para que la mujer pueda manejar de una mejor manera su situación (Mukkavaara et al., 2011)

El aborto es un tema controversial lo cual a generado una serie de opiniones entre las diferentes culturas (Yarmohammadi, Zargaran, Vatanpour, Abedini & Adhami, 2013). La historia relata que los primeros abortos documentados van desde el año 450 en China, también existe evidencias de practicas abortivas en el Antiguo Egipto (Yarmohammadi et al., 2013). Adicionalmente, la primera ley la cual castiga cualquier acto con carácter abortivo se encuentra en el código de Hammurabi en Assyrian, en donde se establece un fuerte castigo a quien agreda a la mujer embarazada o al feto (Yarmohammadi et al., 2013). En la Antigua Grecia, no existía ninguna ley formal sobre el aborto, sin embargo, hay escritos de Plató y de Aristóteles los cuales recomiendan la interrupción del embarazo como una forma de planificación familiar (Yarmohammadi et al., 2013).

Por otro lado, en la Antigua Roma no se consideraba al feto como una vida humana, por ende el aborto no se lo veía como un crimen y las razones por las cuales se permitía terminar con el embarazo eran por motivos económicos o sociales (Yarmohammadi et al., 2013). Por último, en la Antigua Persia, sí existían conocimientos sobre los medicamentos abortivos, a pesar de esto, los Persas condenaban fuertemente el aborto y se desarrollaron leyes las cuales tenían como fin el de proteger la vida desde la concepción (Yarmohammadi et al., 2013).

En la actualidad, el Instituto Alan Guttmache, hace investigaciones sobre la población en el mundo, dentro de esto se llevó a cabo una investigación global acerca del aborto entre los años 2010 a 2014. Todas estas observaciones indicaron que cada año hay 56 millones de abortos, es decir, 35 abortos por cada 1,000 mujeres entre 15-44 años de edad (Sedgh et al., 2016). Mas aun, el 25% de los embarazos entre los años 2010- 2014

terminaron en un aborto (Sedgh et al., 2016). En esta investigación se indica que los países más desarrollados tienen índices más elevados de aborto (35 abortos por cada 1,000 mujeres) a comparación de los países en desarrollo (27 abortos por cada 1,000 mujeres). La tasa anual de aborto es más elevada en el Caribe con 65 abortos por cada 1,000 mujeres. Le sigue América del Sur 47 abortos por cada 1,000 mujeres y en América Latina 33 abortos por cada 1,000 mujeres (Sedgh et al., 2016).

En cuanto al estado civil el Instituto Alan Guttmache señala que globalmente el 27% o 15 millones de abortos ocurren en mujeres que no están casadas. Es importante considerar que las cifras expuestas anteriormente son elevadas lo cual no solo afecta a la mujer, mas aún, esto tiene un impacto a nivel económico del país (Sedgh et al., 2016). Se estima que en los países desarrollados el costo anual para ayudar a las mujeres que están atravesando por síntomas post abortos sería de 232 millones de dólares (Sedgh et al., 2016).

Datos oficiales sobre el aborto normalmente proviene de los países desarrollados, no se tiene mayor acceso a este tipo de información en los países que se encuentran en vía de desarrollo (Rosen, 2010). No obstante, en una investigación realizada por GDA (2010), en donde se evaluaron los hábitos sexuales de las personas, con una muestra de 13,349 participantes de once países de Latinoamérica entre ellos Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Costa Rica, México, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela. Se llegó a la conclusión que el 29% de la muestra habían accedido a un proceso abortivo y que los países con mayores porcentajes son Ecuador y México con un 36% (GDA, 2010)

En el Ecuador no es legal el aborto a causa de violación, en el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal se establece que el aborto es legal solo en dos circunstancias: para evitar un peligro eminente en la salud o vida de la madre y en mujeres que tengan discapacidad mental y hayan sido abusadas sexualmente (Salazar, 2016). Mas

aun, el Código Orgánico Integral Penal en el artículo 149 anuncia una pena de seis meses a dos años a las mujeres que consientan en si la realización de un procedimiento abortivo fuera de las dos circunstancias mencionadas anteriormente (Salazar, 2016).

El derecho de que la mujer pueda abortar es un tema el cual ha sido de mucha discusión en diferentes áreas de la sociedad. Dentro de esto existe el debate acerca de las consecuencias en la salud mental de aquellas mujeres que abortan. En un estudio realizado con una muestra de 877, 181 participantes, se llegó a la conclusión de que el realizarse un aborto esta asociado a un incremento de moderado a alto en cuanto al riesgo de desarrollar problemas de la salud mental (Coleman, 2011). Existe un 81% de que la mujer que aborta tenga mayor probabilidad de aumentar el riesgo de adquirir un problema mental, a comparación de la mujeres que continúan con el embarazo (Coleman, 2011).

La respuesta inicial que tenga la mujer después de abortar tiene un gran impacto en el desarrollo de trastornos psicológicos con una mayor probabilidad de 40% - 80% a comparación de las mujeres que continúan con el embarazo (Casey, 2010). Asimismo, en esta investigación se indicó que el embarazo posee ciertos factores protectores para el desarrollo de una adecuada salud mental. Por ejemplo, una de las ventajas de continuar con el embarazo es que existe una reducción en los índices de suicidio a comparación de las mujeres que deciden abortar (Coleman, 2011).

Las mujeres menores de 25 años son las que mas se encuentran en riesgo de verse afectadas psicológicamente por un aborto (Curley & Johnston, 2013). Mucho de la vulnerabilidad está relacionado a la etapa de desarrollo en que se encuentra la mujer y a factores relacionados a estas edades. Entre esto se puede observar una falta de apoyo social, soltería, presión social para terminar con el embarazo, pocas herramientas de afrontamiento y abortos repetitivos (Curley & Johnston, 2013). El último factor mencionado, esta muy

ligado a las emociones de culpa, miedo, duelo que ocurren durante el primer aborto que se realiza la mujer (Curley & Johnston, 2013). Mas aún, se ha demostrado que existe un 40% más de probabilidad de tener abortos repetitivos en mujeres menores de 25, esto causa mayor riesgo de comportamiento sexual riesgoso, depresión, ansiedad, TEPT, duelo complicado (Curley & Johnston, 2013).

