

La relación entre experiencias de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida

Mtr. Verónica Jazmín Corral Proaño

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

vero_jcp@hotmail.com

Resumen

Se estudió la relación entre las experiencias de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida en adolescentes de 13 a 18 años, pacientes del Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés, durante el 2016. El objetivo general fue analizar la relación entre estas dos variables desde la teoría del apego. La hipótesis propone que el trauma infantil aumenta el riesgo de suicidio. La metodología combina una parte cualitativa y una cuantitativa; los instrumentos de medición son el cuestionario ACE (Experiencias Infantiles Adversas) de los Centers for Disease, Control and Prevention (2016), que analiza el nivel de experiencias infantiles adversas y el Attachment Script Assessment (ASA), narrativas de apego adulto de Rodrigues-Doolabh, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001), que determina el tipo de apego. Los resultados muestran que el trauma infantil causa comportamientos autolesivos vinculados a la falta de una base segura. Asimismo, los factores de riesgo son el familiar con violencia, maltrato psicológico o físico, negligencia; lo que estructura un apego inseguro.

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

Abstract

This investigation evaluated the relation between adverse childhood experiences and suicidal risk behavior in teenagers whose ages are between 13 and 18 years old and who are patients at "Servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés" in 2016. The general objective was to analyze the relation between both variables through the lens of attachment theory and the hypothesis proposes that adverse childhood experiences trigger a higher probability of suicidal risk. The methodology combines a quantitative and a qualitative part; it was used the ACE questionnaire developed by Centers for Disease Control and Prevention (2016), which analyzes the adverse childhood experiences level, and the Attachment Script Assessment (ASA), developed by Rodrigues-Doolabh, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001) to determine the attachment type. The results show that adverse childhood experiences cause injurious behaviors; the lack of a secure base in childhood makes the trauma experience the most intense; the risk factor the most evident is the familiar one (insecure attachment) related to violent behavior, psychological, physical mistreatment, neglect.

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

Introducción

La calidad de cuidado, las experiencias tempranas y el crear lazos afectivos fuertes tienen un efecto trascendental en el desarrollo de recursos para la vida adulta. Amar y Madariaga (2008) afirman que los neurocientíficos han observado cómo la calidad de las experiencias tempranas infantiles influye en la estructura cerebral dado que durante los tres primeros años de vida se generan el mayor número de sinapsis neuronales.

El comportamiento de riesgo suicida se relaciona con factores de índole personal, familiar y social, que incluyen experiencias tempranas de trauma; entre los factores personales se encuentra el abuso de drogas, la depresión, la conducta antisocial, los trastornos emocionales, los sentimientos de vergüenza, la soledad, la culpa y la desesperanza. Así también, entre los factores familiares están los antecedentes de suicidio, la ausencia de afecto, la desintegración familiar, la falta de soporte, la depresión o enfermedad en los padres, el maltrato intrafamiliar y las figuras parentales sobreprotectoras o negligentes. Finalmente, en cuanto a los factores sociales de mayor incidencia se encuentra la pobreza, el desempleo, los cambios de domicilio, la fuerte presión paterna, la violencia escolar, el pobre apoyo escolar y las dificultades de aprendizaje (Gómez-Maqueo y Ancona, 2014).

Muñoz-Ortega, Gómez-Ayala y Claudia (2009) afirman que las lesiones psicológicas son fuertes en los niños testigos de circunstancias adversas. Ellos suelen valorar las situaciones de manera más dramática, ya sea por la dependencia a sus padres o por su capacidad de empatía y compasión. Una mayor exposición a situaciones trau-

máticas incrementa la probabilidad de desarrollar psicopatologías en la adultez (Pérez, 2009) y el riesgo de comportamiento suicida. Si la persona no desarrolló durante su infancia una base segura con el cuidador, se reducen sus variables protectoras de resiliencia que, según Flores, Cicchetti y Rogosch (2005), son la autoconfianza, la autoestima y la autoeficacia social.

Un factor protector es el vínculo de apego seguro en la infancia ya que mejora la respuesta ante amenazas, aumentando la adaptabilidad. Además, permite desarrollar relaciones de apego adecuadas, desarrollo emocional y autoestima plena. Resulta ser un amortiguador de los efectos de la violencia, por ejemplo, si se establece al menos una relación de apego seguro funcional para fortalecer recursos afectivos, cognitivos. Incluso a nivel neurobiológico, los cuidados maternos generan respuestas neuroendocrinas al estrés, facilitando respuestas adaptativas (Flores, Cicchetti y Rogosch, 2015).

Apego

En relación a la teoría del apego, Salinas-Quiroz y Posada (2014, p. 1054) afirman que el sustento teórico se detalla en la trilogía que incluye: *El apego* (1969), *La separación afectiva* (1973) y *La pérdida afectiva: tristeza y depresión* (1980), trabajados por Bowlby (1969), quien integró conceptos de etología, psicología evolutiva, procesamiento de la información y psicoanálisis. Esto da cuenta de una teoría estructural que analiza el desarrollo como proceso de transformación y construcción constantes. Por su lado, Ainsworth (1969) comprobó empíricamente el trabajo teórico de Bowlby (1969) y amplió la teoría (Cantón,

J. y Cantón, D. 2014). Se define el apego como un vínculo, un lazo irremplazable, discriminativo y específico, que se estructura por medio de los integrantes de la díada que, en general, suele ser madre-hijo (Salinas-Quiroz y Posada, 2014, p. 1054).

Holmes (2009) afirma que la teoría del apego enfatiza la importancia de la seguridad psicológica en el desarrollo del ser humano y relaciona la enfermedad psicológica con los sistemas de seguridad vulnerables (p. 25). La seguridad psicológica se da por el vínculo de apego ya que la protección de los cuidadores otorga importantes defensas. Feeney y Noller (2009) plantean que el apego es un sistema que evidencia la evolución y la selección natural cuyos procesos son universales. El ser humano posee necesidades de apoyo y protección; por ello, la evolución ha otorgado al individuo un sistema conductual de apego, el mismo que está articulado por conductas de apego y emociones que inducen a tener cercanía con el cuidador.

Si la figura de apego está disponible, genera confianza en el niño y disminuye su miedo o temor crónico; esta seguridad se estructura paulatinamente desde la infancia, la niñez y la adolescencia. Las expectativas sobre la disponibilidad y receptividad del cuidador dependen de dos variables: primero de si se juzga al cuidador como quien responde a las demandas de apoyo y protección; y segundo, de si la persona se percibe a sí misma como quien despierta conductas de apoyo en los demás (Bowlby, 1951).

Bowlby, en Feeney y Noller (2009), afirma que la conducta de apego es “cualquier forma de

conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio” (p. 18). Bowlby (1969) expone que el sistema de conductas de vinculación incluiría el cuidado, la exploración, cuyo objetivo es la supervivencia, y afirma que la característica principal del apego no se refiere a una dependencia con el cuidador sino al balance entre la exploración y la búsqueda de cercanía.

Cassidy (2008), en Cantón, J. y Cantón, D. (2014), afirma que los criterios que definen una vinculación de apego son una relación emocionalmente significativa, la persistencia con una persona en especial, el estrés por la separación, el deseo de mantener la proximidad, la búsqueda de seguridad y confort en la relación con esa persona. Los estímulos que activan el sistema conductual de apego incluye las señales de estrés en la criatura, como el cansancio, el dolor, la fatiga y también los estímulos amenazantes del ambiente, como el rechazo, el alejamiento o la ausencia de la figura de apego. El ser humano establece un equilibrio entre las conductas de exploración, aquellas que disminuyen el estrés, las que conservan el apego a los protectores y sitios familiares, y aquellas de búsqueda de información. El sistema del apego se relaciona con otros sistemas de conductas de base biológica como es el de cuidados, el exploratorio, el de sociabilidad y miedo. De todos ellos, los sistemas de miedo y exploratorios son los que se relacionan en mayor medida con el del apego.