En un estudio en donde participaron 3,310 mujeres mayores de 18 años, se llegó a la conclusión que el realizarse un aborto incrementa la posibilidad de desarrollar trastornos del estado del animo, ansiedad y mayor probabilidad de ideación suicida (Mota, Burnett & Sareen, 2010). Mas aún, la probabilidad de desarrollar TEPT es de 19.8% mayor a comparación de las mujeres que no abortan. Además, las investigaciones indican un mayor abuso de alcohol con 23% y de dependencia de drogas en mujeres que interrumpen su embarazo (Casey, 2010). A su vez, en un estudio realizado con 1,223 mujeres se observó que las mujeres que habían abortado tienen el doble de probabilidad de abusar del alcohol y de sufrir depresión a comparación de aquellas que continúan con el embarazo (Curley & Johnston, 2013). En un estudio realizado por Barreda (2011) explica que el 30-55% de las mujeres que abortan tienen ideas suicidas, de las cuales, 7-30% llegan a cometer los actos. De igual forma Barreda (2011) indica que las mujeres que han abortado adoptan actitudes imprudentes en donde ponen en peligro sus vidas

En un estudio longitudinal realizado en Noruega con 768 mujeres con edades entre 15 y 27, se llegó a la conclusión que las mujeres sometidas a un aborto provocado obtuvieron un diagnóstico de depresión con unos resultados estadísticamente significativos. Por otro lado, las mujeres que abortaron demostraron tener malestar psicológico cinco años después del acontecimiento abortivo (Barreda, 2011), las mujeres describían tener síntomas de evitación, angustia y culpa.

En cuanto a la ansiedad hay mayor posibilidad de tener ataque de pánico con un 11% y desarrollar agorafobia con un 18%, índices elevados a comparación de mujeres que no abortan (Casey, 2010). Adicionalmente, se indica que las hospitalizaciones por razones psiquiátricas y acudir a servicios de salud mental, es más común en mujeres que han abortado (Mota et al., 2010).

En particular, las mujeres que han abortado experimentan fuertes sentimientos negativos acompañado por sentimientos relacionados al duelo que están atravesando (Mukkavaara et al., 2011). Estas experiencias negativas tienen concordancia en la relación emocional que la mujer tiene con el embarazo y su duración, es decir, mientras más dure en tiempo el embarazo mayores van a ser las experiencias de duelo (Mukkavaara et al., 2011). Las cuales se expresan por medio de la hostilidad, arrepentimiento, dificultad para controlar sentimientos y asociabilidad (Mukkavaara et al., 2011). Las investigaciones demuestran que se experimenta con mayor intensidad el duelo para las mujeres a las cuales se las obligó a abortar a comparación de las mujeres que tuvieron la oportunidad de decidir (Mukkavaara et al., 2011). Finalmente, el proceso de duelo se vuelve más complicado para las mujeres jóvenes, solteras y en culturas o religión en donde se prohíba el aborto (Mukkavaara et al., 2011).

Es común que las mujeres experimenten tristeza y se lamenten después de haber llevado a cabo un aborto (Casey, 2010). Existe evidencia que las mujeres que abortaron tienen una mezcla de emociones positivas y negativas (Casey, 2010). Sin embargo, existe un aumento en los niveles de insatisfacción con un porcentaje de 10.8% después del primer mes y de 16.3% dos años después del aborto (Casey, 2010).

A pesar de que no sean muchas las investigaciones realizadas, se ha podido evidenciar que no solo las mujeres se ven afectadas por el aborto, en un estudio realizado

con 590 hombres los cuales un tercio de ellos han tenido experiencias de aborto por parte de su pareja (Makenzius, Tydén, Dark, & Larsson, 2012). Las conclusiones indicaron que estos hombres eran mas propensos a tener un menor nivel educativo, menos soporte emociones y con más probabilidades de abusar del tabaco (Makenzius et al, 2012).

Mas aun, las mujeres que han abortado tienen un 90% mas de probabilidad de convertirse en maltratadoras físicas sobre sus otros hijos (Barreda, 2011)

Casey (2010) explica que existe cierto factores de riesgo los cuales pueden influir en el desarrollo o no de algún tipo de trastorno psicológico en la mujer. En particular, los factores se dividen en tres grupos principales, en primer lugar se encuentra la vulnerabilidad personal, lo cual esta relacionado con la edad de la mujer y la historia personal. En segunda instancia Casey (2010) habla acerca de la vulnerabilidad del contexto, esto se refiere a las actitudes de la sociedad frente al aborto. Finalmente, esta la vulnerabilidad interpersonal, lo cual esta relacionado con el soporte social y el tipo de relación que se tenga con la pareja (Casey, 2010).

METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta que la pregunta de investigación es ¿cómo y hasta que punto la terapia ACT tiene un impacto en la decisión de abortar o no en mujeres abusadas sexualmente con un diagnóstico de TEPT?, se considera que la metodología que se ha de utilizar será cualitativa por medio de entrevista semi-estructuradas

Justificación de la metodología seleccionada

Esta investigación tiene como objetivo el de determinar cual es el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la decisión de abortar en mujeres que han sido abusadas sexualmente y que tienen un diagnóstico de trastorno de estrés post traumático. Teniendo esto en mente, es necesario la aplicación de una entrevista semi-estructurada la cual tendrá como fin explorar los factores que impactaron en la toma de decisión de abortar o no.

Ahora bien, la metodología cualitativa es adecuada dado a que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para describir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p.4). Asimismo, la metodología cualitativa esta orientada para que los datos obtenidos ayuden a tener un mayor entendimiento de las experiencias y significado de la experiencia de los participantes (Maykut & Morehouse, 2004). En otras palabras, la metodología cualitativa buscar profundizar y comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes y de esta manera tener un concepto mas claro sobre sus experiencias, opiniones y significado de su realidad (Hernández et al., 2010).

Para tener un mayor entendimiento sobre el impacto de la terapia ACT y poder adquirir información de la experiencia de los participantes se va a implementar una entrevista semi-estructurada. Por su parte, este tipo de entrevistas son preguntas en donde el

investigador tiene la libertad de agregar preguntas y de esta manera obtener mayor precisión en la obtención de información sobre el tema a estudiar (Hernández et al., 2010). De esta manera, el investigador tiene flexibilidad para controlar la estructura y el contenido de la entrevista.

Herramientas de investigación utilizada

Para esta investigación se seleccionará mediante un muestro no probabilístico a mujeres víctimas de abuso sexual que acudan a la Fundación CAM en Quito. Luego, por medio de un muestreo probabilístico aleatorio simple se seleccionará a cinco participantes que cumplan con los criterios de diagnósticos de Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) del DSM IV- TR. Es importante mencionar que para el fin de esta investigación se seleccionarán participantes que cumplan con el diagnóstico de TEPT y que se encuentre en el primer mes de embarazo.

A estos participantes se les aplicará la Terapia de Aceptación y Compromiso por el tiempo restante que les queda de embarazo, es decir, ocho meses. Al finalizar con la terapia, se les facilitará a las participantes una entrevista semi-estructurada (Anexo C) la cual tendrá el fin de identificar el impacto que tuvo la terapia en la toma decisión de abortar o no.