Cantón, J. y Cantón, D. (2014) mencionan los aportes de Ainsworth (1989) sobre la sensibilidad

de la figura de cuidado, quien observó tres patrones de relaciones: seguras, cuando el niño no lloraba mucho y se mostraba contento al explorar en presencia de su madre; las relaciones inseguras, cuando la criatura lloraba frecuentemente, exploraba muy poco y su madre lo cogía; y las relaciones no apegadas, cuando no existía una conducta diferencial. La sensibilidad materna se relaciona con un tipo de apego seguro y podría predecir si las futuras relaciones del individuo pueden resultar armoniosas.

Salinas-Quiroz y Posada (2014) afirman que la calidad del cuidado del infante determina su calidad de seguridad de apego. Mientras mejor es la calidad del apego, la persona puede regular sus emociones, expresar sus sentimientos, tolerar la frustración, ser empático, pedir ayuda, resolver favorablemente los conflictos. En la primera infancia se gestan los antecedentes para el desarrollo de un comportamiento disruptivo, agresivo, ansioso o adaptativo. La calidad del vínculo de apego influirá en el desarrollo social, cognitivo y emocional de los niños.

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

significativa sobre su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. Por otra parte, el rechazo de los padres es un factor trascendente para la salud mental y el desarrollo de alteraciones psicopatológicas.

Experiencias tempranas de trauma infantil

Krüger (2012) define la situación traumática como una amenaza muy fuerte que el individuo experimenta sobre su psiquis, su cuerpo o sobre otras personas alrededor. Ante una situación de trauma el niño es impotente de ayudarse o resolver el problema, lo que le deja la sensación de impotencia, de no existir escape y pierde la confianza en sí mismo o en el mundo. La experiencia de trauma es subjetiva, por ejemplo, en su estructuración influye la edad del niño, su etapa de desarrollo, la disponibilidad de una base segura y figura de cuidado.

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

Un estudio en una muestra de 13 494 adultos en California comparó estas categorías de adversidad en la infancia con medidas de comportamiento de riesgo en la adultez, estado de salud y enfermedad. El resultado del estudio mostró que las experiencias infantiles de adversidad están fuertemente relacionadas con múltiples factores de riesgo en la vida adulta y, por ello, se las definió como causas básicas de morbilidad y mortalidad. Los factores de riesgo evaluados en la muestra de adultos incluyen la obesidad severa, el fumar, la inactividad física, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo, abuso de drogas por parte de los padres, promiscuidad sexual (Felitti et al. 1998).

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

Según Krüger (2012), la investigación científica muestra que los traumas psíquicos de etapas tempranas pueden generar trastornos de angustia, pánico, disociación, adicciones, depresión o enfermedades somáticas como cáncer. Bannister (2011) menciona que las experiencias de trauma infantiles son no verbales, sensoriales y, por esta

razón, podrían guardarse en la memoria sensorial, sin poder expresarse con palabras sino mediante el cuerpo. Moreno (1977) lo expresó de esta forma: “El cuerpo recuerda lo que la mente olvida” (p. 78). Los estudios muestran que las vivencias traumáticas dañan los procesos evolutivos y la vinculación afectiva. Herman (1998) muestra en su estudio sobre el trauma psicológico que los sucesos traumáticos se transforman en recuerdos congelados que no tienen contexto ni narración verbal sino que están codificados con vívidas imágenes y sensaciones (pp. 33-50).

Terr (1988), por su parte, documentó historias de veinte niños que vivieron traumas severos durante sus dos años y medio de vida. De este grupo, ninguno podía describir verbalmente la experiencia traumática y alrededor de los cinco años ellos lograban hacer representaciones de aquellos sucesos con juegos. Janet (1919) explica que el evento traumático suele estar desarticulado de la memoria normal al momento de contar la historia de lo sucedido, los recuerdos no suelen ser claros sino que son escenas pasadas inexplicables, llenas de horror e infelicidad.

Schore (1994) estudia la neurobiología en el proceso de vinculación afectiva y establece que en la interacción entre madre e hijo se dan cambios neuroendocrinos que generan una impronta en el cerebro del niño y producen “altos niveles de afecto positivo y conducta lúdica, y, en consecuencia, el establecimiento de la capacidad de formar un modelo interactivo representativo que subyace a un sistema temprano funcional de regulación del afecto” (p. 65). Dado que la vinculación afectiva tiene un efecto relevante en la

psicología del desarrollo del niño, se puede ver que las experiencias tempranas de trauma dañan esta vinculación y puede darse un vínculo desorganizado con los cuidadores que no cumplen una función protectora.

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

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

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

Al avanzar el desarrollo y llegar a la adolescencia, se enfrenta nuevas emociones ante las que puede usarse procesos disociativos, que pueden llegar a ser crónicos. Pueden surgir rasgos obsesivos para controlar emociones, también conductas antisociales, una higiene pobre, vestimenta atípica, siendo un mecanismo para estar apartado.

Pueden darse respuestas hipocondríacas como la manera de obtener apoyo o también puede haber tendencias suicidas que muestran el deseo vehementemente de reencontrar una figura perdida (Talam et al. 2012).

Crittenden (s. f.), en Ainsworth (1969), investigó las diferentes calidades de apego en niños que han vivido abuso físico, sexual, maltrato y concluyó que las experiencias traumáticas alteran la psique infantil. Los niños que viven experiencias adversas desarrollan una manera de vincularse a pesar de ellas, surgiendo nuevos tipos de apego. Dado que el niño debe protegerse del peligro frecuente, desarrolla un estado de hipervigilancia que predispone su mente a predecir daños continuamente. La mente del niño desarrolla distorsiones como parte del estado de hipervigilancia y establece un tipo de relación de apego que podría originar alguna psicopatología (Gómez, 2013).

Vitriol (2005) menciona que existe evidencia empírica sobre los eventos traumáticos infantiles como factores de riesgo inespecíficos, frecuentes y no concluyentes para el desarrollo de psicopatologías del eje I, que incluye los trastornos ansiosos, de alimentación, afectivos, disociativos, abuso de alcohol y somatización. De igual manera, Ballesteros, Vitriol, Florenzano, Vacarezza y Calderón (2007, pp. 288-295) afirman que entre el 34 % y el 53 % de pacientes con dificultades en su salud mental vivieron eventos traumáticos en su niñez y suelen presentar cuadros de somatización, ansiedad, abuso de sustancias, disociación, trastornos alimenticios, conductas autodestructivas, trastornos de personalidad.

Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz y Weil (2003, p. 292) vieron en un estudio con 136 pacientes no psiquiátricos, la existencia de una correlación positiva entre psicopatologías en la adultez y antecedentes de politraumas amnésicos en la infancia. Los adultos con antecedente de trauma tenían en mayor grado desajustes psicosociales, psicológicos y dificultad para tener relaciones interpersonales cercanas afectivamente. Los pacientes con politrauma infantil eran derivados en mayor medida por riesgo suicida, lo que se mostró estadísticamente significativo en relación al grupo sin antecedentes de trauma. Oquendo et al. (2005) muestran resultados parecidos de un estudio en un grupo de mujeres con trastorno de estrés post-traumático por traumas infantiles y con depresión severa, las mismas que presentaron mayor riesgo de comportamiento suicida en relación a las que no tenían antecedentes de trauma infantil.

Comportamiento de riesgo suicida

Lluch, Reynerio, Hernández, Kirenia, y Fuentes (2015) afirman que el vocablo *suicidio* viene de la palabra latina *sui* ('sí mismo') y *cidius* que significa 'matar', por lo que se lo puede definir como un acto de muerte autoprovocada que una persona llega a considerar como la mejor solución. Para la conceptualización del suicidio se han desarrollado varias teorías: la psicológica, la psiquiátrica y la sociológica.

Lluch et al. (2015) afirman que la tasa de suicidio es más alta en jóvenes de 15 a 24 años de edad y que ha llegado a ser la cuarta causa de muerte después de los accidentes. Para el 2000, las estadísticas a nivel internacional muestran que la tasa de muerte por suicidio correspondió a

16 por cada 100 000 habitantes, habiendo resultados más elevados en Canadá, América Latina, Guyana, Trinidad y Tobago. Así por ejemplo, se observó que en Argentina en los últimos años el suicidio en adolescentes ha aumentado significativamente. Para el 2002, se consideró que el suicidio es la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 49 años de edad, y en el 2005 pasó a ser la segunda causa de muerte. En el 2008, la tasa de suicidio fue de 17,6, hecho que da cuenta de que la problemática se mantiene y que la incidencia al año es de 13,1 de suicidio consumado por cada 1000 habitantes. Aproximadamente, cada día se suicidan 1000 personas y por cada muerte se dan 10 intentos.

Lluch, Hernández y Fuentes (2015) afirman que, según datos de la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la décima causa de muerte y es además la tercera causa de muerte más frecuente en adolescentes de 15 y 24 años. En México, actualmente, el suicidio es la segunda causa de muerte; se ha dado un incremento de la tasa de mortalidad del 62 % en los últimos quince años, con un aumento del 74 % en jóvenes de 15 a 24 años y un 150 % en niños de 5 a 14 años. Gómez (2013) afirma que, aproximadamente, hay una muerte por suicidio cada 40 segundos, lo que al año daría de 1,2 a 1,5 millones de muertes (16 por 100 000 personas) con un incremento del 60 % en los últimos 45 años. Álvarez (2010) asevera que quienes intentan suicidarse tienen una alta morbilidad, pues más del 50 % repiten el acto suicida y también una alta mortalidad, del 10 %, dentro de los siguientes diez años. La OMS propone que para el año 2020, aproximadamente, 1,53 millones de personas se suicidarán siguiendo la tendencia

actual. Gómez-Maqueo y Ancona (2014) afirman que la OMS ha declarado al suicidio como un problema de salud pública a nivel mundial.

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos-INEC (2016), entre 1997 y el 2009, 1400 adolescentes se suicidaron. Entre las posibles causas estarían la depresión, los embarazos no deseados, la migración, el abuso, la ansiedad por identidad sexual y factores de riesgo precipitantes como son las situaciones estresantes o algún tipo de pérdida en la familia. Dentro de los factores protectores se analiza el apoyo social, la conciencia de enfermedad, entre otras (Almeida, 2014). Rodríguez, González, Mencía y Flores (2000) mencionan un estudio realizado en un grupo de treinta casos de adolescentes con intentos de suicidio entre los 11 y 19 años de edad, donde se encontró que el 73 % de los casos correspondía al grupo de 14 a 17 años de edad. El 96 % de los casos eran mujeres, el 40 % tenían intentos previos de suicidio, el 83 % recibían atención psiquiátrica previamente y el 70 % sufría de anorexia nerviosa. Se pudo ver que la mayoría de intentos de suicidio eran bastante impulsivos; su motivo consiste en un llamado de atención en una necesidad de comunicar algo o escapar de alguna circunstancia difícil o conductas de tipo histérico. Tan solo un tercio de los adolescentes que intentan suicidarse en realidad desean morir. El 50 % de los adolescentes en el estudio reintentaron suicidarse, gran parte de los casos evidenciaron tener conflictos familiares.

Método

Población de estudio

La población a estudiar corresponde a un grupo de adolescentes que asiste al grupo de apoyo de intentos autolíticos del Servicio de Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés, en el 2016. Para la realización de la investigación se solicitó la autorización del Departamento de Docencia e Investigación de dicho hospital; se presentó el proyecto de investigación y la solicitud redactada por parte de la coordinadora del Área Clínica de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Después de ser revisado por la Coordinación, por el Comité de Ética y por el director del Servicio de Salud Mental, se autorizó la realización del trabajo. A partir de este momento se llevó a cabo el proceso de reclutamiento de los participantes y su selección en coordinación con la agenda de la psicóloga clínica encargada de llevar sus procesos. Previo al levantamiento de datos se firmó un consentimiento informado con los padres o cuidadores y los adolescentes. También se firmó un consentimiento informado para la grabación y transcripción de la sesión. En estos documentos, los adultos firmantes, como custodios legales, autorizaban la participación de los jóvenes.

Muestra

La muestra está constituida por diez adolescentes integrantes del grupo de apoyo de intentos autolíticos del Servicio de Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés, en el 2016, en la ciudad de Quito-Ecuador. Las edades comprendidas fueron de 13 a 18 años ($M=15,6$); la edad mínima

fue de 13 años y la edad máxima, 18 años. Del grupo, tres eran varones (30 %) y siete eran mujeres (70 %), y la media es 15,6 años.

Variable

- **Experiencias tempranas de trauma infantil:** se trata de una variable de tipo cuantitativa y su indicador es el puntaje obtenido en la escala ACE.
- **Riesgo de comportamiento suicida:** es una variable cualitativa que se obtendrá con la aplicación de entrevistas.

Instrumento

El cuestionario ACE (experiencias infantiles adversas).

Ficha técnica

- **Nombre:** cuestionario ACE (experiencias infantiles adversas)
- **Autores:** Centers for Disease Control and Prevention
- **Propósito:** evaluar el nivel de experiencias infantiles adversas
- **Aplicación:** adolescentes y adultos
- **Dimensiones:** trauma infantil
- **Puntaje:** mínimo 0 y máximo 10 puntos

Se considera el puntaje total del cuestionario como indicador de índice de experiencias adversas en la infancia. A mayor puntuación, mayor es la incidencia de trauma.

Descripción

Este cuestionario se ha utilizado para estudiar la relación entre las experiencias de trauma infantil y el deterioro de la salud y calidad de vida a largo plazo (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). El estudio ACE consiste en la evaluación retrospectiva y prospectiva del impacto a largo plazo del abuso y disfunción familiar durante la infancia en los siguientes riesgos en los adultos: factores de riesgo para enfermedades y su incidencia en la calidad de vida, cuidado de salud y mortalidad (Felitti, Anda, Nordenberg, Koss y Marks, 1998).

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

Mientras mayor sea el puntaje obtenido, existe una mayor probabilidad de que la persona experimente comportamientos de riesgo en su vida adul-

ta. Cabe destacar que el tener un puntaje ACE de cero no implica que una persona no podría tener otro factor de riesgo para estos comportamientos y enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

Validez y confiabilidad

El primer estudio, con una muestra de 17 000 personas, se concluyó en 1997; desde entonces, algunos estados en EE. UU. han seguido recogiendo información sobre el cuestionario ACE en sus poblaciones por medio del sistema de encuestas sobre factores de comportamientos de riesgo (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) y, actualmente, el estudio ACE continúa realizándose (CDC, 2016). En Latinoamérica se ha considerado el uso de la escala ACE en países como Colombia, en estudios con niños víctimas de violencia realizado por Jarero, Roque-López, Gómez, y Givaudan (2014). Además, Silveira y Abelha (2015), en Brasil, emplean en su estudio “Predominio de trastornos mentales y factores de riesgo en adolescentes de sexo masculino privados de libertad” el cuestionario de experiencias de trauma infantil para comprender la relación entre experiencias de adversidad en la infancia y comportamientos de riesgo. Y Solórzano et al. (2015) en su estudio “Maltrato durante la niñez asociado al uso y abuso de drogas en estudiantes en una universidad de León, Nicaragua” también emplearon el cuestionario ACE para analizar la relación entre trauma infantil y adicciones en Nicaragua. Barboza et al. (2015), después de haber realizado el estudio ACE en Francia, mencionan que les interesaría realizar la investigación ACE en Costa Rica, dado que es su ciudad natal y que

trabajan en la Universidad de Costa Rica y que, si bien el contexto cultural, político, histórico y económico es distinto, se podría adaptar la metodología, contando con la epidemiología más adecuada.

Instrumento

Se utilizó el Attachment Script Assessment (ASA), narrativas de apego adulto.

Ficha técnica

- **Nombre:** Attachment Script Assessment (ASA).
- **Autores:** Rodrigues-Doolabh, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001).
- **Propósito:** determinar el tipo de apego, evaluar la representación de base segura.
- **Aplicación:** adolescentes y adultos.
- **Dimensiones:** Tipo de apego infantil, apego adulto.
- **Puntaje:** Mínimo 0 y máximo 7 puntos.