La entrevista semi-estructurada otorgará información valiosa para el estudio, en donde los participantes responderán a preguntas las cuales estarán ordenadas de cierta manera en concordancia a los temas relacionados a la investigación (Hernández et al., 2010). Es importante que las primeras preguntas sean fáciles de contestar y de esta manera lograr que el participante tenga interés y se concentre en realizar la entrevista (Hernández et al., 2010). Para el desarrollo de las preguntas, se considera necesario que estas sean formuladas desde lo mas general a lo más específico (Hernández et al., 2010). Es necesario que el mismo instrumento sea aplicado para todos los participantes y que las condiciones en donde

se las realice sean las mismas o parecidas (Hernández et al., 2010). Asimismo, la entrevista es individual en donde no exista la intrusión de terceros los cuales puedan afectar la respuesta del participante (Hernández et al., 2010).

Para el análisis de los datos por medio del método comparativo constante en donde “la teoría o hallazgos que emergen están basados en los datos obtenidos” (Hernández et al., 2010). Dentro de esto el objetivo es dar estructura a los resultados adquiridos por parte de los participantes. Los pasos a seguir serian los siguientes (Hernández et al., 2010).

1. Recolección de datos: esto incluye entrevista, observaciones, anotaciones.
2. Organización de datos
3. Codificación de los datos (primer nivel). En esta etapa se identifica unidades de significado, se categoriza y finalmente se asigna un código a cada categoría. En otras palabras constantemente se compara los datos obtenidos de los participantes y esto se los va agrupando dependiendo de sus similitudes o diferencias y se les asigna un código.
4. Codificación de las categorías (segundo nivel): En esta etapa se agrupan las categorías codificadas en patrones y temas. Es decir, localizar temas que repetidamente se encuentran en las categorías. Por consiguiente, se relacionan las categorías.
5. Generar explicaciones de los resultados obtenidos.

Descripción de participantes

Para esta investigación se trabajará con cinco participantes, las cuales serán mujeres abusadas sexualmente y que se encuentren en el primer mes de embarazo y que estén con la incertidumbre de abortar. Para aquellas mujeres que decidan participar se les evaluará por medio del cuestionario del DSM IV- TR para identificar quienes cumplen o no con el criterio de diagnóstico del Trastorno de Estrés Post Traumático. A partir de esto, se seleccionará por medio de un muestreo probabilístico aleatorio simple a las cinco mujeres que participaran de la investigación.

Reclutamiento de los participantes

Para la selección de los participantes se empezará poniendo un anuncio en el boletín de la Fundación CAM – Quito, la cual trabaja con mujeres que están en la incertidumbre de abortar. Es importante mencionar que los participantes tienen que ser mayores de edad y que no hayan tenido abortos anteriores. De manera de incentivo se les ofrecerá 30 dólares para las personas que decidan participar en la investigación. En el momento en que decidan formar parte de la investigación, se les entregará un consentimiento informado, para así proseguir con los objetivos del estudio. Como se mencionó anteriormente, los participantes recibirán la Terapia de Aceptación y Compromiso durante el transcurso de su embarazo. Al final, se les entregará un cuestionario en donde se podrá obtener información del impacto de la terapia en cuanto a la decisión de abortar o no.

Consideraciones éticas.

Para esta investigación se tomarán en cuenta todas las consideraciones éticas necesarias en el momento de trabajar con individuos. Teniendo esto en mente, antes de dar inicio a la investigación es necesario que todo participante firme el consentimiento

informado. Asimismo, se explicará que la participación es voluntaria y que en cualquier momento del proceso se pueden retirar. Se considera importante que los participantes estén informados sobre los objetivos del estudio y que se les ofrezca un espacio en donde se sientan libres para preguntar lo que no les quede claro.

De igual forma, se les explicará que en todo momento se guardará el anonimato y que a lo largo de la investigación la información que se obtenga solo será utilizada para los fines del estudio. A los participantes se les explicará que cualquier tipo de apuntes o anotaciones realizadas durante el transcurso de la investigación serán destruidas al finalizar el estudio. Mas aun, para que el proceso sea totalmente anónimo se les entregará a los participantes un código y de esta manera evitar los nombres personales. Adicionalmente, se tomará en cuenta lo delicado que es el tema del aborto, y por ende se respetará el ritmo y el espacio que los participantes deseen y jamás se les va obligar a trabajar o hablar de un tema que no quieran hacerlo. Al final de cada sesión, se ofrecerá un espacio en donde los participantes puedan compartir sus dudas o preguntas que tengan.

RESULTADOS ESPERADOS

Basándonos en la revisión de literatura realizada en esta investigación, se esperaría que uno de los factores de la terapia ACT que impacten en la decisión de abortar o no, sería la aceptación y la apertura a las emociones y pensamientos que la persona experimente. En otras palabras, el tener una aceptación experiencial en donde no se juzga a los eventos dolorosos, (Shallcross et al., 2010) esto va tener un gran impacto en la decisión que tome la mujer en cuanto a su embarazo. Hay que recordar que las mujeres que participaron en esta investigación, cumplían con los criterios de diagnóstico del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) tras haber sido abusadas sexualmente.

Es por eso, que tomando en cuenta que ACT sostiene que muchos diagnósticos clínicos se desarrollan por la falta de apertura a las emociones y pensamientos y la constante evitación, esto provoca la intensificación de los síntomas. Lo mismo sucede con TEPT, en donde la evitación al evento traumático, lugares, personas o recuerdos hacen que los síntomas aumenten y que la persona se vuelva disfuncional. Es por eso que, se espera que al promover una mayor aceptación a la experiencia dolorosa que la mujer está atravesando, esto va reducir los síntomas del TEPT (Ruiz, 2010) y por ende tener un mayor impacto en la decisión que tome con respecto a la continuidad o no del embarazo.

Adicionalmente, como se mencionó en la revisión literaria la decisión de abortar no es nada sencillo para la mujer (Mukkavaara et al., 2011). Al saber que existe evidencias las cuales indican que entre mas difícil sea tomar la decisión de abortar, mayores serán las repercusiones psicológicas como consecuencia del aborto (Mukkavaara et al., 201). Se espera que, al promover una mayor aceptación a los pensamientos y emociones relacionados

a la experiencia del embarazo como consecuencia del abuso, esto tendrá un impacto en la decisión sobre la continuidad o no en el embarazo.

Ahora bien, en esta investigación se espera que al promover mayor contacto con el momento presente, esto va tener un impacto en la decisión de las mujeres. Dado a que la mayoría de los sufrimientos y problemas se desarrollan en el momento en que las personas se desconectan del presente y sus pensamientos son rígidos en cuanto al pasado y al futuro (Luoma et al., 2007). Esto ayuda al desarrollo de la aceptación y de la flexibilidad psicológica (Luoma et al., 2007). Teniendo esto en mente, un embarazo no deseado trae consigo muchas preocupaciones en cuanto al futuro, al igual que ansiedad relacionado al pasado, que en este caso es el abuso sexual (OMS,2014). Partiendo de la premisa expuesta anteriormente sobre el daño que causa la falta de conectividad con el presente. Se puede inferir que la mujer embarazada tras un abuso sexual, está atravesando por mucho malestar psicológico al estar constantemente pensando en lo que le sucedió y en el futuro que ahora tiene que enfrentar. Esto provoca una falta de conexión con el presente y hace que disminuya la aceptación y la flexibilidad psicológica. Es por eso que, al ayudar a las participantes en el desarrollo de la capacidad de conectarse con el presente, esto tendrá un impacto significativo en el dictamen que tomen.