Se toma el promedio total de apego como indicador de la calidad de base segura en el individuo. A mayor puntuación, más alta es la calidad de base segura.

Descripción

El Attachment Script Assessment (ASA) fue creado por Rodrigues-Doolabh, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001), con la finalidad de evaluar la calidad de base segura de la persona por medio del relato de seis historias en base a seis láminas que tienen un título y una lista de palabras cada una. Esta es la manera de acceder al análisis de las representaciones de apego adulto que tienen los sujetos. Las

narrativas en general consisten en una secuencia de acciones donde una figura de cuidado da apoyo a la exploración, da respuesta de protección; luego el individuo vive angustia por un obstáculo que se presenta, después hay separación de este con la figura de cuidado, se resuelve la dificultad, el contacto con la figura de cuidado confortan efectivamente, se retoma el juego o actividad. Se analiza el apego, que es el balance entre la exploración y el buscar la cercanía de la figura de cuidado. El guion de base segura consiste en que la figura de cuidado ayude al protagonista de la historia a sobrellevar el cuadro ansioso para resolver la adversidad y retornar a su normalidad. La base segura funciona como un facilitador que promueve una experiencia positiva. Las narrativas que siguen un guion de base segura muestran estrategias de afrontamiento, reducción de estrés, el rescate de aspectos positivos de la situación descrita, el uso de una conciencia y sensibilidad hacia el estado emocional y psicológico del otro, la preocupación por la interacción entre personajes. La narrativa debe dar cuenta de un intercambio, donde uno da y otro recibe y viceversa; no es el mero relato de eventos. Y la expresión emocional es fundamental, pues uno de los personajes debería activar en el otro una reacción emocional.

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

Con respecto a la calificación, las historias se puntúan en una escala del 1 al 7, en función a la calidad del contenido de base segura, siendo 7 y 6 los puntajes más altos que dan cuenta de que hay una rica interacción entre personajes, una alta atención a su estado psicológico, una base segura bastante sensible al estado psicológico y una alta resolución del problema. El puntaje 5 da cuenta de un nivel medio de existencia de estas características, el puntaje 4 muestra un nivel débil. El puntaje 3 evidencia una narración de eventos que no incluye un evento afectivo y el puntaje 2 tiene un contenido que es inconexo con el guion de base segura. El puntaje 1 evidencia una interpretación sin contenido de base segura.

Luego de puntuar cada historia, se obtiene un promedio del apego infantil (narrativas 1 y 2), después un promedio del apego adulto (narrativas 4 y 5). Al final se promedian las cuatro narrativas para tener una puntuación global; una puntuación de 4 o más puede interpretarse como un guion de base segura, y una puntuación de 3 o menos, como “insegura”.

Validez y confiabilidad

En relación a la validez del ASA, Rodrigues-Doolabh, Wais, Zevallos y Rodrigues (2001) analizaron “una correlación significativa entre las puntuaciones de las narrativas de apego adulto obtenidas en participantes norteamericanos y sus puntuaciones en la escala de coherencia de la entrevista de apego adulto ($r=0,54$, $p<0,001$)” (p. 6).

También existía “una alta correlación entre los guiones de base segura presentes en cada una de las cua-

tro historias de apego, entre 0,68 y 0,79 ($p < 0,001$) teniendo en cuenta los datos obtenidos en Estados Unidos, Suiza, Zimbabue y Perú” (p. 6).

Rodriguez et al. (2001) observaron que sujetos de diferentes contextos culturales (Europa, África y Sudamérica) lograron narrar con coherencia historias en base a las palabras de guía. “Además, para determinar la confiabilidad inte-

revalorador, las historias recogidas en distintas poblaciones fueron puntuadas por dos calificadores obteniéndose un Alpha de Cronbach entre 0,86 y 0,96” (p. 7).

Resultados

Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

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

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 1, el 70 % de los participantes son de sexo femenino y el 30 % de sexo masculino. Su rango de edades está entre 13 y 18 años; la edad mínima fue de 13 años, la máxima fue 18 años y la media es 15,6 años. El 100 % de los participantes son solteros y estudiantes. Solo un participante tiene un hijo; se trata de una adolescente de sexo femenino. La escolaridad del grupo fluctúa entre décimo año de educación básica y tercero de bachillerato; el 20 %

(dos participantes) son de noveno año, otro 20 % (dos participantes) corresponde a décimo año, el 30 % cursa primero de bachillerato, el 10 % (un participante) estudia el segundo de bachillerato, el 10 % (u participante) pertenece a tercero de bachillerato, y un participante (10 %) es bachiller graduado.

Las características de las familias de los participantes se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Características de la familia de los participantes

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

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 2, en cuanto a la estructura familiar de los adolescentes entrevistados, se puede decir que el 30 % de los participantes fueron abandonados por su madre antes de que cumplieran los seis meses de edad, en el 30 % de los casos hubo migración de parte del padre y en el 10 % hubo migración de parte de la madre a otros países. En el 30 % de los casos la madre ha establecido otro hogar en el 10 % de los casos, la madre sufre un trastorno psicológico-emocional; el 60 % no vive con su padre; en el 60 % sus padres son divorciados y viven separados, y en el 30 % sus padres están casados y viven juntos. En el 30 % de los casos el padre fue alcohólico, el 30 % han tenido familiares que han muerto por suicidio, el 30 % han tenido familiares que han abusado sexualmente de ellos.

Dado que cada adolescente entrevistado tiene un contexto particular, a continuación, se detallará la

manera en que cada familia está conformada en cada uno de los diez casos abordados. La primera participante vive con sus abuelos maternos desde que tenía 5 meses de edad, ya que su mamá la dejó para hacer otro hogar cuando ella tenía 11 años. “Mi mamá no está conmigo porque formó otra familia”, manifiesta la participante; además, dice que lo que la entristece es el hecho de que no pueda estar con su padre ya que él se fue a estudiar y trabajar a otro país. El segundo participante vive con sus abuelos paternos, papá y hermano mayor porque la madre lo dejó con sus abuelos cuando tenía dos meses, y a la edad de 11 meses, su padre viajó a otro país. La tercera participante vive con su tía materna ya que su madre biológica migró a España antes de que ella cumpliera los seis meses de edad. El cuarto participante vive con su abuela materna, dos tías, un tío y su madre, que tiene diagnóstico de trastorno emocional. El quinto participante vive con sus padres y una hermana ma-

yor; fue víctima de un intento de abuso sexual por un pariente cercano y su padre consumía alcohol. La sexta participante vive con su madre, hermana y cuñado, fue víctima de abuso sexual por parte del cuñado y dos de sus tíos se han suicidado, su hermano menor de 10 años tiene epilepsia; además, sus padres se divorciaron hace 3 años y el padre volvió a la casa de su familia de origen. El séptimo participante vive con sus padres, abuelos paternos, dos hermanos menores, dos tíos paternos solteros. El octavo participante vive con su madre y su padrastro. El noveno participante vive con su madre y su hija de un año cinco meses; sus padres se divorciaron cuando ella era niña, a causa del consumo de alcohol de su padre. El décimo parti-

cipante vive con sus padres y hace un año su novia murió en un accidente de tránsito.

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

A continuación, se presentan los resultados del cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences) en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados de los puntajes obtenidos en el cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences)

N.º Part.	Preguntas										Suma	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7
3	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
5	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5	
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
7	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8	
8	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7	
9	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7	
10	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	5	
Med c/ pregunta	0,91	1	0,5	1	0,4	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5		

Puntajes ACE más altos
 Puntajes ACE más bajos
 Med 7,1
 Min 5
 Max 9
 DE 1,66

Fuente: elaboración propia.

Al analizar de manera global se ha encontrado que, de los puntajes obtenidos por los diez participantes, el mínimo ha sido 5, el máximo 9, la media 7,1 y la desviación estándar de 1,66. El promedio general de 7,1/10 evidencia un alto nivel de experiencias de adversidad en la infancia o trauma infantil.