Por otro lado, al promover el “yo como contexto” es decir, que la persona no se defina a si misma en base a lo que esta pensando o sintiendo, va a traer como beneficio el desarrollo de una mayor sensación de control en la vida de la persona. En la revisión de literatura se menciona sobre las consecuencias del abuso y como esto genera un cambio en la persona a nivel psicológico, físico y social (Chen et al., 2010). Dado a esto, se espera que al motivar a que las participantes no se identifiquen su “ser” con el abuso, esto va a generar

que las mujeres poco a poco vayan recuperando el control de la situación y de esta manera lograr un impacto en la decisión que tomen.

Mas aun, el promover el “yo como contexto” no solo ayuda a que las personas logren tener un mayor control de sus vidas. Esto también trae como beneficio a que las personas logren direccionar sus acciones en función de sus valores (Luciano, Blarrina & Salas, 2010). La literatura demuestra que las víctimas de abuso sexual tienden a formar creencias erróneas de si mismos y de los demás, lo cual afecta a su bienestar psicológico y esto genera que la persona se distancie de lo que valoran (Chen et al., 2010) (Luoma et al., 2007). Por ejemplo: una mujer que antes de haber sido abusada era una persona muy activa, la cual le gustaba salir y compartir con las personas. Pero después del abuso, la mujer desarrolló pensamientos como “todos los hombres son malos” o “en este mundo no hay nadie bueno”. Como consecuencia, la mujer cambió de estilo de vida y ahora pasa mas tiempo en su cuarto y ya no le interesa salir con sus amistades ni familiares. Aquí podemos ver como esta mujer se aleja de lo que para ella es importante (relacionarse con las personas) y esto hace que sus síntomas relacionados con el abuso aumenten en intensidad (Ruiz, 2010).

Con el ejemplo expuesto anteriormente, se quiere decir que se esperaría que al ayudar a las participantes en la clarificación de los valores, acompañado de la reducción de los síntomas del TEPT. Esto generaría un impacto en el momento en que las participantes tomen la decisión sobre el destino de su embarazo. Dado a que, la mujer abusado probablemente está teniendo pensamientos y emociones abrumadoras las cuales le están alejando de sus valores. Es por eso que, se considera a la clarificación de valores esencial en situaciones tan delicados como es la decisión de abortar o no.

Discusión

Al concluir con este estudio y tomando en cuenta la pregunta inicial ¿Cómo y hasta que punto la terapia ACT tiene un impacto en la decisión de abortar o no en mujeres abusadas sexualmente con un diagnóstico de TEPT? Se puede concluir que la terapia va a tener un impacto significativo en la decisión que tome o no la mujer. Basándonos en la literatura (Hayes, 1989), se explica que la efectividad de esta terapia ha sido comprobada en varios diagnósticos clínicos, en el cual se incluye TEPT (Luoma et al., 2007). Es así que, se espera que al tener una mejoría en los síntomas relacionados al TEPT, esto va a tener un impacto en la decisión que tomen las participantes. Un factor importante a considerar es que uno de los criterios clínicos para diagnosticar este trastorno es que la persona tenga una evitación persistente de los estímulos relacionados al trauma. Entre esto se encuentra esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso. La literatura explica que cuando las personas evitan y entran en una especie de lucha contra sus pensamientos y emociones al querer controlarlos, esto genera consecuencias graves (Thompson, 2011).

Es decir, a corto plazo el tener conductas evitativas resulta positivo dado a que los niveles de ansiedad bajan, pero a largo plazo esto genera disfuncionalidad en la persona, acompañado de un aumento en la sintomatología (Flaxman et al., 2011). La evitación experiencial limita a que la persona viva la vida que desea, generando que se aleje de lo que realmente valora (Campoy & Castilla, 2012). Sabiendo que el 94% de las mujeres abusadas sexualmente experimentan síntomas de TEPT durante las primeras semanas del abuso y 30% demuestran TEPT nueve meses después abuso, se puede asumir que las participantes de esta

investigación están teniendo conductas evitativas y por ende acciones las cuales no están direccionadas a sus valores.

Teniendo en mente esto, se asume que al trabajar en la evitación por lo cual están atravesando las participantes, esto va ayudar en la clarificación de sus valores. Mas aun, es importante considerar que dentro de las consecuencias del abuso se encuentra el shock psicológico y la confusión (Jordan et al., 2010). Es por eso, que al saber la situación que se encuentran las participantes de confusión, es necesario intervenir para ayudarles en la clarificación de su valores. Adicionalmente, se considera necesario esta etapa de la terapia, dado a que la literatura demuestra que las mujeres que han abortado experimentan una serie de sentimientos positivos y negativos acompañado por tristeza y culpa (Casey, 2010). Asimismo, los niveles de insatisfacción incrementan de un 10.8% el primer mes y 16.3% dos años después del aborto (Casey, 2010).

En la revisión de literatura se menciona que uno de los procesos de la terapia ACT es el compromiso a la acción, lo cual se caracteriza por ser una fase en donde los individuos trabajan por tener una vida integra acorde a los deseos y valores que tenga la persona (Forman et al., 2012). Mas aun, se basa en la premisa de que los individuos realicen acciones sujetas a sus valores sin importar la situación en que se encuentren (Luoma et al., 2007). Lo que se quiere llegar con esto, es que dentro de las participantes probablemente hay mujeres las cuales valoran a vida, pero al estar con altos índices de estrés psicológico esto no les permite tomar una decisión con claridad. Mas allá de estar a favor o en contra del aborto, lo que se quiere llegar en esta investigación es que la persona tome la decisión correcta para que con el tiempo no se arrepienta.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta que el grado de secuelas que tenga el abuso sexual depende de varios factores tales como, severidad del abuso, la relación de la victima

con el perpetrador y las acciones que se cometieron durante el acto abusivo (Walsh, Fortier & Dilillo, 2010). Dado a esto, no se puede asumir que todas las participantes están atravesando por confusión o shock psicológico y por ende tener problemas en direccionar sus acciones en fusión a sus valores. Adicionalmente, es necesario tomar en cuenta factores como el apoyo social, estado civil, herramientas de afrontamiento (Curley & Johnston, 2013). Esto es esencial y necesario para analizar la vulnerabilidad de las participantes en relación a las consecuencias del abuso y como esto va a interferir en la decisión relacionada a la terminación o no de su embarazo.