La pregunta número uno del cuestionario pregunta si los padres u otros adultos, con frecuencia o con mucha frecuencia, la/o ofendían, insultaban, menospreciaban, humillaban o lastimaban físicamente (Centers for Disease Control and Prevention, CDCP, 2016, p. 1). Se puede apreciar que la media para la pregunta 1 es de 0,9, dado que 1 representa la existencia de trauma; se puede afirmar entonces que el 90 % de los participantes han vivido violencia psicológica en la infancia.

La pregunta número dos indaga si los padres u otros adultos la/o empujaban, jalaban, cacheteaban, aventaban cosas, la/o golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron (CDCP, 2016, p. 1). La media obtenida de los puntajes de los diez participantes para la pregunta número dos corresponde a 1, lo que muestra que el 100 % de adolescentes han vivido violencia física en la infancia.

La pregunta número tres averigua si un adulto u otra persona, por lo menos cinco años mayor, alguna vez la/o tocó o acarició indebidamente, le dejó que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual o intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales (CDCP, 2016, p.1). La media obtenida corresponde a 0,5 lo que indica que el 50 % de los adolescentes entrevistados han vivido abuso sexual en la infancia.

La pregunta número cuatro investiga si hay un sentimiento de que nadie en la familia la/o quería, si pensaba que no era especial o importante, si en la familia no había cuidado mutuo, no se sentía una relación cercana, o faltaba apoyo de unos a otros (CDCP, 2016, p. 1). La media de los diez puntajes resultantes fue 1, lo que indica que el 100 % de adolescentes ha vivido indiferencia de sus cuidadores.

La pregunta número cinco analiza si la persona no tenía suficiente comida, ropa limpia, no tenía nadie que lo protegiera, o sus padres se emborrachaban y drogaban a tal punto de no cuidarla/o o no lo/la llevaban al médico (CDCP, 2016, p. 1). La media para los diez puntajes obtenidos en esta pregunta corresponde a 0,4, lo que muestra que el 40 % de los adolescentes vivieron negligencia en su infancia.

La pregunta número seis investiga si la persona perdió un padre o una madre biológico(a) por divorcio, abandono u otra razón (CDCP, 2016, p. 1). La media para esta pregunta fue de 0,7, lo que evidencia que el 70 % de los participantes vivió la pérdida de una figura de cuidado en su infancia.

La pregunta número siete averigua si la madre o madrastra (padre o padrastro) la/o empujaba, jalaba, golpeaba, aventaba cosas, pegaba, mordía, daba puñetazos, la/o golpeaba con algún objeto duro, la/o golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo. La media para los diez puntajes resultantes en esta pregunta es de 0,7, lo cual evidencia que el 70 % de los participantes vivieron maltrato. La pregunta número ocho investiga si la persona vivió con alguien borracho, alcohólico o que usara

drogas (CDCP, 2016, p. 1). La media de los diez puntajes es de 0,7, lo que muestra que el 70 % de los participantes vivieron con un cuidador consumidor de drogas, alcohol. La pregunta número nueve propone lo siguiente: “¿algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse? La media de los diez puntajes de esta pregunta corresponde a 0,7, situación que evidencia que el 70 % de los participantes han tenido miembros de su familia con depresión, enfermedad mental, intentos de suicidios o suicidios consumados. Finalmente, la pregunta número diez dice: “¿algún miembro de su familia fue a la cárcel? (CDCP, 2016, p. 1)”. La media para los diez puntajes resultantes en esta pregunta es de 0,5, lo que muestra que el 50 % de los participantes han tenido un miembro de su familia en la cárcel.

Para realizar un análisis individual de casos, se tomará los tres puntajes más altos que corresponden a los casos 1, 4 y 6, los mismos que tienen un puntaje ACE de 9/10, lo cual indica una incidencia alta de experiencias tempranas adversas. El caso uno corresponde a una adolescente mujer, de 14 años de edad. La adolescente vive con sus abuelos maternos desde los 5 meses de edad ya que su madre la abandonó para hacer otro hogar cuando ella tenía 11 años. Además, su padre se fue a estudiar y trabajar a otro país. Actualmente, la adolescente se encuentra atravesando una etapa de depresión. Comenta “a veces mi padre me llama y me dice que me ama, pero yo no lo siento real porque tan solo son palabras; en verdad, no sé si realmente él lo siente”. La adolescente tiene una buena relación con su abuela materna, pero su abuelo no le expresa cariño, nunca recuerda

sus cumpleaños, ni le dice que la quiere. La joven dice que lo que le entristece en gran manera es no poder estar con su padre; dice “no siento odio ni nada por él, al principio sí, cuando era niña y no me daba cuenta de las cosas, pero ahora ya no siento nada”. También cuenta que su tío ha intentado suicidarse muchas veces, y ella ha sido testigo. Como se puede ver en el relato de la adolescente, hay una ruptura del vínculo con su madre a muy temprana edad y tampoco su padre ha formado un lazo con ella. La joven presenta un vínculo ambivalente evitativo con sus progenitores, pues anhela tenerlos, pero los evita por haberla abandonado. Es importante destacar que quien ha funcionado como base segura para la adolescente es su abuela materna, que es la única en quien confía. Además, la adolescente ha vivido experiencias adversas y cuadros depresivos.

El caso número cuatro, también tiene un puntaje alto en la escala ACE. Es un adolescente varón de 17 años; vive con su abuela materna, dos tías y un tío; su padre lo abandonó. La relación con la madre es bastante mala dado que ella tiene un trastorno psicológico y emocional, lo que dificulta la comunicación entre ellos. El adolescente comenta haber intentado suicidarse quince veces y haber participado en rituales satánicos. Desde hace cuatro años tiene una fuerte depresión, todo comenzó por una ruptura amorosa. El joven manifiesta que se siente muy acomplejado por su tamaño, pues es pequeño, y culpa a su madre de tener esa “deformidad”; él se siente poco atractivo. Se puede ver un vínculo evitativo con la madre, su figura de base segura es su tía materna y carece de un referente paterno que lo apoye, que establezca límites.

El caso número seis, el último con puntaje alto en ACE, corresponde a una adolescente de 13 años; tiene bastante resistencia durante la entrevista, muestra distracción y desgano. Sus padres se divorciaron hace tres años dado que su padre maltrataba física y psicológicamente a su esposa y cuatro hijos. Actualmente, vive con su madre, tres hermanos y su cuñada. Fue abusada sexualmente por el cuñado tres veces; callaba el hecho por las amenazas de muerte y buscó morir tomando una sobredosis de pastillas. Dos de sus tíos se suicidaron y su tío y padre trataron de abusar sexualmente de su hermana. A los 9 años recibió diagnóstico de migraña infantil y depresión crónica; por ello, toma tratamiento. Su madre manifiesta que la joven tiene una conducta agresiva, no atiende su cuidado físico y nada parece ni emocionarle ni entristecerle. Su figura de base segura es la madre; sin embargo, su vínculo parece ser evitativo, pues la adolescente evade el contacto con su madre. Con respecto a su padre, hay un vínculo desorganizado, ambivalente inseguro, porque la adolescente siente temor de la posibilidad de encontrarse con él.

A continuación, se analizarán los tres casos de los adolescentes que presentaron los puntajes ACE más bajos que corresponde a los casos 3, 5 y 10. El caso tres corresponde a una adolescente mujer, de 14 años. Ella creció con su tía materna, ya que su madre migró, pero regresó de España en el 2015 y la obligó a ir a vivir con ella, con lo que desarrolló un cuadro depresivo y quiso suicidarse. La joven manifiesta que extraña a su tía y a sus primos. Tiene dos intentos de suicidio; refiere sentir ira por las discusiones familiares. En este, la figura de base segura es la tía materna, en

quien confía y a quien siente como su madre. Con su madre biológica hay un vínculo evitativo, no desea estar con ella y no la considera su madre.

El caso número cinco con el puntaje ACE más bajo corresponde a un adolescente de 14 años. Vive con sus padres y su hermana de 19 años. Intentó suicidarse por un recuerdo de abuso sexual cuando tenía 5 años. A los 6 años cogió dos cuchillos, se encerró en su cuarto, trabó la puerta y quiso apuñalarse, pero su madre lo detuvo. Él no podía contar lo sucedido, pero al final lo hizo; la prima dejó de visitarlo. Por otro lado, el colegio lo remite a consulta psicológica por consumo de drogas; el joven comenta que las drogas hacen que se vayan sus problemas; sin embargo, afirma que asiste a rehabilitación porque quiere una mejor vida. El joven presenta un vínculo materno seguro, lo que le brinda mejores recursos para afrontar la adversidad y un grado mayor de resiliencia. El último caso con puntaje ACE más bajo es el caso 10, que corresponde a un joven de 18 años; hijo único, que presenta un vínculo mejor estructurado con sus padres, quienes funcionan como base segura. Su episodio depresivo e intento de suicidio se dio porque su novia murió en un accidente de tránsito.

Los resultados obtenidos en el Attachment Script Assesment (ASA) se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Resultados de los puntajes obtenidos en la herramienta Attachment Script Assesment (ASA)

Historias								
N.º Part.	1	2	Media Apego infantil	3	4	Media Apego adulto	Suma total	Media total
1	3	3	3	1	3	2	10	2,5
2	3	2	2,5	1	1	1	7	1,75
3	4	1	2,5	1	1	1	7	1,75
4	1	1	1	1	3	2	6	1,5
5	2	4	3	4	3	3,5	13	3,25
6	1	1	1	1	1	1	4	1
7	1	1	1	0	0	0	2	0,5
8	5	3	4	3	3	3	14	3,5
9	1	1	1	1	1	1	4	1
10	5	3	4	3	3	3	14	3,5
Media	2,6	2	2,3	1,6	1,9	1,75		2,025

Puntajes ASA más bajos
 Puntajes ASA más altos

Fuente: elaboración propia.

A nivel global, de los diez participantes, la media de la narrativa 1 de apego infantil es 2,6, su mínimo es de 1 y su puntaje máximo es de 5. La media de 2,6 muestra una narrativa de eventos con un pobre detalle sobre acciones de dar y recibir entre los personajes, poca atención al estado psicológico de los mismos y la falta de detalle de eventos afectivos. Esto muestra un tipo de apego infantil inseguro con la figura de cuidado. La narrativa 2 de apego infantil tiene una media de 2, mínimo de 1 y máximo de 4 para las diez historias narradas; el puntaje es aún menor que la primera narrativa, lo cual da cuenta de una base segura de calidad muy baja. El promedio global de apego infantil es de 2,3, evidenciando que los participantes carecen de una base segura en su figura de cuidado durante la infancia.

Para las narrativas 3 y 4 de apego adulto las medias son 1,6 y 1,9, respectivamente. Para la narrativa 3 el puntaje mínimo es 1 y el puntaje máximo es 4, en tanto que para la narrativa 4 el puntaje mínimo es 1 y el puntaje máximo es 3. El promedio global de las narrativas de apego adulto es de 1,75, el mismo que da cuenta de una calidad de vínculo de pareja bastante pobre e inseguro (aún menor que el apego infantil) y una carencia de recursos personales para afrontar adversidades. Las narrativas muestran historias con algún contenido extraño que no conecta con el guion de base segura y que ni siquiera presta atención al estado psicológico, emocional entre los personajes, ni da resolución del conflicto planteado. A nivel global en ambas narrativas de apego infantil y adulto la media es baja; el apego infantil es de 2,3 con

lo que se evidencia una carencia de conducta de base segura con las figuras de cuidado. En cuanto al apego adulto la media es aún más baja (1,75), por lo que los participantes proyectan una carencia de recursos personales para atender a quien sufre una adversidad. La media total entre el apego infantil y el apego adulto es de 2,02 lo que muestra que la calidad del vínculo en el presente estudio es altamente inseguro.

A nivel individual, se analizarán los casos 6, 7 y 9, que poseen los puntajes más bajos, y los casos 10, 8 y 5, que poseen los puntajes más altos. Respecto al caso 6, la media del apego infantil es 1 y la media del apego adulto es 1, por lo que el vínculo afectivo es altamente inseguro y la calidad de base segura bastante pobre. La participante de este caso, también obtuvo un puntaje alto en ACE (9), lo cual refleja un alto índice de trauma infantil. Según se expuso anteriormente, se trata de una adolescente de 13 años de edad, de padres divorciados, que vive con su madre y hermanos, y que fue abusada sexualmente por su cuñado; dos de sus tíos se han suicidado. La paciente toma respiridona para la ansiedad y valcote para la migraña; padece de depresión crónica desde los 9 años y es resistente a la entrevista. La madre reporta que la paciente no reconoce su conducta agresiva, no atiende a su cuidado físico y que nada le emociona ni le entristece. En este caso, se puede ver que hay una relación importante entre el apego inseguro y la incidencia del trauma infantil; esto colabora a que el adolescente desarrolle un comportamiento de riesgo suicida.

El caso 7, con puntaje bajo en ASA, tiene una media para el apego infantil de 1 y una media

para el apego adulto de 0, lo que evidencia una carencia de base segura. Se trata de una paciente femenina de 15 años, actualmente vive con sus padres, abuelos paternos. Refiere que sus ideas de morir son más fuerte al recordar el pasado; sobre todo el hecho de que su padre la maltratará físicamente y fuera indiferente. Después vivió una experiencia aterradora; al salir del colegio, un señor se acercó, le dio un papel con escopolamina y abusó sexualmente de ella. Ella no había contado nada, sentía que le habían arrebatado algo bien grande, sentía que no valía nada. En el colegio andaba bien sola, tenía amigos que le daban drogas, comenzó a consumirlas por el gran temor que tenía.

En el caso 9, que también tiene un puntaje bajo en ASA, la media del apego infantil es 1 y la media del apego adulto es 1, lo que da cuenta de un vínculo desestructurado e inseguro. Este caso corresponde a una adolescente de 18 años, procedente del Oriente, vive actualmente con su madre e hija de año y medio de edad. Sus padres se divorciaron cuando era niña porque el padre tenía un consumo excesivo de alcohol, menciona haber vivido abuso sexual en la infancia y recientemente hace unos meses volvió a vivir esa experiencia. La actitud de la paciente es reservada, le cuesta hablar de sus sentimientos y se muestra bastante ansiosa en el momento de realizarse la entrevista. A continuación, se analizarán los casos 10, 8 y 5, que tienen los puntajes más altos. El caso 10 fue el participante que obtuvo un puntaje mayor en ACE (5) en relación al resto de participantes y a su vez, este participante es uno de los que tiene una media de apego infantil (4) y una media del apego adulto (3) mayor en relación al resto del

grupo. Esto da cuenta de que al haber menos incidencia de trauma infantil, el tipo de apego es más seguro. El caso 10 corresponde a un adolescente de 18 años que no tiene hermanos; la relación con sus padres es buena, se puede decir que tiene una mayor base segura en relación a los demás, lo que se evidencia en sus puntajes ASA que son más altos. Su dificultad se presentó cuando su novia murió en un accidente de tránsito. Su problema se relaciona a la elaboración de un duelo por pérdida del ser amado.

El segundo caso con puntaje más elevado es el caso 8, el mismo que corresponde a una adolescente de 16 años, colombiana, hija única y vive con su madre y padrastro. La adolescente manifiesta que ha recibido maltrato por parte de su padrastro y que ella no tiene confianza en sus padres. Llegó a emergencias del Hospital General Enrique Garcés después de haber ingerido una sobredosis de pastillas; la adolescente dice que intentó suicidarse por la desesperación de sentir que podría perder a su madre. No le supieron explicar bien qué sucedía y pensó que su madre la dejaba definitivamente cuando en realidad era por trabajo que la señora pensaba viajar a Ibarra. La familia de la adolescente tiene problemas económicos, por ello la madre necesitaba viajar a otra ciudad para trabajar. La joven comenta que la comunicación dentro del hogar es nula, que cada cual vive su vida. La madre expresa una gran preocupación porque la joven mantiene una relación amorosa con uno de sus profesores y su mayor temor es que su hija sea sancionada. Se puede ver que la madre sobreprotege a la hija. La joven ha llegado a mentirle por todo y ocultarle sus decisiones. Existe un tipo de apego ambiva-

lente; por un lado, la joven ama a su madre, y por otro, tiene sentimientos de rechazo y odio hacia ella. La conducta de la joven es evitativa y presenta dificultad con su figura paterna, ya que su padre biológico fue drogadicto, las maltrataba y por ello su madre decidió dejarlo.