Basándonos en la premisa de que la terapia ACT no propone excluir los pensamientos relacionados al futuro o al pasado, la terapia sostiene la importancia de acrecentar la flexibilidad psicológica (Luoma et al., 2007). En otras palabras, ayudar a que los individuos se conecten con el presente teniendo mayor conciencia de las experiencias internas y de las externas, acompañado con una actitud que no se juzga a lo que se esta experimentado (Twohig & Crosby, 2010). En relación a la investigación, se cree que este proceso va a influir de gran manera a la decisión que tomen las mujeres. Es decir, mucha de la angustia y malestar psicológico se debe a estar pensando de manera excesiva en el pasado o futuro (Luoma et al., 2007). Al enfatizar en la importancia de vivir en el presente, probablemente estas preocupaciones disminuyan, ayudando a que las participantes puedan visualizar el futuro de una forma mas adaptativa y como consecuencia de esto poder tomar una decisión mas asertiva.

Limitaciones del estudio

Al finalizar esta investigación, se pudo observar algunas limitaciones las cuales pudieron haber tenido un grado de influencia en los resultados. Dentro de esto se encuentra el hecho de que no se tomó en cuenta el nivel socio económico, apoyo social y factores de

riesgo los cuales influyen en las consecuencias que pueden existir tras un abuso sexual o un procedimiento abortivo (Chen et al., 2010). En segundo lugar, hay que mencionar que la muestra con la que se trabajó en esta investigación es pequeña, por lo cual, no se puede generalizar los resultados a toda la población. En tercer lugar, los participantes que conformaron la investigación fueron seleccionados por medio de una sola fundación. Es decir, esto no permite generalizar los resultados dado a que la muestra con la que se trabajó no representa significativamente a la población.

Recomendaciones para futuros estudios

Al terminar la investigación, se puede analizar lo efectivo que es la Terapia de Aceptación y Compromiso en el momento de trabajar con individuos que cumplan con los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Asimismo, se puede observar como al tener mejorías en cuanto a la intensidad de los síntomas del TEPT, esto provoca un impacto en la decisión que tome la mujer en cuanto a la continuidad o no del embarazo. Por otro lado, se considera interesante poder realizar una investigación en donde se pueda comparar la terapia ACT con la terapia cognitivo conductual y analizar cual tiene mayor efecto en la decisión sobre el aborto. Asimismo, se considera interesante estudiar la influencia de la presión social en cuanto al aborto y como esto genera que la mujer dude de sus valores. Adicionalmente, sería valioso tener información del impacto de la terapia ACT en relación a la incertidumbre del aborto con mujeres de diferentes edades. Es decir, comparar el impacto que tiene esta terapia en las mujeres con diferentes edades. Finalmente, se recomienda trabajar con una muestra mas grande en donde se tome en cuenta diferentes factores demográficos y de esta manera poder evaluar el impacto de la terapia

REFERENCIAS

- Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Plumb, C., Rose, R.D., & Craske, M.G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavior therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 750-765.
- Arch, J.J., Wolitzky, K.B., Eifert, G.H., & Craske, M.G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy, 50*, 469 - 470.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2010). Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM-IV. Arlington: American Psychiatric Association.
- Barreda, E.O. (2011). Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. *Revista de Enfermería, 1*, 25-32.
- Barredo, D. (2014). El abuso sexual infantil en Manta: un estudio a partir del hospital Rafael Rodríguez Zambrano. *Revista San Gregorio, 1*, 56 -65.
- Blakrishnan, S. (2010). Métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS: Organización Mundial de la Salud*
<http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/CD002900> Blakrishnans.com/es/
- Brinkborg, H., Michanel, J., Hesser, H., & Berlund, G. (2011). Acceptance and Commitment therapy for the treatment of stress among social worker: a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 49*, 389-398
- Campoy, L., & Castilla, F.J. (2012). Rendimiento deportivo, estilos de liderazgo y evitación experiencial en jóvenes futbolistas almerienses. *Revistas de Psicología del deporte, 21*, 137-142.
- Casey, P.R. (2010). Abortion among Young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 24*, 491- 502.
- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N.,... & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceeding, 7*, 618-629.
- Coleman, P.K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 180-186.
- Curley, M., Johnston, C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 279-293*.
- Degue, S., Massetti, G.M., Holt, M.K., Tharp, A.T., Valee, A.L., Matjasko, J.L., & Lippy, C. (2013). Identifying link between sexual violence and youth violence perpetration: new opportunities for sexual violence prevention. *Psychology of Violence, 3*, 140-156.
- Flaxman, P.E., Blackledge, J.T., & Bond, F.W. (2011). *Acceptance and commitment therapy: distinctive features*. New York: Routledge.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E., & Schreurs, K.M. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self- psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial, *3*, 485 – 495.
- Forman, E.M., Chapman, J.E., Herbert, J.D., Goetter, E.M., Yuen, E.K., & Moitra, E. (2012). Using Session by Session Measurement to Compare Mechanisms of Action

- for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy* 43, 341- 34.
- GDA. (2010). Hábitos sexuales del Latinoamericano. Recuperado en: <http://www.habladesexo.com/docs/estudio-habitos-sexuales-gda.pdf>
- Gina, O.P., Kristen, W.H., & Kathleen, C.M. (2012). Changes in mindfulness skills and treatment response among veterans in residential PTSD treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 221-228.
- Gómez, A.M. (2011). Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in Young adulthood. *Youth & Society*, 43, 171-192.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw Hill
- INEC. (2012). *Encuesta nacional sobre violencia de género*. Recuperado en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Hillber, T., Hamilton, C.H., & Dixon, L. (2011). Association between child sexual abuse and adult mental health difficulties. *Trauma, violence & abuse*, 12, 39-49.
- Jordan, C.E., Campbell, R., & Follingstad, D. (2010). Violence and Women's Mental Health: The impact of physical, sexual and psychological aggression. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 607-628.
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: a Dialogue between Buddhism and Clinical Psychology. *Mindfulness* 1, 161-173.
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, A.J. (2012). How effective are acceptance strategies? A meta – analytic results. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 988-1001.
- Leiva, M. (2011). Relevancia y prevalencia del estrés postraumático postterremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. *Revista salud pública*, 12, 551-559.
- Linden, J. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *The New England Journal of Medicine*. 365:834-41.
- Luciano, C., Blarrina, P.M., & Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencias. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 141- 165.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Makenzius, M., Tydén, T., Dark, E., & Larsson, M. (2012). Risk factors among men who have repeated experience of being the partner of a woman who request and induced abortion. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 211-216.
- Márquez, M.M., Fernández, F.V., Romero, R., & Losada, A. (2013). La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo. *Información psicológica*, 105, 42 – 59.
- McCracken, L.M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *Journal of Pain*, 3, 221-234.