Finalmente, el último caso con un puntaje alto de apego infantil (3) y apego adulto (3,5) es el caso número 5, el mismo que también pertenece al grupo de participantes con puntaje ACE más bajo (5). Este caso muestra que al haber menos incidencia de trauma infantil, la calidad de base segura puede ser mayor, el tipo de vínculo puede ser más seguro. El caso 5 corresponde al adolescente de 14 años; tiene una buena relación materna. El motivo de su intento de suicidio fue porque sentía que no podía superar el abuso sexual que cometió su prima cuando él tenía cinco años. Su madre fue un apoyo fundamental para él, se lo contó todo y tomaron medidas para alejar a la agresora. Actualmente, el paciente asiste a un grupo de apoyo de adicciones, pues quiere dejar de consumir. En este caso, la madre del joven ha funcionado como base segura afianzando sus recursos personales para desarrollar una mejor resiliencia ante el comportamiento de riesgo suicida.

La investigación de campo da cuenta del cumplimiento de la hipótesis formulada, ya que un 90 % de los adolescentes participantes del estudio han vivido un alto índice de experiencias de trauma infantil, que incluye abuso, negligencia y disfunción familiar. Además, el 100 % de los participantes evidencian un promedio de apego infantil y apego adulto muy bajo que muestran un tipo de apego inseguro. Se puede decir que las expe-

riencias de trauma a edades tempranas inciden en la estructuración de un apego inseguro y esto aumenta la probabilidad de riesgo de suicidio en adolescentes de 13 a 18 años de edad.

Discusión

Después de haber realizado diez entrevistas y observación clínica en el servicio de Rehabilitación y Salud Mental del Hospital General Enrique Garcés a adolescentes de 13 a 18 años de edad, se observaron factores significativos de trauma infantil que implican un riesgo considerable para el desenlace de comportamientos autolesivos; estos factores incluyen el área personal, social y el área familiar o contextual. En la presente investigación se ha explicado la aplicación teórica práctica de un cuestionario de experiencias de trauma infantil (*ACE score*) y el instrumento ASA, narrativas de apego adulto, los mismos que han arrojado información importante para poder entender la correlación entre variables. Existe una importante relación entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida, considerando la teoría del apego, en los diez pacientes entrevistados. De los diez casos de adolescentes entrevistados con intentos autolíticos, la mayoría ha vivido experiencias de trauma infantil; el 30 % tienen un puntaje de experiencias de trauma infantil de 9/10, otro 30 % tiene un puntaje de experiencias de trauma infantil de 7/10, otro 30 % reporta un puntaje de 5/10 y el 10 % reporta un puntaje de trauma infantil de 8/10. Todo esto muestra una alta existencia de trauma infantil en los participantes.

De todos los tipos de traumas, se puede concluir que al 100 % de los participantes en su infancia

se le ha aventado cosas, ha sido empujado, jalado, cacheteado con frecuencia por sus padres u otros adultos y el 100 % de los casos ha sentido con frecuencia que su familia no lo quiere, ni ha sentido que les importara. Además, el 100 % ha sentido que en su familia no se cuidaban, ni tenían una relación cercana, ni se apoyaban. El 90 % de los participantes, con frecuencia ha sido ofendido, insultado, menospreciado, humillado por sus padres u otros adultos, o sintieron en su infancia como si los fueran a lastimar físicamente. A partir de eso, se puede concluir que existe un factor familiar importante de riesgo que es el maltrato físico, verbal, psicológico. El 40 % de los participantes del estudio, manifestó que sentía con frecuencia que carecía de suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia, que no tenía protección o que sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico. A partir de este dato se puede concluir que un importante factor de riesgo es la disfunción familiar por el alto grado de negligencia evidenciado.

El 70 % de los casos, reporta haber perdido un padre o madre biológica por divorcio, abandono o alguna otra razón. Además, el 70 % de los participantes manifiesta haber vivido con alguien que era borracho, alcohólico, que usaba drogas o que algún miembro de su familia sufría depresión, enfermedad mental o trató de suicidarse. Con base en estos datos, se puede afirmar que los factores relevantes de riesgo son: los antecedentes familiares de suicidio, la ausencia de afecto en la familia, discusiones, pleitos, relaciones inadecuadas entre padres, la falta de soporte familiar, desintegración familiar, la ausencia de uno de los padres, depresión o enfermedad psiquiátrica en uno de los pa-

dres, maltrato intrafamiliar, desempleo, educación pobre, padres castigadores, posesivos o sobreprotectores. El 50 % de los entrevistados alguna vez fue tocado, acariciado indebidamente, de alguna forma sexual por alguna persona al menos cinco años mayor que intentó tener relaciones orales, anales o vaginales con ellos. Además, el 50 % de los participantes reporta que algún miembro de su familia fue a la cárcel. Se puede concluir que un factor personal de riesgo es el abuso físico, sexual y la infracción de la ley.

Conclusiones

A manera de conclusión, se puede afirmar que hay una alta incidencia de las experiencias de trauma infantil en el comportamiento de riesgo suicida en el grupo de adolescentes entrevistados, lo que puede haber dejado huellas de un intenso dolor emocional. Además, no se estructuró una base segura en los adolescentes; por ende, recurren a morir por mano propia. Vujicic (2012) afirma que quienes se autoagreden, intentan aliviar el desasociado a un dolor emocional intenso del que no poseen escapatoria y el infringirse daño otorga una sensación momentánea de calma, alérgico (p. 121). Por ejemplo, la práctica de cortarse a uno mismo se describe como “gritar sin palabras”.

Muchos de los que piensan en suicidarse no tienen cerca una red de apoyo de familiares o amigos y esto complica el cuadro. Por otro lado, se puede concluir que la mayoría de entrevistados no establecieron en su primera infancia un tipo de apego seguro sino que uno inseguro, el mismo que ha influido negativamente en su desarrollo emocional, cognitivo, social y conductual. Prader

y Golden (2009) afirman que el trauma irrumpe el comportamiento de apego normal en los niños y se genera una secuela compleja a largo plazo de deficiencias emocionales y síntomas comportamentales. Los niños pueden formar una personalidad manipuladora, poco ingenua, con gran desconfianza y un sentido distorsionado de seguridad (pp. 4-19). Esto hace que tengan relaciones interpersonales muy pobres, y en la adultez se muestran emocionalmente distantes, con dificultad para formar relaciones cercanas o pueden tener comportamientos antisociales.

Un tipo de apego seguro edifica el desarrollo del ser humano, mientras que un apego inseguro lo destruye. Para argumentar esta conclusión, cabe mencionar que del grupo de los entrevistados, la media para el apego infantil es de 2,3/7; el 20 % de los participantes obtuvo un puntaje de apego infantil de 3/7, otro 20 % obtuvo un puntaje de 2,5/7, un 40 % obtuvo un puntaje de 1/7 y un 20 % obtuvo un puntaje de 4/7. Esta información comprueba la existencia de un tipo de apego inseguro en la mayoría de los adolescentes, por ello, se puede concluir que su figura de cuidado no representó una base segura a la que podría acudir al enfrentar adversidad. La falta de base segura puede relacionarse con el hecho de que en la mayoría de los adolescentes (90 %) existe un alto factor de riesgo de disfunción familiar, es decir, que no se cumplen las funciones básicas de la familia: proteger, amar, proveer, sostener. De igual manera, dado que la media del puntaje para el apego adulto es baja (1,75/7) se puede concluir que este tipo de apego inseguro adulto dificulta el desarrollo pleno de los adolescentes en varias áreas de sus vidas a nivel personal, social, emocional,

conductual, en sus relaciones adultas de amistad, filiales o amorosas. Para apoyar esta conclusión se puede analizar la información obtenida que muestra que, del grupo entrevistado, el 30 % tiene un puntaje de apego adulto de 2/7, el 40 % tiene un puntaje de 1/7, un 10 % tiene un puntaje de 3,5/7, otro 10 % tiene un puntaje de 0/7 y un 20 % tiene un puntaje de 3/7. Se evidencia un tipo de apego inseguro adulto, el mismo que ha influido negativamente en su desarrollo biopsicosocial y ha disminuido sus comportamientos resilientes ante la vida.

Las experiencias tempranas de trauma infantil pueden ser efecto de un tipo de apego inadecuado, que sale de lo normativo. Por lo manifestado anteriormente, se ha podido comprobar que el tipo de apego de los adolescentes entrevistados es inseguro, carecen de una base segura. El apego inseguro desestructura sus recursos personales y por ende, la vivencia subjetiva de las experiencias de trauma infantil es mucho más intensa. Para corroborar esta conclusión, es necesario relacionarla con el hecho de que el factor de riesgo más representativo en el grupo de adolescentes ha sido el familiar en cuanto a conductas de violencia, maltrato psicológico, físico o negligencia. Este factor de riesgo estructura un tipo de apego inseguro y elucida una alta existencia de experiencias de trauma infantil. Según el estudio observacional realizado, se puede concluir que los adolescentes tienen los siguientes comportamientos relacionados con el riesgo suicida: atracción hacia la muerte, abuso de drogas, depresión, conducta antisocial, conducta narcisista, trastornos emocionales, sentimientos de vergüenza, soledad, culpa, desesperanza, sentimientos de minusvalía,

fuerte deseos de morir, rabia, hostilidad, irritabilidad, duelo por la pérdida de una persona significativa en sus vidas, conductas autodestructivas, ausentismo escolar, dificultad para hacer amigos, apatía e insomnio. Estos comportamientos son factores personales que aumentan el riesgo de suicidio, que se han desencadenado por la ausencia de una base segura y la negligencia del sistema familiar que genera una vivencia de abandono. Las secuelas de la negligencia implican un pobre desarrollo de las capacidades sociales, la dificultad para distinguir realidad y fantasía, la falta de control de impulsos y una pobre tolerancia a la frustración. Quienes viven este trauma, forman una especie de “yo para la supervivencia”, luchan permanentemente con las sensaciones de amenaza, ansiedad e inseguridad. Otro efecto del abandono puede ser el sentimiento de furia y tristeza, para mostrar que la persona “pide a gritos que se ocupen de él” (Campo, 2006).

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

Referencias

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 969-1025.

- Almeida, J. (6 de julio de 2014). El suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 12 a 17 años. *El telégrafo*. Recuperado de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/la-prevenccion-del-suicidio-es-una-estrategia-compleja-e-integral>
- Álvarez, M. A. (2010). Evaluación e intervención del riesgo suicida. Recuperado de http://saludmental.creaerte.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada_Seguridad_Paciente_en_Salud_Mental/2o_PONENCIA_EVALUACION_E_INTERVENCION_DEL_RIESGO_SUICIDA_2_.pdf
- Amar, J. y Madariaga, C. (2008). *Proyectos sociales y cuidado de la infancia*. Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Bannister, A. (2011). *Terapias creativas con niños traumatizados*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Barboza, E., Garcés, D. y Sevilla, N. (2015). *Campaña de prevención del bullying dirigida a los docentes de la Escuela Nacional Primaria Clorinda Azcunes*. Carabobo: Universidad de Carabobo.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Ginebra: World Health Organization Monograph .
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (vol. 2). New York: Basic Books.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vaccarezza, A. y Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* , 45(4), 288-295.
- Cantón, J. y Cantón, D. (2014). *Desarrollo socioafectivo y de personalidad*. Madrid: Larousse-Alianza Editorial.
- Campo, E. (2006). *Niños de la calle: abandono, trauma y generación de espacios de encuentro y reintegración social: el caso de Alejandro*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction*. Atlanta: Department of Preventive Medicine.
- Feeney, J. y Noller, P. (2009). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Koss, D. F. y Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-58.
- Flores, E., Cicchetti, D. y Rogosch, F. (2005). Predictors of resilience in maltreated and non-maltreated latino children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338-351.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. y Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(2),103-9.

- Gómez-Maqueo, E. y Ancona, M. (2014). *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Gómez, E. (2013). *Trauma relacional temprano: hijos de personas afectadas por traumatización de origen político*. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Herman, F. (1998). *Trauma and Recovery: From Domestic Abuse to Political Terror*. Londres: Pandora.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Instituto Nacional de Censos, INEC. (20 de febrero de 2016). Recuperado de www.ecuadoren-cifras.gob.ec
- Janet, P. (1919). *Psychological Healing* (vol. 1). Nueva York: Macmillan.
- Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J. y Givaudan, M. (2014). Tecer estudio de investigación de la aplicación del protocolo grupal e integrativo con terapia EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Revista Ibearomericana de Psicotraumatología y Disociación*. Colombia: Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico.
- Krüger, A. (2012). *Primeros auxilios para niños traumatizados*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lluch, C., Reynerio, Hernández, T., Kirenia y Fuentes, H. (2015). *El suicidio y los factores psicosociales*. Buenos Aires: El Cid Editor.
- Moreno, J. (1977). *Psicodrama* (vol. 1). Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Muñoz-Ortega, M. L., Gómez-Ayala, P. A. y Claudia, M. (2009). *Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Oquendo, M., Brendt, D., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D. y Stanley, B. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression. *Am J Psychiatry* (162), 560-6.
- Pérez, S. B. (2009). Manejo de la crisis suicida del adolescente. Bogotá: El Cid Editor.
- Prader, W. y Golden, J. (2009). A Behavioral Perspective of Childhood Trauma and Attachment Issues: Toward Alternative Treatment Approaches for Children with a History of Abuse. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 5(156), 222-241.
- Rodrigues-Doolabh, L., Wais, D., Zevallos, A., & Rodrigues, R. (2001). Attachment scripts across cultures. *Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development*. Recuperado de <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/srce2001/CrossCulture/LRS-RCD2110.PDF>
- Rodríguez, O., González, V., Mencía, J. y Flores, C. (2000). Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos. *Anales de Pediatría*, 52(1), 31-35.
- Rodríguez, M., Carrasco, M. y Holgado-Tello, F. (2016). Contribución de la aceptación-rechazo

materno y paterno al ajuste psicológico de los hijos: diferencias entre población clínica y general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 137-146.

Salinas-Quiroz, F., y Posada, G. (20 de febrero de 2014). MBQS: método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1051-1063.

Schore, A. (1994). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. California: Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento.

Silveira, E. y Abelha, L. (2015). Predominio de trastornos mentales y factores de riesgo en adolescentes de sexo masculino privados de libertad. *Revista oficial do núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente*, 12(4), 7-18

Solórzano, L., Mann, R., Hamilton, H., Erikson, P., Brands, B. Giesbrecht, N., Miotto, W., Cum-sille, F., Sapag, J. y Khenti, A. (2015). Maltrato durante la niñez asociado al uso y abuso de drogas en estudiantes de una universidad de León, Nicaragua. *Texto Contexto Enferm Florianópolis* 24, 69-74

Taco, E. C. (2013). Intento suicida y antecedentes de trauma infantil en adultos con depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. *Revista de Neuropsiquiatría* 76(4), 255-267

Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. (2012). *Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases rela-*

cionales del sufrimiento mental excesivo. Barcelona: Herder Editorial.

Terr, G. (1988). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 96-104.

Vitriol, V. (abril-junio de 2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(2), 88-96.

Vujicic, N. (2012). *Un espíritu invencible. El increíble poder de la fe en acción*.: Washington: Santillana USA Publishing Company.

Weil, K., y Vitriol, V. (2002). Presencia de trauma psíquico infantil en pacientes del Hospital Regional de Curicó, estudio descriptivo. Trabajo publicado en el libro *Resúmenes del 58 Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*. Valdivia: Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.