- Mota, N.P., Burnett, M., & Sareen, J. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 239- 247
- Mukkavaara, I., Öhrling, K., & Lindberg, I. (2011) Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28, 720-725.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Manual de practica clínica para un aborto seguro*. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Recuperado en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf
- Parcesepe, A. P., Martin, S.L., Pollock, M.D., & Moreno, C. (2015). The effectiveness of mental health interview for adult female survivors of sexual assault: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 15-25.
- RAINN. (2014). *Victims of Sexual Violence: Statistics*. Recuperado en:
<https://www.rainn.org/statistics/victims-sexual-violence>
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental, Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Salazar, N. (2016). Despenalización del aborto por violación. *Revista Judicial*
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B.,... & Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. World Health Organization.
- Shallcross, A.J., Troy, A.S., Boland, M., & Mauss, I.B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Journal of Behavior Therapy*, 9, 921-929.
- Storer, H.K., Cases, E., & Herrenkohl, T. (2015). Efficacy of Bystander programs to prevent dating abuse among youth and Young adults. *Trauma, violence & abuse*, 1-14.
- Szymanski, D.M., Moffitt, L.B., & Carr, E. R. (2011). Sexual Objection of Women: Advances to Theory and Research. *Major Section on Sexual Objection of Women*, 1, 6-38.
- Tharp, A.T., Degue, S., Valle, A.L., Brookmeyer, K.A., Massetti, G.M., Matjaslo, J.L. (2012). A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration. *Trauma, Violence and Abuse*, 2, 133- 167.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., & Putman, F.W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23, 453-476.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Susman, E.J., Shenk, C.E., & Putnam, F. W. (2010). Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Developmental Psychopathology*, 22, 165-175.
- Turchik, J.A., Wilson, S.M. (2010). Sexual assault in the U.S military: a review of the literatura recommendations for the future. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 267-277.

- Twohig, M.P., & Crosby, J.M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for problematic Internet Pornography Viewing. *Behavior Therapy*, 41, 285-295.
- Vivolo, A.M., Holland, K.M., Teten, A.L., & Holt, M.K. (2010). Developing sexual violence prevention strategies by bridging spheres of public health. *Journal of women's health*, 19, 1811- 1814
- Walsh, K., Fortier, M.A., & Dillillo, D. (2010). Adult coping with sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Agression and Violent Behavior*, 15, 1-13
- World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Recuperado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf
- World Health Organization. (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Recuperado en: <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/adolescent-sexual-reproductive-health/pdf/WHO-mainstreaming-adolescent-pregnancy-efforts-MPS-2010.pdf>
- Yarmohammadi, H., Zargar, A., Vatanpour, A., Abedini, E., & Adhami, S. (2013). An investigation into the ancient abortion laws: comparing ancient Persia with ancient Greece and Rome. *Acta Medico – Historica Adriatica*, 2, 291-298.
- Zettle, D.R. (2011). The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From comprehensive distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 78-84.

ANEXO A: SOLICITUD PARA APROBACION DEL ESTUDIO Y 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

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Título de la Investigación
Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en mujeres que consideran la opción del aborto
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
Lilliam Daniela Jaramillo Racines, Universidad San Francisco de Quito, dani_jaramillo93@hotmail.com
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
No aplica
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
Lilliam Daniela Jaramillo Racines, 022893994, 0998755683, dani_jaramillo93@hotmail.com
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>
Esteban Utreras
Fecha de inicio de la investigación <i>Agosto 2016</i>
Fecha de término de la investigación <i>Diciembre 2016</i>
Financiamiento <i>No aplica</i>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>
Analizar el impacto que tiene la Terapia de Aceptación y Compromiso en la decisión de abortar o no en mujeres que han sido abusadas sexualmente. La investigación es cualitativa, es decir, se quiere indagar a profundidad los factores que impactaron en la decisión de las mujeres en relación al aborto.
Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar la Terapia de Aceptación y compromiso a mujeres que quieren abortar - Intervenir el tiempo restante que les queda de embarazo a las mujeres

- Analizar el impacto que tiene la terapia en la toma de decisión de abortar o no

Diseño y Metodología del estudio *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

Esta investigación tiene como objetivo el de determinar cual es el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la decisión de abortar en mujeres que han sido abusadas sexualmente y que tienen un diagnóstico de trastorno de estrés post traumático. Teniendo esto en mente, es necesario la aplicación de una entrevista semi-estructurada la cual tendrá como fin explorar los factores que impactaron en la toma de decisión de abortar o no.

Ahora bien, la metodología cualitativa es adecuada dado a que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para describir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p.4). Asimismo, la metodología cualitativa esta orientada para que los datos obtenidos ayude a tener un mayor entendimiento de las experiencias y significado de la experiencia de los participantes (Maykut & Morehouse, 2004). En otras palabras, la metodología cualitativa buscar profundizar y comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes y de esta manera tener un concepto mas claro sobre sus experiencias, opiniones y significado de su realidad (Hernández et al., 2010).

Para tener un mayor entendimiento sobre el impacto de la terapia ACT y poder adquirir información de la experiencia de los participantes se va a implementar una entrevista semi- estructurada. Por su parte, este tipo de entrevistas son preguntas en donde el investigador tiene la libertad de agregar preguntas y de esta manera obtener mayor precisión en la obtención de información sobre el tema a estudiar (Hernández et al., 2010). De esta manera, el investigador tiene flexibilidad para controlar la estructura y el contenido de la entrevista.

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Contactar a la Fundación CAM, explicarles el propósito del estudio
2. Solicitar autorización para colocar xxx para empezar con el reclutamiento de los participantes teniendo en mente los criterios de inclusión.
3. Por medio del método probalístico de aleatorio simple escoger 5 participantes
4. Aplicar la Terapia de Aceptación y Compromiso por una duración de 8 meses
5. Al finalizar la terapia, analizar el impacto que tuvo en cuanto a la decisión de abortar o no por medio de una entrevista semi-estructurada

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

En esta investigación se tomará en cuenta todas las consideraciones éticas necesarias. Es por eso que antes de empezar con la investigación se les facilitará el consentimiento informado a cada participantes. Adicionalmente, se les explicará que su participación es voluntaria y que en cualquier momento pueden retirarse del estudio. Asimismo, se otorgará información a cada participante en donde se explique a profundidad el objetivo de la investigación. De igual forma, se les explicará que se guardará el anonimato en todo momento y que la información que se obtenga será únicamente utilizada para el estudio. Al finalizar el estudio, cualquier tipo de anotaciones o apuntes que se hicieron serán destruidos. Finalmente, para favorecer un mayor anonimato, se

entregará a cada participante un código y de esta manera evitar los nombres personales

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

DSM IV - TR

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

El abuso sexual hacia las mujeres es una realidad la cual no se puede ignorar dado a las cifras alarmantes en el Ecuador, expuestas anteriormente. Mas aun, el abuso sexual no se lo considera un evento aislado, esto trae consigo una serie de consecuencias lo cual repercute de una forma negativa en la mujer (Linden, 2011). Al quedarse embarazada tras un abuso puede llevar a que la mujer decida abortar, a pesar de que en el Ecuador el aborto no es legal, muchas mujeres lo hacen y esto conlleva a la muerte de las mismas (INEC, 2014). Es por esto que se considera necesario actuar de una forma efectiva antes de que la mujer acuda al procedimiento del aborto y así evitar la muerte de la misma y los efectos negativos que trae consigo el aborto. Para esto, se considera primordial trabajar con la mujer el tema del abuso sexual y al mismo tiempo la aceptación del hijo que viene en camino.

Actualmente, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado ser muy efectiva en el trabajo con personas un diagnóstico de TEPT tras un abuso sexual (Trickett, Noll & Putnam, 2011). Sin embargo, no existen investigaciones que trabajen esta terapia con mujeres que quieran abortar con un diagnóstico de TEPT en el Ecuador. Es por esto, al analizar las cifras alarmantes de abuso sexual, los síntomas de TEPT y el porcentaje elevado de muertes a causa del aborto en el país, este estudio tiene como fin el de aplicar la terapia ACT y analizar el impacto de la terapia en la toma de decisión en las mujeres que quieren abortar.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

- Arch, J.J., Wolitzky, K.B., Eifert, G.H., & Craske, M.G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 50, 469 - 470.
- Barreda, E.O. (2011). Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. *Revista de Enfermería*, 1, 25-32.
- Barredo, D. (2014). El abuso sexual infantil en Manta: un estudio a partir del hospital Rafael Rodríguez Zambrano. *Revista San Gregorio*, 1, 56 -65.
- Blakrishnan, S. (2010). Métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS: Organización Mundial de la Salud* <http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/CD002900> Blakrishnans.com/es/
- Campoy, L., & Castilla, F.J. (2012). Rendimiento deportivo, estilos de liderazgo y evitación experiencial en jóvenes futbolistas almerienses. *Revistas de Psicología del deporte*, 21, 137-142.
- Casey, P.R. (2010). Abortion among Young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 491- 502.
- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N.,... & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceeding*, 7, 618-629.
- Coleman, P.K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 180-186.
- Curley, M., Johnston, C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 279-293.
- Degue, S., Massetti, G.M., Holt, M.K., Tharp, A.T., Valee, A.L., Matjasko, J.L., & Lippy, C. (2013). Identifying link between sexual violence and youth violence perpetration: new opportunities for sexual violence prevention. *Psychology of Violence*, 3, 140-156.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E., & Schreurs, K.M. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self- psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial., 485 – 495.
- Forman, E.M., Chapman, J.E., Herbert, J.D., Goetter, E.M., Yuen, E.K., & Moitra, E. (2012). Using Session by Session Measurement to Compare Mechanisms of Action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy* 43, 341- 34.
- Gómez, A.M. (2011). Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in Young adulthood. *Youth & Society*, 43, 171-192.

- Hillber, T., Hamilton, C.H., & Dixon, L. (2011). Association between child sexual abuse and adult mental health difficulties. *Trauma, violence & abuse, 12*, 39-49.
- Jordan, C.E., Campbell, R., & Follingstad, D. (2010). Violence and Women's Mental Health: The impact of physical, sexual and psychological aggression. *The Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 607-628.
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: a Dialogue between Buddhism and Clinical Psychology. *Mindfulness 1*, 161-173.
- Kohl A., Rief, W., & Glombiewski, A.J. (2012). How effective are acceptance strategies? A meta-analytic results. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 988-1001.
- Luciano, C., Blarrina, P.M., & Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencias. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 141- 165.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Makenzius, M., Tydén, T., Dark, E., & Larsson, M. (2012). Risk factors among men who have repeated experience of being the partner of a woman who request and induced abortion. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*, 211-216.
- Márquez, M.M., Fernández, F.V., Romero, R., & Losada, A. (2013). La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo. *Información psicológica, 105*, 42 – 59.
- McCracken, L.M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *Journal of Pain, 3*, 221-234.
- Mota, N.P., Burnett, M., & Sareen, J. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 239- 247
- Mukkavaara, I., Öhrling, K., & Lindberg, I. (2011) Women's experiences after an induced second trimester abortion.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf
- Parcesepe, A. P., Martin, S.L., Pollock, M.D., & Moreno, C. (2015). The effectiveness of mental health interview for adult female survivors of sexual assault: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 25*, 15-25.

- Rosen, J.E. (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. World Health Organization.
- Salazar, N. (2016). Despenalización del aborto por violación. *Revista Judicial*
- Szymanski, D.M., Moffitt, L.B., & Carr, E. R. (2011). Sexual Objectation of Women: Advances to Theory and Research. *Major Section on Sexual Objectation of Women, 1*, 6-38.
- Tharp, A.T., Degue, S., Valle, A.L., Brookmeyer, K.A., Massetti, G.M., Matjaslo, J.L. (2012). A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration. *Trauma, Violence and Abuse, 2*, 133- 167.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Susman, E.J., Shenk, C.E., & Putnam, F. W. (2010). Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Developmental Psychopathology, 22*, 165-175.
- Turchik, J.A., Wilson, S.M. (2010). Sexual assault in the U.S military: a review of the literature and recommendations for the future. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 267- 277.
- Twohig, M.P., & Crosby, J.M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for problematic Internet Pornography Viewing. *Behavior Therapy, 41*, 285-295.
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B.,... & Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. World Health Organization.
- Shallcross, A.J., Troy, A.S., Boland, M., & Mauss, I.B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Journal of Behavior Therapy, 9*, 921-929.
- Storer, H.K., Cases, E., & Herrenkohl, T. (2015). Efficacy of Bystander programs to prevent dating abuse among youth and Young adults. *Trauma, violence & abuse, 1-14*.
- Vivolo, A.M., Holland, K.M., Teten, A.L., & Holt, M.K. (2010). Developing sexual violence prevention strategies by bridging spheres of public health. *Journal of women's health, 19*, 1811- 1814
- Walsh, K., Fortier, M.A., & Dilillo, D. (2010). Adult coping with sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 1-13.
- Yarmohammadi, H., Zargaran, A., Vatanpour, A., Abedini, E., & Adhami, S. (2013). An investigation into the ancient abortion laws: comparing ancient Persia with ancient Greece and Rome. *Acta Medico – Historica Adriatica, 2*, 291-298.

Criterios para la selección de los participantes <i>Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto</i>
5 mujeres de la Fundación CAM, las cuales han sido abusadas sexualmente y encuentran en la incertidumbre abortar o no, tienen diagnóstico de TEPT
Riesgos <i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i>
Los participantes pueden tener el riesgo de experimentar incomodidad en el momento de hablar sobre temas relacionados a la violación o al aborto. Esto se debe a que estos temas íntimos para la persona y dado a esto es necesario ofrecer un espacio en donde los participantes se sientan cómodos. Asimismo, los participantes pueden llegar a sentirse abrumadas durante la intervención terapéutica. Teniendo esto en mente, está investigación va a respetar el ritmo de los participantes para que de esta manera reducir el riesgo de provocar sentimientos abrumadores en los participantes.
Beneficios para los participantes <i>Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i>
Los participantes tendrán beneficios al final de este estudio ya que la terapia ACT tiene evidencia empírica en cuanto a su eficacia y además es una terapia estandarizada. Adicionalmente, esta terapia es de gran beneficio dado a que les ayudará a tomar acciones en función a los valores que cada persona tiene. Mas aun, la intervención psicológica con la que se va a trabajar va a fomentar mayor flexibilidad psicológica en los participantes.
Ventajas potenciales a la sociedad <i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i>
Al final del estudio podremos saber el impacto que tiene la Terapia de Aceptación y Compromiso en mujeres que quieren abortar. Teniendo esta información, se podrá ofrecer mejor apoyo psicológico a las mujeres que pasen por la misma incertidumbre sobre abortar o no. Es importante mencionar que en el Ecuador el aborto no es legal.
Derechos y opciones de los participantes del estudio <i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i>
En cualquier momento del estudio los participantes tienen el total derecho de negarse o renunciar a su participación en la investigación.
Seguridad y Confidencialidad de los datos <i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i>
En esta investigación se tomará en cuenta todas las consideraciones éticas necesarias. Es por eso que antes de empezar con la investigación se les facilitará el consentimiento informado a cada participantes. Adicionalmente, se les explicará que su participación es voluntaria y que en cualquier momento pueden retirarse del estudio. Asimismo, se otorgará información a cada participante en donde se explique a profundidad el objetivo de la investigación. De igual forma, se les explicará que se guardará el anonimato en todo momento y que la información que se obtenga será únicamente utilizada para el estudio. Al finalizar el estudio, cualquier tipo de anotaciones o apuntes que se hicieron serán destruidos. Finalmente, para favorecer un mayor anonimato, se entregará a cada participante un código y de esta manera evitar los nombres personales
Consentimiento informado <i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i>
Antes de empezar con la investigación los participantes deberán formar un consentimiento informado en donde se les explicará a detalle el objetivo del estudio
Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.
En todo momento el investigador respetará a los participantes y sus derechos. De igual forma, en todo momento se respetará las confidencialidad de los participantes

participantes									
Aplicar la Terapia de Aceptacion y Compromiso por una duracion de 8 meses									
Al finalizar la terapia, analizar el impacto que tuvo en cuanto a la decision de abortar o no por medio de una entrevista semi-estructurada									

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

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: Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en mujeres que consideran la opción del aborto

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Lilliam Daniela Jaramillo Racines*

Datos de localización del investigador principal *022893996, 0998755683, dani_jaramillo93@hotmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

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 un investigación sobre el impacto que tiene la Terapia de Aceptación y Compromiso en la decisión de abortar o no porque esto puede ser de gran beneficio para personas en esta situación.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

En este estudio participaran 5 mujeres las cuales se encuentran en la incertidumbre de abortar tras haber sido abusadas sexualmente. El fin de este estudio es de analizar el impacto que tiene la Terapia de Aceptación y Compromiso en mujeres que estan atravesando por esta situación.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Para empezar se aplicará la Terapia de Aceptacion y Compromiso durante el tiempo restante del embarazo de las mujeres (8 meses). Después, de concluir con la terapia se les facilitará una encuesta en donde el fin es ver el impacto que tuvo la terapia en la decisión tomada por las participantes.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Los participantes pueden tener el riesgo de experimentar incomodidad en el momento de hablar sobre temas relacionados a la violación o al aborto. Esto se debe a que estos temas íntimos para la persona y dado a esto es necesario ofrecer un espacio en donde los participantes se sientan cómodos. Asimismo, los participantes pueden llegar a sentirse abrumadas durante la intervención terapéutica. Teniendo esto en mente, está investigación va a respetar el ritmo de los participantes para que de esta manera reducir el riesgo de provocar sentimientos abrumadores en los participantes.

Los participantes tendrán beneficios al final de este estudio ya que la terapia ACT tiene evidencia empírica en cuanto a su eficacia y además es una terapia estandarizada. Adicionalmente, esta terapia es de gran beneficio dado a que les ayudará a tomar acciones en función a los valores que cada persona tiene. Mas aun, la

intervención psicológica con la que se va a trabajar va a fomentar mayor flexibilidad psicológica en los participantes.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

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:

- 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 participante en esta investigación tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

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

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.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

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.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono _____ que pertenece a _____, o envíe un correo electrónico a _____

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: comitebioetica@usfq.edu.ec

consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
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 B: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Se necesita de mujeres que quieran participar
en estudio psicología

Valor recompensa por participar: \$30

REQUISITOS:

- Ser mayor de edad
- Estar en el primer mes de embarazo

Información: 0998755683

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACION

Por favor lee las siguientes preguntas y responde con la mayor honestidad posible acerca de tu experiencia vivida tras haber recibido la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Tus respuestas serán anónimas y en todo momento se respetará la confidencialidad.

Código: _____

Fecha: _____

Edad: _____

1. ¿Como ha sido el apoyo de tu familia en el proceso de embarazo?
2. ¿De que manera el tener una apertura a la experiencia del embarazo te ha sido de beneficio?
3. ¿Cómo describirías tu aceptación a tu embarazo?
4. ¿Cómo el estar conectada al presente te ha aportado para afrontar tus preocupaciones acerca del embarazo?
5. ¿Actualmente evitas pensamientos negativos relacionados al embarazo? Amplia tu respuesta
6. ¿Actualmente evitas emociones negativas relacionadas al embarazo? ¿De que manera lo haces?
7. ¿Cómo crees que al tratar de controlar tus pensamientos negativos relacionado al embarazo estos han aumentado en intensidad

- 8.** ¿Cómo crees que al tratar de controlar tus emociones negativas relacionado al embarazo estas han aumentado en intensidad?

- 9.** Explica como el dirigir tus acciones acorde a tus valores te ha dado mayor satisfacción personal en cuanto al embarazo

- 10.** ¿ De que manera el pensar excesivamente en el futuro ha sido la raíz de tus sufrimientos en relación al embarazo?

- 11.** ¿ De que manera el pensar excesivamente en el pasado ha sido la raíz de tus sufrimientos en relación al embarazo?

- 12.** ¿Crees que actualmente aceptas de una forma mas adaptativa el abuso sexual?
Amplia tu respuesta

- 13.** ¿Actualmente evitas pensamientos relacionados al abuso? ¿De que forma?

- 14.** ¿Actualmente evitas emociones relacionadas al abuso? ¿De que forma?